

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

**VERMÄCHTNIS
EINER
NEUEN MEDIZIN**

Teil I

**Die 5 Biologischen Naturgesetze –
Grundlage der gesamten Medizin**

Die Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme der Natur

**Das ontogenetische System der Tumoren mit
Krebs
Leukämie
Epilepsie**

+ Farbige Faltafel der Neuen Medizin: „Psyche – Gehirn – Organ“

**Amici di Dirk
Ediciones de la Nueva Medicina**

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

VERMÄCHTNIS

EINER

NEUEN MEDIZIN

Teil I

**Die 5 Biologischen Naturgesetze -
Grundlage der gesamten Medizin**

Die sinnvollen biologischen Sonderprogramme der Natur

Das ontogenetische System der Tumoren mit

**Krebs
Leukämie
Epilepsie**

+ Farbige Falttabelle der Neuen Medizin:
„Psyche - Gehirn - Organ“

AMICI DI DIRK

Ediciones de la Nueva Medicina

7. Auflage 1999

ISBN 84-930091-0-5

Danksagung

Mein Dank gilt allen Mitarbeitern, Freunden, Sponsoren und Helfern, die maßgeblich daran beteiligt waren, daß dieses Buch so erscheinen konnte.

Ganz besonders aber danke ich den Patienten, die mir erlaubt haben, ihren Fall teilweise anonym, teilweise auch mit Foto oder sogar Namen zu veröffentlichen, damit Mitpatienten daraus lernen können.

Mein Dank gilt den Lebenden - meine Ehrerbietung den Verstorbenen, die bei uns sind mit ihrer Hilfe.

Dieses Buch ist gewidmet

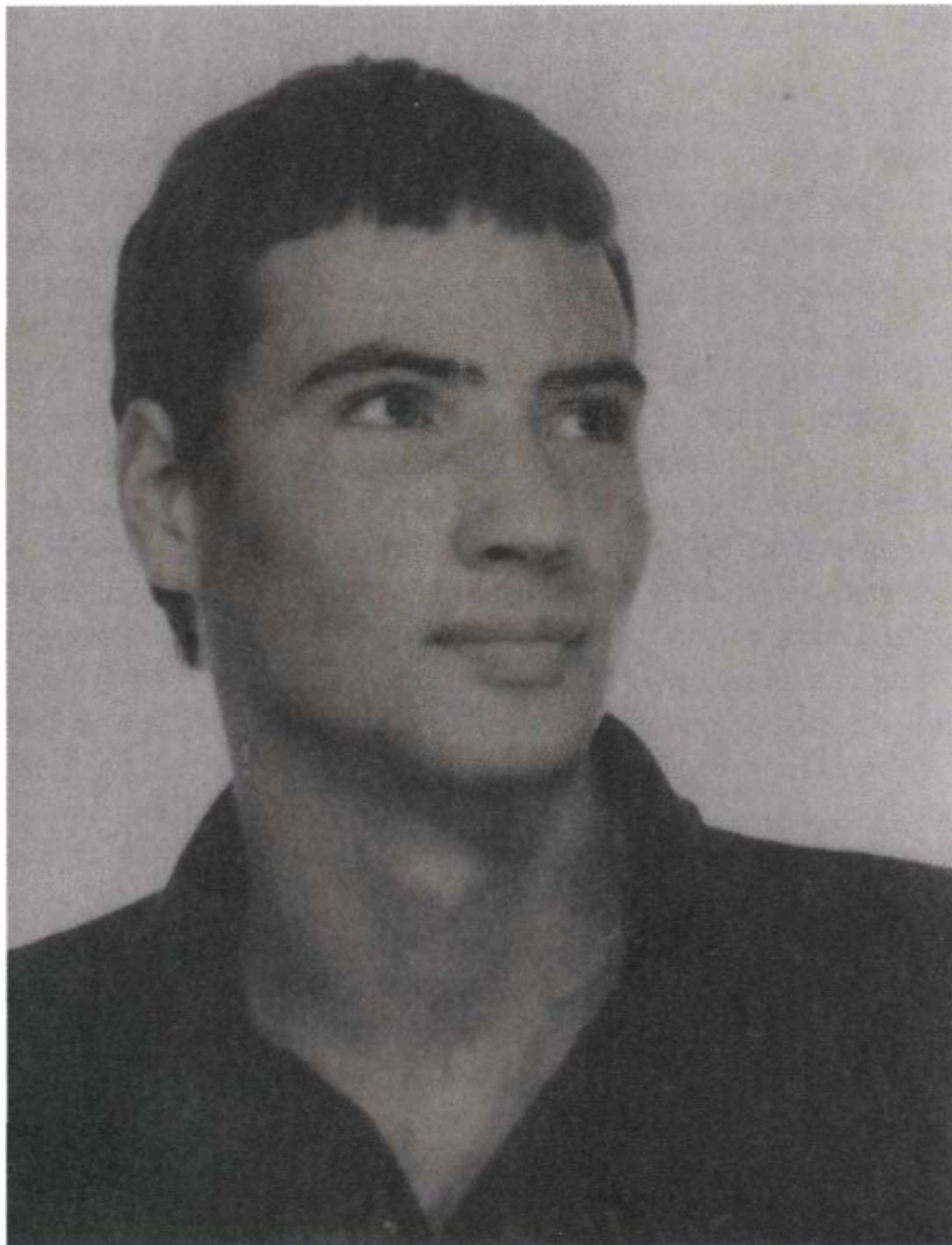
in Ehrfurcht den Toten - in Wahrhaftigkeit den Lebenden

Meinem Sohn DIRK, der mit 19 Jahren im Schlaf tödlich getroffen wurde von einem italienischen Prinzen, der aus reinem Mutwillen auf einen anderen Menschen schoß. Durch seinen Tod erkrankte ich selbst an einem DHS, einem „DIRK-HAMER-SYNDROM“, einem „Verlust-Konflikt“ mit einem Hodenkrebs. Dieses auffällige Zusammentreffen von akut-dramatischem Konflikt-Schock und eigener Krebserkrankung hat mich die Erkenntnis der Neuen Medizin finden lassen.

Meiner geliebten Frau SIGRID, meinem „klugen Mädchen“, die als erste Ärztin der Welt die Neue Medizin als richtig erkannt hat. Meinen Patienten, den gestorbenen, die mir ans Herz gewachsen waren wie Kinder, die aber so bedrängt oder gar mit massivem Druck gezwungen wurden, sich wieder in die sog. Behandlung der herrschenden Mediziner zu begeben und dort unter Morphin elendig zu Tode gebracht worden sind.

Den Lebenden, die das Glück oder die Courage gehabt haben, sich der Pression der sog. Schulmedizin entziehen zu können und dadurch wieder gesund geworden sind.

Dieses Buch soll für alle Menschen guten Willens und ehrlichen Herzens eines der beglückendsten Bücher sein, die sie kennen werden!



Dirk Geerd Hamer

*geboren am 11. März 1959 in Marburg
tödlich getroffen am 18. August 1978 vor Cavallo/ Korsika
gestorben am 7. Dezember 1978 in Heidelberg
begraben unter der Stadtmauer an der Pyramide in Rom*

Schwarzwald, 7. Dezember 1980, 17 Uhr

Dirk - mein Sohn

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

Du wunderbarer Junge, bist gestorben wie ein König, stolz, groß und doch so lieb, trotz aller Qualen, trotz aller Schläuche in allen Venen, Arterien, trotz Intubations-Schlauch¹, trotz furchtbarem Decubitus². Die Niedertracht und Bosheit Deiner Peiniger hast Du nur mit einem Kopf schütteln abgetan: „Papa, sie sind böse, sehr böse.“ In den letzten Tagen hast Du nur noch mit den Augen gesprochen, aber ich habe jedes Wort von Dir verstanden.

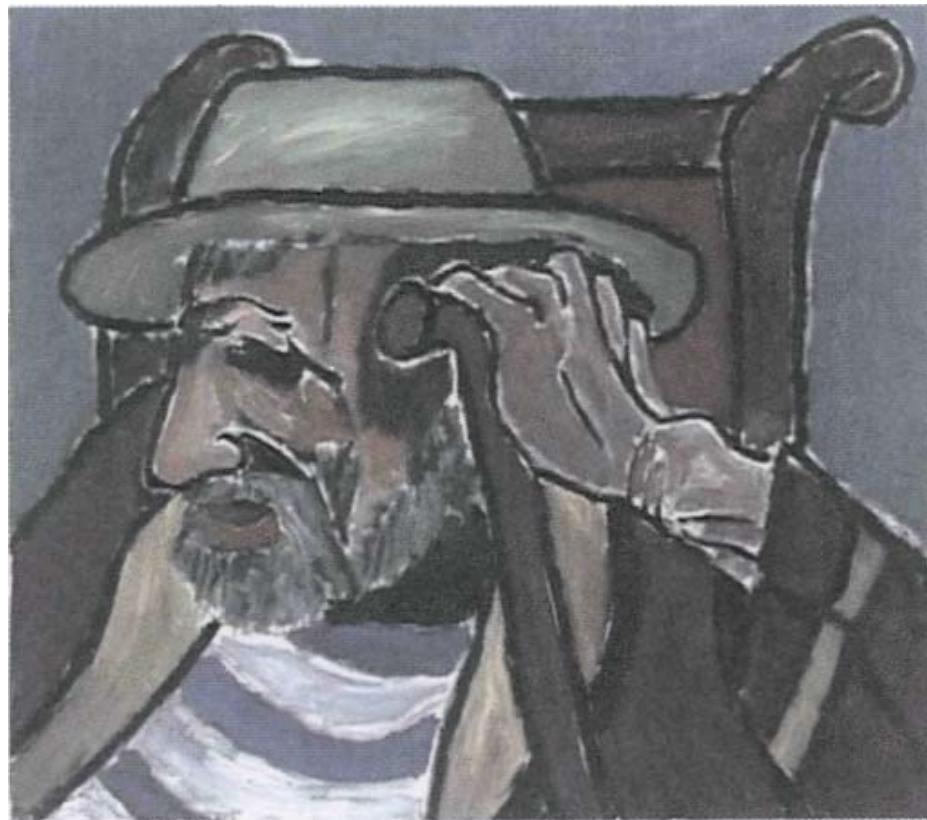
Hast Du auch alles verstanden, was ich Dir noch zuletzt gesagt habe, daß Papa und Mama Dich unendlich liebhaben und daß wir immer zusammenbleiben werden und alles gemeinsam machen werden? Und daß Du jetzt ganz stark sein mußt und einen langen Schlaf machen mußt? Du hast genickt, und ich bin sicher, Du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

Ich schäme mich nicht, mein Junge, vor keinem Menschen. Ich weine so oft, wenn niemand mich sieht. Sei mir nicht böse. Ich weiß, Du hattest Deinen Vater

¹ Intubation = Einführen eines Spezialtubus in die Trachea oder einen Hauptbronchus

² Decubitus = 'Darniederliegen'; Mangeldurchblutung aufgrund chronischer, örtlicher Druckwirkung (Bettlägerigkeit)

noch niemals weinen gesehen. Aber jetzt bin ich auch Dein Lehrling und bin traurig-stolz auf Dich, mit welcher Würde Du uns durch das große Tor des Todes vorausgegangen bist. Aber auch solch ein Stolz kann meine Verzweiflung nicht stillen, wenn Du jede Nacht aufs neue in meinen Armen stirbst und mich verzweifelt zurückläßt.



Dieses Bild malte mein Sohn mit 18 Jahren in Rom. Es ist eine besondere Art von „Selbstbildnis“. Er malte sich mit 80 Jahren - ein Jahr vor seinem Tode.

Zuerst lehrte mich mein DIRK die Zusammenhänge des Krebs zu verstehen, danach begriff ich langsam die gesamte Medizin.



Meine über alles geliebte Frau, Dr. Sigrid HAMER, Ärztin und treuer Kamerad durch fast 30 Jahre. Fünf Krebskrankungen konnte sie überwinden, die mehr oder weniger alle im Gefolge des Leides um ihren geliebten Sohn DIRK entstanden waren. Sie starb am 12.4.85 in meinen Armen an einem akuten Herzinfarkt.

Vorwort zur 2.-6. Auflage

Liebe Leser!

Dieses Buch „Vermächtnis einer Neuen Medizin“ ist die Grundlage eines völlig neuen Verständnisses der Medizin geworden. Was ich nur in meinen kühnsten Träumen zu hoffen gewagt hatte, ist eingetroffen: Die Leser haben begriffen, daß hier eine medizingeschichtliche Wende eines vorher für unvorstellbar gehaltenen Ausmaßes markiert ist.

War das Buch „Krebs - Krankheit der Seele“ von 1984 der allererste Ursprung dieser neuen Art zu denken, so hat dieses Buch inzwischen verstehbare und praktisch realisierbare Grundlagen geliefert und neue Dimensionen abgesteckt. Insbesondere das ontogenetische³⁴ System der Tumoren und Krebsäquivalent-Erkrankungen hat uns die Neue Medizin auf eine so eindrücklich einfache und vor allem nachweisbare Art verständlich gemacht, daß wir damit wirklich arbeiten können.

Die Reaktionen und Leserzuschriften auf dieses Buch waren positiv bis enthusiastisch. Dies hat mich reichlich entschädigt für alle Opfer und Mühen. Die bisher unters Volk gebrachten fast 20.000 Bände laufen wie ein Lauffeuer um die ganze Welt, auf deutsch und auch in der französischen Übersetzung „Fondement d' une Medecine Nouvelle“. Die Neue Medizin ist nicht mehr zu stoppen, auch nicht die neue Art zu denken, die sich mit ihr zusammen Bahn bricht.

Die schlimmste Form der Versklavung des Menschen, nämlich die totale Entfremdung von sich selbst, wird ein Ende haben. Der durch den völligen Verlust des natürlichen Vertrauens in sich und seinen Körper, der Aufgabe des instinktiven Horchens auf die Stimme seines Organismus entstandenen Angst, wird der Boden entzogen werden.

Mit dem Verständnis der Zusammenhänge von Psyche und Körper begreift der Patient auch den Mechanismus der panischen irrationalen Ängste vor prognostisch angeblich unausweichlichen Gefahren, die eben erst dadurch unausweichlich und mortal⁵ werden, weil der Patient sie glaubt, weil er Angst hat. Enden wird so auch die aus dieser Angst vor einem angeblich „selbstzerstörerischen Krebsmechanismus“, dem „unendlich lebenkonsumierenden Metastasen-Wachstum“ etc. erwachsene unendliche Machtfülle der Ärzte.

Die Verantwortung, die diese in Wahrheit nie übernommen haben und auch nie übernehmen konnten, müssen sie nun an die Kranken selber zurückgeben. Die-

³ ontogenetisch = bezogen auf die Menschwerdung im Mutterleib und als Rasse

⁴ Ontogenese = Embryonalentwicklung

⁵ Mortalität = Sterblichkeit

ses Buch kann für denjenigen, der es wirklich begreift, wirkliche Freiheit bedeuten.

Das wunderbarste Erlebnis für mich war, daß ich gesehen habe, daß die Patienten selbst nunmehr, mit dem Buch der NEUEN MEDIZIN in der Hand in der Lage sind, sich selbst zu retten. Sie lesen das Buch, verstehen es, gehen ruhig und gelassen zu ihrem Doktor oder Professor, legen ihm das Buch auf den Tisch und sagen ihm, sie möchten nach dieser und keiner anderen Methode behandelt werden. Kein Professor dieser Welt kann dagegen etwas sagen, kein einziger hat bisher etwas dagegen argumentieren können. Die Histopathologen, die bisher die „Schicksalsgötter“ der Medizin waren und darüber urteilen mußten, ob ein Gewebe Krebs ist oder nicht, sie knicken, mit dem ontogenetischen System der Tumoren und Krebsäquivalent-Erkrankungen konfrontiert, ein, sie müssen sich widerrufen und geschlagen geben, wenn ihre Diagnose nicht damit übereinstimmt hatte. Es werden ganz neue, und zwar nachprüfbare Maßstäbe gesetzt. Auch hat jetzt die histologische Diagnose und die früher in der Gegend herumgeschleuderten vermeintlichen „Prognosen“ („Sie haben noch so und so lange zu leben, noch so und so viel Prozent Überlebenschance“) ihren Schrecken verloren, seit der Patient weiß, daß er selbst seine Prognose programmieren kann.

Der Patient ist mündig geworden. Er starrt nicht mehr wie ein verängstigtes Kaninchen den großen Chefarzt oder Primarius an, aus dessen Mund er früher zitternd die Todesprognose erwartete und erhielt (was ihm stets den nächsten Konflikt mit einer sog. „Metastase“ verursachte), sondern er steht heute als ebenbürtiger Partner seinem Arzt gegenüber. Der Patient kann die Neue Medizin nämlich genauso gut verstehen wie der Arzt, während beide den früheren Wirrwarr der alten Medizin mit all den unerklärlichen Ausnahmen und Zusatzhypothesen nicht verstehen konnten. Nur hatten die Ärzte stets so getan, als würden sie diesen Unsinn verstehen können oder gar verstanden haben.

Zum Schluß eine wahre Begebenheit, die sich vor einiger Zeit in Bremen zugeschlagen und mich zutiefst gerührt hat: Eine junge Frau, der man in der Klinik gesagt hat, sie sei „voller Metastasen“ und habe keine Chance mehr zu überleben, bekommt von einer guten Freundin dieses Buch zugesteckt. Um in Ruhe lesen zu können, geht sie in den Wald, setzt sich an einer einsamen Stelle auf einen Baumstamm und ... liest! Als tüchtige Sekretärin, die sie bisher war, liest sie rasch und konzentriert, Stunde um Stunde. Sie merkt keinen Hunger und keine Müdigkeit, 6 Stunden hat sie, wie sie sagt, fast wie im Rausch gelesen. „Dann“, so erzählt sie, „fiel es mir wie Schuppen von der Augen. Ich begriff in einem freudigen Schrecken, was dieses Buch bedeutete. Da sprang ich von meinem Baumstamm in die Höhe, so hoch ich konnte, und schrie in den Wald: 'Jetzt weiß ich, daß ich weiterleben kann!'“

Sie hat richtig gefühlt! Es geht ihr gut, und sie ist längst aus der Gefahrenzone heraus.

Hätte dieses Buch nur dieser jungen Frau, einem einzigen Menschen, geholfen zu überleben, dann wäre es wert und ist würdig, geschrieben worden zu sein!

Euer Dr. Ryke Geerd Hamer

Vorwort zur 7. Auflage

Nach zehn Jahren, seit der ersten Auflage des Buches „Vermächtnis einer Neuen Medizin Bd. I“, war eine größere Überarbeitung dringend erforderlich. Mit der ersten Auflage 1987 war, so meine ich rückblickend, ein großer Wurf gelungen. Die bis damals gefundenen 4 biologischen Naturgesetze haben sich als vollständig richtig erwiesen, wenngleich das 4. biologische Naturgesetz (das ontogenetisch bedingte System der Mikroben) in vielen Erkrankungsfällen nicht reproduzierbar ist, weil keine bakteriologischen Befunde mehr erhoben werden. So glaubt man z.B. die Tuberkulose sei ja praktisch ausgerottet und verzichtet deshalb in 9 von 10 Fällen darauf, die sog. „säurefesten Stäbchen“ korrekt nachzuweisen. Überhaupt hat die offizielle Schulmedizin, wie ja vorauszusehen war, erhebliche Schwierigkeiten, die Neue Medizin überhaupt zu verstehen. Zu tief sitzen die Vorstellungen von „gutartig“ und „bösertig“, die in nahezu allen Bereichen halbreligiös den Fortschritt der Wissenschaft verhindert haben. So können oder wollen meine ehemaligen Kollegen einfach nicht begreifen, daß z.B. ein althirn-gesteuerter Krebs und eine Tuberkulose mit dem typischen Nachtschweiß und den subfebrilen⁶ Temperaturen zum gleichen Sonderprogramm (was ich früher noch als Krankheit bezeichnet habe) gehören können, nur ist der Krebs die konflikt-aktive Phase und die Tbc die Heilungsphase.

1994 ist ein 5. biologisches Naturgesetz zu den 4 bereits seit 1987 vorhandenen dazugekommen, die sog. *Quintessenz*:

„Das Gesetz vom Verständnis einer jeden sog. 'Krankheit' als eines entwicklungsgeschichtlich verstehbaren *Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms* der Natur (SBS).“

Dieses 5. Biologische Naturgesetz war natürlich implizit auch schon in der 1. Auflage enthalten, denn die ganze Neue Medizin basiert ja im Grunde auf diesem Verständnis. Aber sie war noch nicht klar definiert. Mit dieser Quintessenz ist die Neue Medizin praktisch in sich logisch kohärent⁷ abgeschlossen.

Mit dem 5. Biologischen Naturgesetz ist meine frühere Ansicht überholt, die ich noch bei der Entdeckung der Eisernen Regel des Krebs und dem Gesetz der Zweiphasigkeit aller sog. Erkrankungen (bei Lösung des Konfliktes) hatte, nämlich daß das DHS, der initiale biologische Konfliktschock, ein „Kurzschluß“ im Gehirn sei. Denn unter „Kurzschluß“ versteht man eben noch eine „Panne“, ein „Versagen“ des Organismus, eine bösartige Entartung sinnloser Natur etc. Alles das hatte so nicht gestimmt. Erfreulicherweise hatte ich diesen Rest an Ballast nicht in die beiden ersten biologischen Naturgesetze aufgenommen, sondern sie

⁶ subfebril = leicht fieberhaft

⁷ kohärent = zusammenhängend

rein naturwissenschaftlich formuliert. Das zahlt sich jetzt aus, denn ich brauchte sie nicht zu ändern, das 3. und 4. Biologische Naturgesetz ohnehin nicht *Wir nennen jetzt alle Gesetze die 5 Biologischen Naturgesetze*.

So hat dieses Buch eigentlich nur seine Komplettierung durch die Quintessenz des 5. Biologischen Naturgesetzes erhalten. Wir haben jetzt ein naturwissenschaftliches, präzises System von 5 biologischen Naturgesetzen - ohne eine einzige Hypothese! Dagegen steht die offizielle Schulmedizin, die sich als „Staatsmedizin“ geriert, sich „anerkannt“ nennt und sich deshalb anmaßte, die Erkenntnisse der Neuen Medizin bisher 17 Jahre lang mit einer schier unvorstellbaren Menschenverachtung zu unterdrücken. Der „anerkannte Irrtum“ der „Staatsmedizin“ funktioniert nur mit einigen tausend Hypothesen, keiner einzigen biologischen Gesetzmäßigkeit. Deshalb konnte man auch bei der „anerkannten Medizin“ nie etwas naturwissenschaftlich am nächstbesten Patientenfall nachprüfen. *In der Neuen Medizin muß jeder nächstbeste Fall stets nach den 5 Biologischen Naturgesetzen reproduzierbar sein.*

Die nunmehr für Patient und Arzt gleichermaßen einsehbaren und verstehbaren Krankheitsverläufe nehmen dem Patienten jede Panik. Wir haben gleichsam die Urmedizin wiederentdeckt. In Spanien wird sie deshalb manchmal auch zärtlich „la medicina sagrada“, die „heilige Medizin“ genannt.

Köln, den 24.12.95

Zusatz zum Vorwort der 7. Auflage,

geschrieben im Gefängnis, Köln-Ossendorf („Klingelpütz“)
am 18. August 1997

Lieber Leser,

Heute vor 19 Jahren wurde mein Sohn DIRK im Morgengrauen in einem Boot schlafend, aus dem Kriegskarabiner seines Mörders tödlich getroffen. Er starb am 7. Dezember 1978.

Wie ihr seht, sind nun zwei Jahre ins Land gegangen, in denen dieses Buch nicht gedruckt werden konnte.

Mit Hilfe des Falles der kleinen Olivia Pilhar aus Österreich wurde gegen unseren Verlag und meine Person ein unglaublicher Medien- und Rufmordterror inszeniert, der unseren Verlag fast vernichtet hätte - aber eben nur fast. (Ich möchte mich über den Fall Olivias hier nicht erneut äußern und verweise daher alle Interessierten auf das von ihrem Vater verfaßte Buch: „Olivia - Tagebuch eines Schicksals“).

An dieser Stelle möchte ich ganz besonders einigen guten Freunden danken, ohne die wir es nicht geschafft hätten.

Seit drei Monaten sitze ich hier im Gefängnis oder Kerker, dem Kölner „Klingelpütz“. Aber ich bin stolz darauf, für alle Patienten, für alle diejenigen, die sich für die Neue Medizin entschieden haben oder im Zukunft noch entscheiden wollen und für die wissenschaftliche Wahrheit hier im Kerker sitzen zu müssen oder zu dürfen. Seit wir jetzt die Ermittlungsakten einsehen konnten, konnten wir feststellen, mit welcher Menschenverachtung und mit welcher krimineller Energie unsere Gegner gegen meine Person und die Neue Medizin zu Werke gegangen sind. Offiziell bin ich danach angeklagt, mit drei Menschen unentgeltlich über die Neue Medizin gesprochen zu haben. Um eine Verurteilung vorzubereiten, mußte die Presse die Sache dramatisch und mit abgrundtiefem Haß darstellen: „Kölner Krebsheiler - schon 40 Tote“ und „Dr. Hamer: Todesliste wird immer länger.“ Kein Wunder, viele Knackis im Kölner Knast wären mir nach der Zeitungslektüre am liebsten an die Gurgel gegangen ...

Eine öffentliche, redliche und naturwissenschaftliche Überprüfung der Neuen Medizin soll es auf gar keinen Fall geben. Mit Hilfe der Justiz will man mich tatsächlich zwingen, überhaupt nicht mehr über Medizin zu reden, keine Seminare mehr zu halten, keine Bücher mehr zu schreiben. Laut Prof. Dr. Hanno Beck, Nestor des Faches „Geschichte der Naturwissenschaften“, Bonn, ist dies „die bei weitem schlimmste Erkenntnisunterdrückung, die ich überhaupt kenne.“

Wenn wir uns überlegen, wieviel Leid bereits präventiv im Vorfeld von späteren Erkrankungen verhindert werden könnte, wenn die Kenntnis der 5 Biologischen Naturgesetze der Bevölkerung nicht systematisch vorenthalten würde! Dieser Zustand weitet sich zu einem der größten Verbrechen der Menschheitsgeschichte aus!

Ich weiß, daß ich hier für die wissenschaftliche Wahrheit und für alle Menschen, denen die Neue Medizin noch helfen kann, im Gefängnis sitze, am 9.9.1997 zu 19 Monaten Gefängnis verurteilt. Ich ertrage es ohne Murren, für buchstäblich „dreimal mit einem Patienten über Neue Medizin gesprochen, kostenlos“. Daraus konstruiert man dreimal Beratung, daraus dreimal Behandlung. Der Richter, der mich in dieser Farce von Prozeß aburteilen durfte, lehnte im letzten Moment die Anhörung von zehn Ärzten und zehn Patienten der Neuen Medizin ab, die er vorher zugesagt hatte. Das Urteil stand schon vorher fest...

Euer Dr. med. Ryke Geerd Hamer

Inhaltsverzeichnis

1 ZUM GELEIT	35
2 DIE KRANKHEITEN (NUNMEHR VERSTANDEN ALS SINNVOLLE BIOLOGISCHE SONDERPROGRAMME) VON MENSCH, TIER UND PFLANZE ALS DREISCHICHTIGES GESCHEHEN	43
2. 1 WAS BEDEUTET DIE SYNCHRONIZITÄT DES DREISCHICHTIGEN VERLAUFS?...	49
3 EINFÜHRUNG IN DIE NEUE MEDIZIN	55
4 DAS WESEN DER NEUEN MEDIZIN - ABGRENZUNG ZUR BISHERIGEN SOG. „SCHULMEDIZIN“	61
5 DIE EISERNE REGEL DES KREBS - DAS 1. BIOLOGISCHE NATURGESETZ DER NEUEN MEDIZIN	67
5. 1 DAS 1. KRITERIUM DER EISERNEN REGEL DES KREBS.....	68
5.1.1 <i>Definition des Begriffes „Konflikt“ in der EISERNEN REGEL DES KREBS (ERK)</i>	70
5.1.2 <i>Das DIRK-HAMER-SYNDROM (DHS)</i>	74
5.2 DAS 2. KRITERIUM DER EISERNEN REGEL DES KREBS	79
5.3 DAS 3. KRITERIUM DER EISERNEN REGEL DES KREBS	81
6 DAS CODEVERHALTEN DES GEHIRNS - GRUNDLAGE DER BIOLOGISCHEN KONFLIKTE.....	83
6. 1 VERGLEICH DER BIOLOGISCHEN VERLAUFSFORM DES KREBS BEI MENSCH UND TIER	86
6.2 VERGLEICH DER BIOLOGISCHEN KONFLIKTE BEI MENSCH UND TIER.....	89
7 DAS GESETZ DER ZWEIPHASICKEIT DER SINNVOLLEN BIOLOGISCHEN SONDERPROGRAMME (FRÜHER BEZEICHNET ALS ERKRANKUNGEN) BEI LÖSUNG DES KONFLIKTS - DAS 2. BIOLOGISCHE NATURGESETZ DER NEUEN MEDIZIN	91
7.1 SYMPATHICOTONE KONFLIKT-AKTIVE PHASE; KONFLIKTVERLAUF	96
7.2 CONFLICTOLYSE, LÖSUNG DES BIOLOGISCHEN KONFLIKTS	98
7.3 DIE EPILEPTISCHE BZW. EPILEPTOIDE KRISE IM HEIL VERLAUF ERKLÄRT AM BEISPIEL DES HERZINFARKTS	99
7.4 WAS HEIßT „BIOLOGISCHE“ LÖSUNG EINES KONFLIKTES?	102
7.4.1 <i>Fallbeispiel: Biologische Konfliktlösung durch interstitielles Hoden-Karzinom</i>	104
8 DIE EPILEPTISCHE KRISE ALS NORMALE PASSAGE IN DER HEILUNGSPHASE.....	113

8.1 MÖGLICHKEITEN DER VERSCHLEIERUNG DER EPILEPTISCHEN KRISE	119
8.2 DAS WESEN DER EPILEPTISCHEN KRISE	120
8.2.1 Fallbeispiel: <i>D-Zug Paris - Köln, 06.10.1984, Abfahrt 7.37 Uhr....</i>	121
8.2.2 Fallbeispiel: <i>Der Ordonnanz-Offizier und der Kadett.</i>	124
8.2.3 Fallbeispiel: <i>Epilepsie seit dem 8. Lebensjahr.....</i>	125
8.2.4 Fallbeispiel: <i>Liebesabenteuer auf Türkisch: Die Geliebte.....</i>	127
8.2.5 Fallbeispiel: <i>Katastrophe pur</i>	128
8.2.6 Fallbeispiel: <i>Kampf auf Tod und Leben</i>	131
8.2.7 Fallbeispiel: <i>Der Tod des verehrten Chefdirigenten.....</i>	134
8.2.8 Fallbeispiel: <i>Die vier bösen Geister</i>	138
8.2.9 Fallbeispiel: <i>Verbotenes Petting.....</i>	141
8.2.10 Fallbeispiel: <i>Papa Noel.....</i>	143
8.3 DIE WICHTIGSTEN EPILEPTISCHEN UND EPILEPTOIDEN KRISEN	147
8.3.1 <i>Migräne-Anfälle</i>	149
8.3.2 <i>Die epileptischen Krisen (Anfälle) des motorischen Rinden-zentrums</i> 150	
8.3.2.1 Asthma bronchiale	151
8.3.2.2 Der Myokard-Infarkt.....	151
8.3.3 <i>Die epileptoiden Krisen des sensorischen (Haut - und Schleimhaut-Plattenepithel) und des postsensorischen (Periost) Rinden-zentrums.....</i>	153
8.3.3.1 Absencen bei Neurodermitis und Psoriasis.....	153
8.3.3.2 Absence bei Periost-Betroffenheit.....	154
8.3.3.3 Die Absence beim Linksherz-Infarkt mit Koronar-Ulcus und Kammerbrady-Arrhythmie	154
8.3.3.4 Koronarvenen-Intima-Ulcera-Epilepsie mit Lungenembolie (Rechtsherzinfarkt) mit gleichzeitigen Gebärmutterhals-Ulcera	155
8.3.3.5 Die epileptoide Krise der Lebergallengangs-Ulcera mit Absence innerhalb der Hepatitis, was bisher als Leber-Koma bezeichnet wurde	156
8.3.3.6 Die epileptoide Krise der Bronchialschleimhaut-Ulcera mit Absence innerhalb der „Bronchitis“, Bronchial-Atelektase, bzw. Pneumonie	156
8.3.3.7 Die epileptoide Krise des sog. „Grünen Stars“ (Grüner Star = Glaskörper-Trübung des Auges)	156
8.4 DER ORGASMUS	157
8.4.1 <i>Der einseitige Orgasmus</i>	157
8.4.2 <i>Der doppelseitige Orgasmus</i>	157
8.4.3 <i>Der sog. „Liebesrausch“</i>	157
8.4.4 <i>Der (hirn-) einseitige Orgasmus</i>	158
8.4.5 <i>Die Häufigkeit des Orgasmus.....</i>	160
8.4.6 <i>Welche Relais im Gehirn reagieren als Hamersche Herde beim einseitigen oder sog. einfachen Orgasmus?.....</i>	167
8.4.7 <i>Das sog. „Springen“ („Springen“ = von einer Hemisphäre auf die Gegenhemisphäre) eines Konfliktes und damit auch der Art des Orgasmus bei hängend-aktivem Vorkonflikt oder Änderung der Hormonlage. Die Impotenz.....</i>	163
8.4.8 <i>Sexualität in der sog. „Schizophrenen Konstellation“.....</i>	167

9 DER VEGETATIVE RHYTHMUS / SYMPATHICOTONIE - VAGOTONIE.....	173
9.1 DAS VEGETATIVE NERVENSYSTEM, COMPUTERZENTRALE DES BIOLOGISCHEN RHYTHMUSGESCHEHENS UNSERES KÖRPERS	178
9.2 PARASYMPATHICOTONIE = VAGOTONIE UND SYMPATHICOTONIE	179
9.3 DAS PARASYMPATHISCHE NERVENSYSTEM	184
9.4 DAS SYMPATHISCHE NERVENSYSTEM	185
10 DIE ENTDECKUNG DER HAMERSCHEN HERDE - EIN HISTORISCHER ABRIß	189
10.1 DIE VON DEN NEURORADIOLOGEN FAST ZWEI JAHRZEHNTEN FEHLGEDEUTETEN VERMEINTLICHEN RINGARTEFAKTE DES GEHIRNS IM COMPUTERTOMOGRAMM	192
10.2 DAS KOPF-GEHIRN UND DAS ORGAN-GEHIRN	197
10.3 DER HAMERSCHE HERD IN DER CA-PHASE UND IN DER PCL-PHASE	197
10.4 GEHIRN-SCHEMATA	203
10.4.1 <i>Unsere Gehirn-CT-Schnitte</i>	206
10.5 DER ERSTE ENTDECKTE HAMERSCHE HERD	207
10.6 FALLBEISPIELE	209
10.6.1 <i>Fallbeispiel: Italienischer Gastarbeiter</i>	270
10.6.2 <i>Fallbeispiel: 60jährige Frau eines Universitäts-Rektors</i>	272
10.6.3 <i>Fallbeispiel: 50jährige Patientin nach Menopause</i>	214
10.6.4 <i>Fallbeispiel: Aktiver HH in Schießscheiben-Konfiguration im Stammhirn</i>	276
10.6.5 <i>Fallbeispiel: Rechtshänder Patient mit Verlust-Konflikt</i>	277
10.6.6 <i>Fallbeispiel: Linkshänderin mit Teillähmungen links</i>	279
10.6.7 <i>Fallbeispiel: Patientin mit Angst-Ekel-Konflikt</i>	227
10.6.8 <i>Fallbeispiel: Duktales Mamma-Ca</i>	223
10.6.9 <i>Fallbeispiel: Londoner Banker</i>	224
10.6.10 <i>Fallbeispiel: Brutaler Trennungs-Konflikt</i>	227
10.6.11 <i>Auf den nachfolgenden zwei Fotos sehen wir</i>	228
10.6.12 <i>Fallbeispiel: Fünfjähriges Mädchen mit Verhungerungs-Konflikt</i>	234
10.6.13 <i>Fallbeispiel: Tbc und Brustkrebs:</i>	235
10.6.14 <i>Fallbeispiel: Adenoidem Brustkrebs links</i>	236
10.6.15 <i>Fallbeispiel: Kleiner französischer Jungen</i>	237
10.6.16 <i>Drei Fallbeispiele von Leukämie</i>	239
10.6.17 <i>Ein Fallbeispiel von Netzhautablösung bei Angst-im-Nacken-Konflikt</i>	242
10.6.18 <i>Fallbeispiele für starke gliomatöse Heilung eines HHs</i>	243
10.6.19 <i>Fallbeispiel: Mit 5 Jahren vom Vater missbraucht</i>	244
10.6.20 <i>Fallbeispiel: Die schwarzen Herzen</i>	246
10.6.21 <i>Fallbeispiel: sexueller Missbrauch durch den Patenonkel</i>	248
10.7 DER WEIBLICH-SEXUELLE KONFLIKT IM CCT.....	249

10.8 DER MÄNNLICHE REVIER-KONFLIKT IM CCT	250
10.8.1 Beispiele für eine sog. schizophrene Konstellation im CCT; hier anhand der Kombination von sexuellem und Revier-Konflikt	257
10.9 SCHIEBSCHEIBEN-KONFIGURATIONEN IN DER LEBER	252
10.9.1 Verhungerungs-Konflikt, weil die Köchinnen gehen	254
10.10 KEINE HIRNOPERATIONEN! ZWEI NAHEZU IDENTISCHE FÄLLE - EINE GEGENÜBERSTELLUNG	257
10.11 DIE HISTOLOGIE DER HAMERSCHEN HERDE	267
10.11.1 Der sogenannte „Hirntumor“ (in Wirklichkeit Hamerscher Herd).....	270
10.11.2 Sogenannter apoplektischer Insult oder „Hirnschlag“	277
10.11.3 Der Hamersche Herd in der Heilungsphase.....	273
10.11.4 Zerreißung des Hamerschen Herdes durch intrafocales Oedem..	276
10.12 EIN WORT ZUR AUFNAHMETECHNIK: HiRN-CT ODER NMR (MRI, KERNSPIN-TOMOGRAMM)?	282
10.13 HIRNOPERATIONEN - HIRNBESTRAHLUNGEN.....	284
10.14 Aus EINEM INTERVIEW DR. HAMERS MIT PROF. DR. MED. DR. RER. NAT. P. PFITZER, PROFESSOR FÜR PATHOLOGIE UND ZYTOPATHOLOGIE, DEKAN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER UNIVERSITÄT DÜSSELDORF	284
11 DIE BEDEUTUNG DER LINKSHÄNDIGKEIT UND DER RECHTSHÄNDIGKEIT	291
11.1 DIE LINKS- UND RECHTSHÄNDIGKEIT - DER KLATSCHTEST	294
11.2 DIE LINKSÄUGIGKEIT UND RECHTSÄUGIGKEIT	296
11.3 BEDEUTUNG DER LINKSHÄNDIGKEIT FÜR DIE KLINISCHE DIAGNOSTIK ..	299
11.4 DIE BEIDEN GROßHIRN-HEMISPHÄREN: LINKER REVIERBEREICH = WEIBLICH, RECHTER REVIERBEREICH = MÄNNLICH	303
12 DAS KONFLIKTREZIDIV	305
13 DIE KONFLIKT-SCHIENE.....	309
13.1 FALLBEISPIEL: HEUSCHNUPFEN	309
13.2 FALLBEISPIEL: FLUG SENEGAL-BRÜSSEL.....	311
13.3 FALLBEISPIEL: AM STEUER EINGESCHLAFEN	313
13.4 FALLBEISPIEL: DIE ÜBERFAHRENE KATZE	313
13.5 FALLBEISPIEL: DER BOXER IM LIEFERWAGEN.....	314
13.6 FALLBEISPIEL: EIN AUFFAHRUNFALL NACH DEM ANDEREN	315
13.7 FALLBEISPIEL: NUßALLERGIE	316
14 DER HÄNGENDE KONFLIKT ODER DER KONFLIKT IM GLEICHGEWICHT	329
14.1 FALLBEISPIEL: BUBENRAUCHEN MIT FOLGEN	332
15 DER TEUFELSKREIS	341
15.1.1 Fallbeispiel: „Metastasen“ schon im kleinen Finger!	345

<i>15.1.2 Fallbeispiel: Teufelskreis durch Herzangst-Konflikt mit Herzbeutel-Mesotheliom</i>	<i>346</i>
<i>15.1.3 Fallbeispiel: Der Aszites oder Wasserbauch (Heilungsphase nach einem Bauchfell-Mesotheliom)</i>	<i>348</i>
<i>15.1.4 Fallbeispiel: Teufelskreis bei Kiemenbogen-Zysten.....</i>	<i>350</i>
16 DAS ONTOGENETISCHE SYSTEM DER TUMOREN UND KREBSÄQUIVALENT-SONDERPROGRAMMEN - DAS 3.	
BIOLOGISCHE NATURGESETZ DER NEUEN MEDIZIN	355
16.1 DIE EINTEILUNG DER GESCHWÜLSTE.....	360
16.2 „KLEINHIRN-MESODERM“ UND „GROßHIRN-EKTODERM“	362
16.3 DAS KLEINHIRN-MESODERM	362
16.4 DAS GROßHIRN-EKTODERM	364
16.5 ULCUS VENTRICULI UND ULCUS DUODENI	365
16.6 DIE KREBSÄQUIVALENT-ERKRANKUNGEN, (JETZT „SINNVOLLE BIOLOGISCHE KREBSÄQUIVALENT SONDERPROGRAMME“).....	371
16.7 WARUM ES KEINE METASTASEN GEBEN KANN.....	373
17 DAS ONTOGENETISCH BEDINGTE SYSTEM DER MIKROBEN - DAS 4. BIOLOGISCHE NATURGESETZ DER NEUEN MEDIZIN.....	377
18 DAS SPÄT- UND ENDSTADIUM DES GEHEILTEN KREBSES BZW. DER GEHEILTEN KREBSÄQUIVALENTE.....	389
18.1 A. DAS ENDSTADIUM DES SINNVOLLEN BIOLOGISCHEN SONDERPROGRAMMS EINES KREBSES BEI BIOLOGISCH „NORMALEM“ VERLAUF	390
<i>18.1.1 a) Die Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme der althirn-gesteuerten Gruppe (stammhirn- und kleinhirn-gesteuert)</i>	<i>390</i>
<i>18.1.2 b) Das „Endstadium“ der großhirn-gesteuerten Prozesse</i>	<i>394</i>
18.1.2.1 Das durch Reparation (z. B. Callus) substituierte Nekrose-Karzinom, später als „Sarkom“ bezeichnet.....	395
18.1.2.2 Das vernarbte oder verkalkte Karzinom	396
<i>18.1.3 c) beim konflikt-reduzierten „hängenden Konflikt“</i>	<i>396</i>
18.2 B. DAS ENDSTADIUM BEI UNBIOLOGISCH VERLAUFENDEM KREBS ODER BESSER SBS.....	397
19 DAS GESETZ VOM VERSTÄNDNIS EINER JEDEN SOG. „KRANKHEIT“ ALS TEIL EINES ENTWICKLUNGSGESCHICHTLICH VERSTEHBAREN SINNVOLLEN BIOLOGISCHEN SONDERPROGRAMMS DER NATUR - DAS 5. BIOLOGISCHE NATURGESETZ DER NEUEN MEDIZIN (DIE QUINTESSENZ)	401
19.1 DAS PRINZIP DER KREBSERKRANKUNG	404
19.2 DAS EINSCHALTEN DES SONDERPROGRAMMS DURCH DAS DHS - DER BEGINN DER SYMPATHICOTONEN PHASE	405
19.3 DAS GRUNDSÄTZLICHE PROBLEM	406

20 DIE THERAPIE DES „KREBS-SONDERPROGRAMMS“	411
20.1 DER ARZT DER NEUEN MEDIZIN	414
20.2 PSYCHISCHE EBENE: PRAKTISCH-PSYCHISCHE THERAPIE MIT GESUNDEM MENSCHENVERSTAND	416
20.2.1 <i>Konflikt-Anamnese - Herausfinden des DHS</i>	423
20.2.2 <i>Berechnung des Konfliktverlaufs vom DHS an</i>	424
20.3	DIE
CEREBRALE EBENE: VERLAUFSBEOBACHTUNG UND THERAPIE	
CEREBRALER KOMPLIKATIONEN	425
20.3.1 <i>Richtschnur der Therapie: Der Code unseres Gehirns</i>	427
20.4 DIE ORGANISCHE EBENE: THERAPIE ORGANISCHER KOMPLIKATIONEN ...	429
20.4.1 <i>Der Patient, Herr der Entscheidungen über alle Eingriffe an seinem Körper</i>	430
20.4.2 <i>Alternative durch natürliche Krebsabtragung</i>	431
20.4.3 <i>Ein Wort zu Bestrahlungen</i>	432
20.4.4 <i>Probepunktionen und Probeexzisionen</i>	432
20.4.5 <i>Ein Wort zu chirurgische Interventionen</i>	433
20.4.6 <i>Allgemeine Verhaltensregeln</i>	435
20.4.7 <i>Medikamente bei der Therapie</i>	438
20.4.7.1 Die zwei Gruppen von Medikamenten	440
20.4.7.2 Ein Wort zum Penicillin	441
20.4.7.3 Empfohlene Dosierung für Prednisolon	442
20.4.7.4 Ein Wort zur zytostatischen Chemo-Pseudotherapie	443
20.4.7.5 Empfehlung bei Konfliktrezidiv oder neuem DHS	443
20.4.7.6 Ausschleichen des Cortisons, evtl. mit Hilfe von ACTH	444
20.4.7.7 Die epileptische Krise	444
20.4.7.8 Ein Wort zu Schmerzen und morphinhaltigen Schmerzmitteln	446
20.5 ZUSAMMENFASSUNG	447
20.6 DAS IDEALE KRANKENHAUS	449
20.7 EIN FALLBEISPIEL (CELLER-DOKUMENTATION)	452
21 DIE LEUKÄMIE - HEILUNGSPHASE NACH KNOCHENKREBS... 475	
21.1 EINFÜHRUNG	475
27.7.1 <i>Wie geschieht die Blutbildung?</i>	477
21.1.1 <i>Was ist Leukämie in der Neuen Medizin?</i>	479
21.1.2 <i>Was beinhaltet das ganze Sinnvolle Biologische Sonderprogramm?</i> 480	
21.1.3.1 Welche Symptome sehen wir in der konflikt-aktiven Phase?	480
21.1.3.2 Welche Symptome sehen wir in der konflikt-gelösten Phase?	480
21.2 DIE AKUTE UND CHRONISCHE LEUKÄMIE	481
21.2.1 <i>Die Leukämische Regel</i>	482
21.3 DIE LEUKÄMIE IN SCHULMEDIZINISCHER SICHT	484
21.3.1 <i>Gegen das Chaos der schulmedizinischer Dogmen spricht</i>	487
21.4 DIE VERSCHIEDENEN VERLAUFSSTADIEN DES SELBSTWERTEINBRUCHES .	490

21.5 DAS HÄUFIGSTE VORKOMMEN DER LEUKÄMIE ALS BEGLEITSYMPOTOM DER HEILUNG VON SCHENKELHALS-, HÜFT-, WIRBELSÄULEN-ENTKALKUNGEN.	
OSTEOSARKOME	494
21.5.1 <i>Schenkelhalsfraktur - Hüftkopfnekrose - Akuter Gelenkrheumatismus</i>	495
21.5.1.1 Schenkelhalsfraktur	495
21.5.1.2 Callus	496
21.5.1.3 Hüftkopfnekrose - (akuter) Gelenkrheumatismus des Hüftkopfes.....	498
21.5.1.4 Akuter Gelenkrheumatismus	498
21.5.1.5 Der Leistungssport und die ossären Entkalkungen (Osteolysen = Knochenkrebs), Osteosarkome und Leukämie	500
27.5.2 <i>Die atraumatischen Skelettveränderungen</i>	504
21.5.2.1 Schema der Skoliose-Entstehung.....	506
21.5.3 <i>Die Osteosarkome</i>	506
21.5.3.1 Biologischer Sinn des Osteosarkoms	507
21.6 DIE THERAPIE DER LEUKÄMIE	512
21.6.1 <i>Die Therapie in der konflikt-aktiven, präleukämischen Phase</i>	514
21.6.2 <i>Therapie der post-conflictolytischen leukämischen Phase (2. Teil des SBS)</i>	576
21.6.2.1 Erstes Stadium.....	516
21.6.2.1.1 Komplikationen des 1. Heilungsstadiums und Therapie	517
21.6.2.1.2 Anämie.....	519
21.6.2.2 Zweites Stadium: Noch Anämie und Thrombopenie, aber schon Leukozytose bzw. Leukämie	520
21.6.2.2.1 Psychische Komplikationen.....	521
21.6.2.2.2 Cerebrale Komplikationen	522
21.6.2.2.3 Organische Komplikationen.....	523
21.6.2.2.3.1 a. Komplikationsmöglichkeit: Anämie und Thrombopenie...	524
21.6.2.2.3.2 b. Komplikationsmöglichkeit: Spontan-Knochenfraktur	524
21.6.2.2.3.3 c. Komplikationsmöglichkeit: Hirnschwellung im Großhirn-Marklager	524
21.6.2.3 Drittes Stadium: Beginn der Erythrozyten-Schwemme in die Peripherie, etwa 4 bis 6 Wochen nach Beginn der Leukoblasten-Schwemme	525
21.6.2.3.1 Psychisch	525
21.6.2.3.2 Cerebral	526
21.6.2.3.3 Organisch.....	526
21.6.2.4 Viertes Stadium.....	527
21.6.2.4.1 Psychisch	527
21.6.2.4.2 Cerebral	528
21.6.2.4.3 Organisch.....	529
21.6.2.5 Fünftes Stadium: Übergang zur Normalisierung.....	530
21.7 DER BLUTUNGS- ODER VERLETZUNGS-KONFLIKT - MILZ-NEKROSE, THROMBOZYTOPENIE	530
21.8 VORBEMERKUNGEN zu DEN LEUKÄMIE-FÄLLEN	531
21.8.1 <i>Psyche</i>	552
21.8.2 <i>Cerebral</i>	532
21.8.3 <i>Organisch</i>	533
21.9 FALLBEISPIELE	535

21.9.1 Ein schwerer Autounfall und seine Folgen.....	535
21.9.2 Völliger Selbstwerteinbruch durch Tod der Ehefrau.....	540
21.9.3 Akute Lymphoblasten-Leukämie, weil der Freund sie verließ	541
21.9.4 Selbstwerteinbruch im Verhältnis zur Schwester, als sie sagt: „Du bist ja ein Monster!“	543
21.9.5 Selbstwerteinbruch durch „Schlag unter die Gürtellinie“	546
21.9.6 Selbstwerteinbruch wegen Entlassung der Ehefrau aus der gleichen Firma und Umstellung auf einen neuen Computer.....	547
21.9.7 Selbstwerteinbruch, weil Patient glaubte, zum „alten Eisen“ zu zählen	548
21.9.8 Der Staatsanwalt: Selbstwerteinbruch Vater/Tochter.....	553
21.9.9 Akute Lymphoblasten-Leukämie durch Selbstwerteinbruch wegen einer „Drei“ in Musik	556
21.9.10 Selbstwerteinbruch mit Plasmozytom durch Konkurs des Geschäfts der Lieblingstochter.....	559
21.9.11 Morbus Waldenström	564
21.9.12 Aleukämische Leukämie, sog. myelodysplastisches Syndrom und Hoden-Karzinom durch Selbstwerteinbruch-Konflikt und Verlust-Konflikt beim Tod des Onkels	572
21.9.13 Selbstwerteinbruch eines Schülers, weil er beim Schuleschwänzen erwischt wurde.....	577
21.9.14 Selbstwerteinbruch-Konflikt mit Revier-Konflikt und (weiblichem) Reviermarkierungs-Konflikt durch endgültigen Durchfall im juristischen Examen	580
<hr/>	
21.9.15 Selbstwerteinbruch-Konflikt wegen Behexung der Ehefrau durch einen Magnetiseur.....	588
21.9.16 Gebärmutter-Ca; gleichzeitig völliger Selbstwerteinbruch mit Knochen-Osteolysen, Leukämie, Scheiden-Karzinom	597
21.9.17 Pseudo-chronische myeloische Leukämie durch immer verschiedene neue Selbstwerteinbruch-Konflikte. Vater schießt auf seinen Sohn	593
21.9.18 52jähriger Patient, der auf tragische Weise durch einen Kunstfehler starb, weil er als „Krebspatient“ eingestuft war	597
21.9.19 Ein Kuß und seine Folgen.....	600
21.9.20 Chronisch lymphatische Leukämie: chronisch rezidivierende Mißerfolge, abgewechselt von Erfolgen auf religiösem Gebiet als Zeugin Jehovas	613
<hr/>	
21.9.21 Sog „Akute Lymphoblasten-Leukämie mit zwei Rezidiven“, in Wirklichkeit 3 verschiedene Selbstwerteinbrüche mit jeweiliger lymphoblastischer Leukozytose oder Leukämie in der anschließenden Heilungsphase	676
27.9.10 Akute Lymphoblasten-Leukämie wegen 3 Selbstwerteinbruch-Konflikten:	679
27.9.11 Diagnose „Ewing-Sarkom“	624

<i>21.9.24 Selbstwerteinbruch-Konflikt und Selbstmordversuch nach Durchfall im Baccalaureat-Examen mit 16 Jahren</i>	637
<i>27.9.24 Chronische myeloische Leukämie bei „grüner Witwe“</i>	633
<i>21.9.24 Akute undifferenzierte Leukämie und Leber-Krebs (in diesem Falle fälschlicherweise leukämisches Infiltrat genannt) durch Entlassung mit 45 Jahren unter demütigenden Bedingungen:</i>	634
<i>21.9.25 Schulmedizinischer Wahn: Die sog. osteoblastischen (= knochenbildenden) „Metastasen“</i>	639

Inhalt des 2. Teils Vermächtnis einer Neuen Medizin

- 1 DER EINFLUß DER HORMONE AUF DAS KRANKHEITSGESCHEHEN
- 2 DIE SOGENANNTEN PSYCHOSEN
- 3 DIE SYNDROME IN DER NEUEN MEDIZIN
- 4 DIE ENTSTEHUNG SPONTANER VERBRECHEN BZW. STRAFTATEN
- 5 DIE INTERANIMALISCHE BIOLOGISCHE SPRACHE VON MENSCH UND TIER
- 6 KREBS BEI PFLANZEN ODER SINNVOLLE BIOLOGISCHE SONDERPROGRAMME BEI PFLANZEN
- 7 DAS WUNDER DER SCHÖPFUNG
- 8 AUS DER WERKSTATT DER NEUEN MEDIZIN: TRISOMIE 21, DAS SOG. DOWN-SYNDROM ODER MONGOLISMUS
- 9 AUSBLICK: DIE DREI BIOGENETISCHEN GRUNDREGELN DER NEUEN MEDIZIN
- 10 TABELLEN-REGISTER
- 11 WISSENSCHAFTLICHE TABELLE DER NEUEN MEDIZIN
- 12 SACHWORTVERZEICHNIS
- 13 VERIFIKATIONEN DER NEUEN MEDIZIN

1 Zum Geleit

Dieses Buch ist das Vermächtnis meines Sohnes DIRK. Ich reiche es weiter als der Walter seines Erbes. Niemals darf es jemandem vorenthalten werden, der es braucht, um zu überleben. Aber lehren darf es niemand ohne meine ausdrückliche Erlaubnis. Die heutigen sog. Lehrer der Medizin haben dieses Vermächtnis jahrelang bekämpft aus unlauteren und außermedizinischen Gründen. Sie sind nicht würdig, dieses Vermächtnis zu lehren.

Für Euch, meine Patienten, sollen dieser Band⁸ des Vermächtnisses meines DIRK die Basis Eurer Hoffnung sein. Die allermeisten von Euch werden gesund werden können, wenn Ihr das System richtig versteht und befolgt, und wenn es dereinst von mir ausgebildete wirkliche Ärzte mit warmen Händen und einem heißen, mitfühlenden Herzen geben wird, die Euch dabei helfen werden. Dieses System der NEUEN MEDIZIN wird man einst den größten Segen der ganzen Medizin nennen.

Alles, was bisher geschrieben wurde, ist nach bestem Wissen und der Wahrheit so nahe als möglich aufgezeichnet und nur da geändert, wo die Intimsphäre des Patienten es erforderlich machte. Ich bitte Euch, vor den Menschen und ihren Schicksalen, die hier beschrieben werden, Achtung zu bezeugen. Und solltet Ihr durch irgendeinen Zufall glauben zu wissen, um wen es sich handeln könnte, Diskretion zu wahren! Die Beispielerzählungen sind nicht zur Unterhaltung da, sondern um Euch eine Hilfe zu sein, die Dir selbst erkrankt seid.

Kein Mensch kann sagen, daß er sich nicht irren kann. Das gilt auch für mich. Ich wünsche ausdrücklich, daß Ihr mir nicht „glaubt“, sondern daß Dir selbst von dem System überzeugt werdet, was ja mit beliebig hoher Wahrscheinlichkeit beweisbar und bewiesen ist.

Der Boykott gegen die Neue Medizin war an Dramatik und Niedertracht der Bedeutung dieser Entdeckung der Zusammenhänge des Krebsgeschehens proportional. Ich selbst erkrankte 1978 an Hodenkrebs, als mein Sohn DIRK von einem Prinzen, der einen römischen Arzt vorsätzlich erschießen wollte, im Schlaf tödlich getroffen und fast 4 Monate später in meinen Armen gestorben ist. Das war das DHS, das DIRK-HAMER-SYNDROM, das mich getroffen hatte. So ein dramatisches Ereignis können die Menschen in unserer Umgebung als Erlebnisschock begreifen. Aber die meisten solcher oder ähnlicher Erlebnisschocks spielen sich unbemerkt von der Umgebung nur im Inneren des Patienten ab. Er ist deshalb nicht weniger dramatisch und nicht weniger wirksam für den Organismus des Patienten, denn einzig und allein wichtig ist, was der Patient

⁸ es sind weitere Bände des „Vermächtnis“ geplant

empfindet oder empfunden hat. Er kann gewöhnlich mit niemandem darüber sprechen, obgleich er eigentlich nichts lieber tun würde, als sich seinen Konflikt „von der Seele zu reden“!

Das DIRK-HAMER-SYNDROM („DHS“) ist der Dreh- und Angelpunkt der gesamten NEUEN MEDIZIN und des gesamten Verständnisses vom Krebsgeschehen bzw. heute mittlerweile der gesamten Krankheitsentstehung. Nicht viele Konflikte machen langsam Krebs (als sog. „Risikofaktoren“), oder große Konflikte, die wir kommen sehen würden, machen Krebs, sondern nur der unvermutete schockartige Konflikt, der uns „auf dem falschen Fuß erwischt“, macht uns das DHS. Nicht 100 Schüsse auf das Fußballtor machen ein Tor, sondern nur der eine unvermutete oder abgefälschte Schuß, der den Torwart auf dem „falschen Fuß erwischt“, der schlägt unhaltbar ins Tor ein. Das ist der „biologische Konflikt“ den ich meine und den wir mit unserer Mitkreatur (Säuge-) Tier, ja sogar den Pflanzen, gemeinsam haben.

Die Entdeckung der Zusammenhänge des Krebs war für uns Lebende offenbar zu schwer. Entdeckt hat sie - ein Toter. Sein Vermächtnis gebe ich Euch weiter.

Er hat aber nicht nur durch seinen Tod den Anlaß gegeben zur Auffindung dieser Zusammenhänge, sondern er hat - so glaube ich - selbst nach seinem Tode noch weit mehr in diese Entdeckung eingegriffen, als man bisher vielleicht vermuten konnte.

Dies geschah so:

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

Ich erwachte und hatte jedes einzelne Wort unseres Gespräches mir gut gemerkt. Ich war beruhigt und von da ab felsenfest davon überzeugt, daß das DIRK-HAMER-SYNDROM zutreffend sei. Bis dahin hatte ich etwa 170 Patienten untersucht. Ich rief Herrn Oldenburg vom Bayerischen Fernsehen an, der schon einmal eine kurze Reportage vom Hamer-Skalpell im Mai 1978 vom Chirurgenkongreß in München gebracht hatte. Er kam nach Oberaudorf und machte einen kleinen Film, der am 4.10.81 in Bayern gesendet wurde, gleichzei-

tig wurde das Ergebnis im italienischen Fernsehen RAI in einer Reportage gesendet. Nun ging ich wie im Rausch daran, weitere Fälle zu untersuchen. Ich wußte genau, daß man mir in Kürze in der Klinik „das Handwerk“ legen würde, da meine Ergebnisse zur Schulmedizin konträr waren

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

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

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

Ich recherchierte nun nicht nur alle zurückliegenden Fälle, von deren jedem ich ein Protokoll angefertigt hatte, vorwärts und rückwärts, sondern auch besonders die „schlafenden“ Karzinom-Fälle sowie die folgenden Fälle. Es wurde ein Wettlauf um Stunden. Ich wußte genau, daß mir das Verbot unmittelbar bevorstand, überhaupt keine Patienten mehr untersuchen zu dürfen. In meinem letzten Wochenenddienst untersuchte ich deshalb quasi Tag und Nacht. Aber da dämmerte mir plötzlich eine geradezu atemberaubende Erkenntnis: In den Fällen, in denen die Patienten überlebt hatten, war immer der Konflikt ausgeräumt gewesen, andererseits war der Konflikt nicht gelöst worden bei den Fällen, die gestor-

ben waren oder deren Verlauf progredient⁹ war. Ich hatte mich ja nun schon daran gewöhnt, einiges für richtig zu halten, was die Kollegen, mit denen ich darüber zu sprechen versuchte, schlicht als Unsinn bezeichneten, auch gar nicht näher wissen wollten. Aber diese Erkenntnis war nicht nur drei, sondern gar zehn Nummern zu groß für mich. Ich war völlig aufgelöst und hatte wieder buchstäblich butterweiche Knie. In diesem Zustand konnte ich die nächste Nacht gar nicht mehr erwarten, wo ich meinem Lehrer DIRK meine Schulaufgaben vorlegen wollte.

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

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

(Entnommen aus dem Buch KREBS - KRANKHEIT DER SEELE, Kurzschluß im Gehirn, dem Computer unseres Organismus, die Eiserne Regel des Krebs, Februar 1984 im Verlag „Amici di Dirk“, Köln.)

Es hat in den letzten Jahren viele Menschen gegeben, die obige Passage für „unwissenschaftlich“ hielten. Sie erhebt auch gar keinen Anspruch, „wissenschaftlich“ zu sein, sondern nur den, wahrheitsgemäß zu sein.

Im übrigen kommt es meiner Meinung nach darauf an, daß Ergebnisse und Entdeckungen, die logisch und empirisch¹⁰ stichhaltig, dazu jederzeit reproduzierbar sind, nachgeprüft werden, ob die denn nun richtig oder falsch sind. Wenn Ergebnisse und Entdeckungen aber richtig sind, dann spielt es für die Richtigkeit keine Rolle, wo, wie, wann und von wem sie entdeckt worden sind! Es nützt auch nicht, die Person des Entdeckers mit allen nur erdenklichen Mitteln des Terrors und der Diskreditierung zu verfolgen, um die Entdeckung totzuschweigen und die Folgen der Entdeckung zu vermeiden. Die Schuld steigt dabei nur ins Unermeßliche! Und genau das ist hier in den letzten 17 Jahren geschehen!

Die derzeit herrschende Schulmedizin ist im strengen Sinne keine Wissenschaft, auch wenn sie sehr wissenschaftlich „mimt“. Sie hat Tausende von

⁹ Progredienz = das Fortschreiten, die zunehmende Verschlimmerung einer Krankheit

¹⁰ empirisch = durch Erfahrung gewonnen

Hypothesen und Dogmen, die man glauben muß oder soll, die aber falsch sind, weil sie wiederum auf den besagten unbewiesenen Hypothesen beruhen. (Z.B. Metastasen-Dogma, Krankheit als „Panne der Natur“, Dogma der „wildgewordenen Zelle“, Dogma der „Hirnmetastasen“, Dogma von den Mikroben als „Erreger“ von Krankheiten usw.) Es gibt einen akademischen Witz:

Drei Studenten sollen ein Telefonbuch auswendig lernen, ein Physikstudent, ein Biologiestudent und ein Medizinstudent. Der Physikstudent fragt, ob denn da ein System im Telefonbuch sei. Man sagt ihm, daß da außer der alphabetischen Anordnung kein System drin sei. Er weigert sich, „solchen Unsinn lerne ich nicht auswendig!“ Der Biologiestudent fragt, ob denn da eine Entwicklung oder Evolution im Telefonbuch drin sei. Die gleiche Antwort - keine Entwicklung, einfach nur auswendig lernen! Er weigert sich, solchen Schwachsinn auswendig zu lernen. Der Medizinstudent wird ebenfalls aufgefordert, das Telefonbuch auswendig zu lernen und stellt nur die Gegenfrage: „Bis wann?“

Wir Mediziner haben im Prinzip im Staatsexamen Telefonbuch-Eintragungen auswendig hersagen müssen. Richtig verstehen konnte das weder der Student noch der Professor. Die eigentliche Qualifikation lag in der Anzahl der auswendig gelernten Telefonbuchseiten.

Betrachtet man die Dogmen der sog. „Schulmedizin“, so stellt man fest, daß sie eigentlich aus dem Polaritäts-Denken, dem „Gut-Böse-Denken“ unserer (jüdisch - christlich - mohammedanischen) Großreligionen stammen, was wiederum aus dem zoroastrischen¹¹ Weltbild der alten Perser stammt. Alles wird folgerichtig in „gutartig“ oder „bösertig“ eingeteilt. Hierher röhrt logischerweise auch die martialische „Ausrottungs-Mentalität“ neuzeitlicher „Medizin-Krieger“, die aber in Wirklichkeit nichts anderes ist, als reines Mittelalter: Wer die alleinseligmachenden Dogmen nicht glaubt, wird verbrannt.

Bösartig waren z.B. alle Krebszellen und Mikroben, alle „krankmachenden Reaktionen“ des Organismus, außerdem die sog. Geistes- und Gemütskrankheiten. Die Bösartigkeit sollte darin bestehen, daß Mutter Natur dauernd Fehler macht, Entgleisungen, Pannen, die Krebs machen, so vermutete man, ein „unkontrolliertes“, „invasives“ Wachstum in die be-

¹¹ Zoroastrismus = von Zoroaster (Zarathustra) begründete, monotheistische Religion

nachbarten Organe, obgleich man doch auch wußte, daß sog. „Organgrenzen“ (z.B. zwischen Uteruskörper¹² und Uterushals) existieren.

Das mit der „Bösartigkeit“ war, heute im Wissen um die eigentlichen Zusammenhänge, alles blühender Unsinn. Mutter Natur macht nämlich keine „Fehler“. Wir selbst waren die Ignoranten! Dahinter steht ganz einfach das Manko, daß man das, was man nicht versteht, als „böse“ apostrophiert und folgerichtig beseitigen will. Erst wenn man es verstanden hat, und das können wir jetzt mit den 5 biologischen Naturgesetzen, brauchen wir nicht mehr zu zerstören, sondern können verstehen, einordnen, die Fakten in einen biologischen, ja kosmischen Gesamtzusammenhang integrieren!

In der Neuen Medizin gibt es nur 5 Biologische Naturgesetze, die streng wissenschaftlich, jederzeit beweisbar sind. Sie müssen in jedem einzelnen Fall und für jedes einzelne Symptom auch der Zweitkrankheit (die man in der Schulmedizin fälschlicherweise noch immer „Metastase“ nennt) im naturwissenschaftlichen Sinne stimmen.

Das Faszinierende an der Neuen Medizin ist nun, daß wir einsehen müssen, daß alle diese vermeintlichen „bösen“ Fehler und Pannen der Natur eigentlich Sinnvolle Biologische Sonderprogramme (SBS) waren, die wir aus Unkenntnis fehl- oder mißverstanden hatten. Also alles, was wir „Krankheit“ genannt hatten, war in Wirklichkeit jeweils Teil eines solchen Sonderprogramms (SBS). Auch die Mikroben, die wir ebenfalls für bösartig und bekämpfenswert gehalten haben, waren unsere treuen Hilfsarbeiter z.B. beim Abbau des Krebs in der Heilungsphase (Mykobakterien und Bakterien) und beim Auffüllen von Nekrosen¹³ und Ulcera¹⁴ (Bakterien und Viren) ebenfalls in der Heilungsphase.

¹² Uterus = Gebärmutter

¹³ Nekrose - Gewebetod

¹⁴ Ulcera = Geschwür, „Gewebe-Minus“



TRNAVSKÁ UNIVERZITA

Hornopotočná 23, 918 43 Trnava

BESTÄHTIGUNG

Am 8.9. u. 9.9.1998 wurde am Onkologischem Institut Hl. Elisabeth in Bratislava und Onkologischen Abteilung des Krankenhauses in Trnava sieben Patientenfälle mit insgesamt mehr als 20 einzelnen Erkrankungen in Gegenwart des Prorektors der Universität Trnava, des Dekans der Fakultät für Pflegewesen und Sozialwesen der Universität Trnava und insgesamt 10 Dozenten und Professoren untersucht (ärztliche Protokolle von diesen Fällen, die durch Dr. Hamer gemacht wurden, sind in der Beilage). Es sollte festgestellt werden, ob nach naturwissenschaftlichen Regeln der Reproduzierbarkeitsprüfung die Verifikation seines Systems festgestellt werden konnte.

Dies war der Fall.

Von den jeweils etwa 100 Fakten, die man bei jeder Einzelerkrankung nach den Regeln der "Neuen Medizin" abfragen kann, konnten zwar in Ermangelung vollständiger Untersuchungsbefunde nicht alle Fakten abgefragt werden, aber die abgefragten Fakten zeigten, dass alle Naturgesetze der "Neue Medizin" erfüllt waren.

Die unterzeichneten nehmen deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit als gesichert an, dass seine Präsentation in zwei Überprüfungskonferenzen bewies sein System mit großer Wahrscheinlichkeit. Wir schätzen sehr hoch das menschliche, ethische und geduldige Engagement Dr. Hamers und seinen neuen ganzheitlichen Zutritt zum Patienten. Nach Berücksichtigung aller dieser Faktoren, haben wir den Eindruck gewonnen, dass die Frage der möglicherweise baldigen Anwendung der "Neuen Medizin" dringend weiterverfolgt werden sollte.

Trnava 11.9.1998

prof.MUDr.J.Pogády,DrSc, Prof.f.Psychiatrie,
Vors.der Kommission

.....Hamer.....

prof.MUDr.V.Krčmáry,DrSc, Dekan der Fakultät

doc.RNDr.J.Mikloško,DrSc, Prorektor f.Forschung

.....Mikloško.....

Telefon: 0805 / 277 38

Fax: 0805 / 214 83

Erklärung

zur Bestätigung der Universität Trnava
über die erfolgte Verifikation der Neuen Medizin vom 11.09.98

Seit dem 11. September 1998 ist die am 8. und 9. September erfolgte Verifikation der Neuen Medizin amtlich von der Universität Trnava (Tyrnau) bestätigt.

Unterschrieben haben dieses Dokument der Prorektor (Mathematiker), der Dekan (Onkologe) und der Vorsitzende der wissenschaftl. Kommission, Professor für Psychiatrie.

Deshalb ist auch an der Kompetenz der Unterzeichneten wohl kein Zweifel möglich.

Die Universitäten in Westeuropa - vor allem die Universität Tübingen - haben sich seit 17 Jahren strikt geweigert, eine solche angebotene naturwissenschaftliche Oberprüfung durchzuführen.

Obwohl in den vergangenen Jahren schon viele Ärzte die Verifikation dieser Naturgesetze der Neuen Medizin in 26 öffentlichen Oberprüfungskonferenzen durchgeführt haben, bei denen auch stets alle Fälle exakt gestimmt haben, wurden diese Dokumente (sogar notariell beglaubigte) nicht anerkannt. Immer und überall wurde „argumentiert“, solange diese Oberprüfung nicht durch eine Universität amtlich durchgeführt sei, zähle sie nicht - und solange dies nicht geschehen sei, sei die Schulmedizin „anerkannt“.

Die Neue Medizin, die aus 5 Biologischen Naturgesetzen - ohne zusätzliche Hypothesen - besteht und für Mensch, Tier und Pflanze gleichermaßen gilt, ist so klar und logisch kohärent, daß man sie leicht, wie man sieht, redlich und gewissenhaft schon immer am nächstbesten Fall hätte überprüfen können und natürlich überprüfen müssen, wenn man nur gewollt hätte. Rufmord, Medienkampagnen und Medienhetze oder Berufsverbot sowie div. Attentatsversuche und angedrohte Zwangsprychatriesierungen (*wegen Realitätsverlusts*), bis hin zur Inhaftierung (*wegen drei mal unentgeltlichen Informierens über die Neue Medizin [dafür habe ich über 1 Jahr im Gefängnis gesessen]*) ersetzen nicht wissenschaftliche Argumente, um einen wissenschaftlichen Gegner zu widerlegen. War nicht die Erkenntnisunterdrückung - wie man jetzt erkennen kann - nur Ausdruck blander Gewalt, um Macht und Besitzstände der alten Medizin aufrecht zu erhalten?

Die Neue Medizin ist die Medizin der Zukunft.

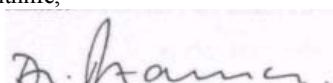
Ihre weitere Verhinderung macht das Verbrechen an der Menschheit täglich noch größer!

In offiziellen Statistiken wie der des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg, ist immer wieder nachzulesen, daß von den schulmedizinisch mit Chemo behandelten Patienten nach 5 Jahren nur noch ganz wenige am Leben sind.

Die Staatsanwaltschaft Wiener Neustadt mußte demgegenüber zugeben, daß von den bei der Hausdurchsuchung des „Zentrums für Neue Medizin, in Burgau“ beschlagnahmten 6.500 Patientenadressen (davon die meisten Patienten an fortgeschrittenem Krebs erkrankt) auch nach 4 bis 5 Jahren noch über 6000 am Leben waren (über 90 %).

Nun ist die Forderung (Überprüfung durch eine Universität) erfüllt. Jetzt haben die Patienten ein Recht darauf, daß das *grausigste und schlimmste Verbrechen der Menschheitsgeschichte* endlich beendet wird, und daß alle gleichermaßen die Chance erhalten, offiziell nach den 5 Biologischen Naturgesetzen der Neuen Medizin gesund zu werden.

Dazu rufe ich alle redlichen Menschen auf und bitte sie um Ihre Mithilfe,



Siehe auch Teil 2 / Vermächtnis einer Neuen Medizin.

2 Die Krankheiten (nunmehr verstanden als Sinnvolle Biologische Sonderprogramme) von Mensch, Tier und Pflanze als dreischichtiges Geschehen

Psyche	Gehirn (= Organgehirn + Kopfgehirn)	Organ
Programmierer	Computer	Maschine

Die bisherige Schulmedizin befaßt sich so gut wie ausschließlich mit den Organen. Funktioniert ein Organ nicht wie es sollte, dann hatte es entweder eine mechanische Störung, war angeblich durch Bakterien oder Viren angegriffen oder reagierte gar allergisch gegen irgendeinen Antikörper. Daß das Organ vielleicht von einem Computer, gar dem Gehirn, gesteuert sein könnte, ist nie jemandem eingefallen.

Wenn heute jemand sagt, es hätten schon viele behauptet, Krebs habe etwas mit Stress oder Traurigkeit oder Konflikten zu tun, dann hat das nichts mit den 5 Biologischen Naturgesetzen der Neuen Medizin zu tun. Denn zum einen ging und geht in der modernen Medizin jeder davon aus, wie es in jedem Lehrbuch steht, daß Krebs 10 bis 20 Jahre zum Sichtbarwerden benötige. Zum anderen hatte und hat man eine völlig andere Definition von „Konflikt“.

Ein Psychologieprofessor der Tübinger Universität wurde am 17.12.86 von einem Richter in Sigmaringen gefragt, was er denn z.B. unter einem sexuellen Konflikt verstehe, den der Dr. Hamer einen biologischen Konflikt nenne. Antwort: „Eine narzißtische Kränkung“. Meine Gegenfrage: „Würden Sie denn meiner Hündin auch eine narzißtische Kränkung zubilligen, wenn sie bei einem sexuellen Konflikt an gleicher Stelle wie der Mensch einen Hamerschen Herd¹⁵

¹⁵ HAMERSche HERD = Von Dr. Hamer entdeckter Korrespondenzherd im Gehirn zu einem Konflikt bzw. der Organerkrankung. Fotografierbar! Ursprünglich von den Gegnern Dr. Hamers spöttisch „die komischen Hamerschen Herde“ genannt. Man sieht scharfringige Schießscheiben-Konfigurationen in entsprechenden Schichten des Hirn-Computertomogramms (CCT) in der konfliktaktiven Phase (ca-Phase), die die Radiologen als „Artefakte“ abtaten, die aber in der Heilungsphase (post-conflictolytisch = pcl-Phase) zu aufgequollenen Oedemringen an gleicher Stelle werden.

im periinsulären¹⁶¹⁷ Bereich links erleidet mit einem Gebärmutterhals-Krebs?" Keine Antwort mehr ... Mein Kommentar danach: „Herr Kollege, der ganze Freudsche Stuß ist doch reine Phantasie mit Schneegestöber, wie Sie sehen, denn daß meine Hündin eine narzißtische Kränkung hat, glauben Sie doch selbst nicht, aber deshalb hat sie nach Hamer doch eine Seele ähnlich wie der Mensch.“

Die Tiere erleiden nämlich, wie ich mit Hilfe von CT-Aufnahmen¹⁸ des Gehirns nachweisen konnte, bei der gleichen Sorte von Konflikten einen Hamerschen Herd an der im Prinzip gleichen Stelle des Gehirns, wo auch der Mensch ihn hat. Und es hat damit korrespondierend dann auch an im Prinzip gleicher Stelle des Körpers, also am analogen Organ, seinen Krebs. Man konnte sogar genau nachweisen, daß der Krebs oder die Nekrose stets wieder größer wird, wenn ein neues Konfliktrezidiv eingetreten ist, und daß er stets an Größe wieder abnimmt oder ganz verschwindet, wenn der Konflikt vorher gelöst war, sofern bei althirn-gesteuerten Konflikten bzw. Tumoren Mykobakterien vorhanden waren, d.h. die archaischen biologischen Regelkreise möglich waren. (Diese Zusammenhänge werden später noch ausführlich erläutert).

Selbstverständlich muß man spezifische Vorprogrammierungen berücksichtigen: z.B. erleidet die Ente wohl nie einen Flüssigkeits-Konflikt, dagegen der Mensch sehr wohl. Eine Hausmaus erleidet sehr leicht einen Konflikt durch Rauch, ein Hamster so gut wie nie! Er hat keine „Alarmanlage“, keinen Code gegen Rauch. Er hat ihn nicht nötig, da er tief unter der Erde wohnt.

Wächst irgendwo ein Krebs, so geht die sog. Schulmedizin bisher dagegen rein *symptomatisch* vor mit „Stahl, Strahl und Chemie“, will heißen mit Verstümmelungs-Operationen, Verbrennung des Tumors mit Röntgen- oder Kobaltbestrahlung und mit sog. zytostatischer¹⁹ (Zellgift-) Behandlung meist vermittels Infusionen. Immer wird nur das Organ behandelt. Die Psyche von Mensch und Tier oder das Gehirn haben dabei nichts zu suchen. Ganz und gar abenteuerlich galt und gilt es, wenn ich behaupte, daß man durch Auffinden und Lösen des psychischen Konfliktes, durch sog. „Conflictolyse“²⁰, ein Krebswachstum nicht nur zum Stillstand und Einkapseln bringen, sondern (bei Plattenepithel-Ulcus-

¹⁶ Peri- = Wortteil mit der Bedeutung um ... herum, in der Umgebung von, überschreitenden, übermäßig, über

¹⁷ Insula = Insel

¹⁸ Computertomogramm-Aufnahme = Röntgenschichtaufnahme

¹⁹ Zytostatikum = griech. kytos = Rundung, Wölbung (hier Zelle); statikös = Statik; Substanzen, die den Eintritt der Kern- u./oder Plasmateilung verhindern oder erheblich verzögern bzw. ihren Ablauf unterbrechen, stören.

²⁰ Conflictolyse = Konfliktlösung

Ca; Beispiel Gebärmutterhals-Ca) sogar durch Wiederauffüllen der Ulcera organisch zum völligen Verschwinden bringen könne.

Das Grundproblem der „modernen“ Schulmedizin ist, daß ihre Dogmen immer noch auf dem Weltbild des 19. Jahrhunderts aufbauen, nämlich der sog. „Zellularpathologie“²¹ des Herrn Virchow. Diese war zu ihrer Zeit durchaus fortschrittlich - jedoch ist grotesk, daß diese Theorien, daß jede Ursache einer Krankheit auf rein organischer Ebene nämlich an oder in der Zelle zu finden sei, zum Wohle der Industrie und der von diesen Dogmen lebenden „Forscher“ mit ins 21. Jahrhundert genommen werden sollen!

Nach wie vor ist es ja so, daß Ursachen von Krebs und anderen sog. „Krankheiten“ in Gegebenheiten der Zelle gesucht werden oder sogar kleinsten Bruchstücken von Eiweißteilchen oder Viren. Für diese abenteuerlichen Dinge, die keinem einzigen Patienten helfen, werden Nobelpreise verliehen. Es ist klar, daß die Seele oder Psyche der Patienten hier nur stören kann!

Die Neue Medizin bezweifelt durchaus nicht Fakten, die man z.B. unter dem Mikroskop erkennen kann. Nur die Schlüsse bzw. Dogmen, die hieraus abgeleitet wurden und werden, sind vielfach falsch: So kann man natürlich unter dem Mikroskop einer Brustdrüsen-Krebszelle nicht ansehen, ob sie die Brust zu doppelter Milchproduktion befähigt hätte. Man kann ihr auch nicht ansehen, ob sie zum Nutzen des Kindes gewachsen ist oder ob sie später wieder abgebaut wird, sofern Mykobakterien vorhanden sind. Die Zellen haben Mitosen²², Mitosen sind bösartig - basta!

An den veralteten Virchowschen Auffassungen hängt heute noch die ganze Schul- oder Staatsmedizin. Deswegen haben wir in der Medizin bisher im wesentlich auch nur technische und apparative Weiterentwicklungen gehabt, eigentliche medizinische Erforschungen waren wegen dieser Dogmen quasi unmöglich! Die offizielle Medizin konnte sich aus dieser Zwangsjacke der „Zellularpathologie“ bisher nicht befreien. Ein Professor sagte mir: „Ja, Herr Hamer, wenn die Zellularpathologie falsch war, dann bricht ja alles zusammen.“

Sie war falsch und es bricht alles zusammen!

Es liegt gar nicht daran, daß es etwa schwierig wäre zu beweisen, daß jede sog. Erkrankung auf den 3 Ebenen der Psyche, des Gehirns und der Organe, welche untereinander in steter Wechselwirkung stehen, abläuft und daß die 5 Biologischen Naturgesetze der Neuen Medizin richtig sind, sondern der Skandal ist, daß dieser Beweis auf gar keinen Fall entgegengenommen werden darf, wegen der

²¹ Zellularpathologie = die Auffassung der Krankheit als Störung der physiologischen Lebensvorgänge der Zelle (Virchow)

²² Mitose - Zellteilung

gewaltigen Konsequenzen ... Klären könnte man die Sache ganz leicht an einem einzigen Vormittag:

Man brauchte nur nachzuschauen, ob beliebig viele (rechtshändige) Patientinnen mit Gebärmutterhals-Ca im linken Periinsulär-Bereich des Gehirns einen Hamerschen Herd haben. Wenn man ganz sichergehen will, sucht man von vornherein solche Patientinnen aus, deren Konflikt (sexueller Art) gelöst ist und die deshalb warme Hände haben. Bei ihnen muß der Hamersche Herd ein deutliches perifocales²³ Oedem haben. Und wenn man dann noch hinsichtlich der Konfliktinhalte ganz und gar sichergehen will, wählt man nur Rechtshänderinnen aus, denn die Linkshänderinnen müssen ja ihren Hamerschen Herd bei einem sexuellen Konflikt in der rechten Periinsulär-Region haben. Das Ganze ließe sich leicht an einem Vormittag bewältigen. Statt dessen werden Milliarden und Abermilliarden, man muß schon sagen betrügerischerweise, in völlig sinnlose schulmedizinische Unternehmungen gepumpt, nur weil viele Leute ein reges Interesse daran haben, daß alles beim Alten bleibt. Wenn sie doch wenigstens Mitleid mit den armen Patienten hätten!

Nunmehr sei eine kurzer Vorgriff auf spätere Ausführungen gestattet, um den Begriff „Kopfgehirn“ und „Organgehirn“, der in der Kapitelüberschrift auftaucht, an dieser Stelle schon erklären zu können: Alle Lebewesen haben ein Organgehirn. Aber der Mensch und die Tiere haben zusätzlich ein Kopfgehirn. Warum das so ist, darüber können wir nur Vermutungen anstellen. Ich vermute, der Grund ist, daß Mensch und Tiere

- a) nicht platzgebunden, sondern frei beweglich sind,
- b) notwendige rasche Bewegungen und rasche Verwertung von Informationen einen zusätzlichen Computer erforderlich gemacht haben.

Das Kopfgehirn ist aber nichts grundsätzlich anderes als das Organgehirn, sondern nur etwas Zusätzliches. Bei einer aktiven Phase eines Sonderprogramms sehen wir die scharf markierten Schießscheiben der Hamerschen Herde bei kompakten Organen im CT in gleicher Weise und wohl auch in gleicher Schwingungsfrequenz wie im Gehirn. Dies wird später noch ausführlich erklärt. Das Organgehirn, das quasi aus allen Zellkernen der Organe besteht und bei dem alle Zellkerne miteinander vernetzt sind, ist quasi wie eine große Computer-Festplatte, die nicht nur alle Informationen gespeichert hat, sondern auch Befehle an die einzelnen Organe gibt. Wie weit nun noch die einzelnen Organe ihre eigene „Organ-Teilstückplatte“ haben, die z.B. eine Leber nach einer Transplantation instand setzt, weiterzuarbeiten, kann ich noch nicht sicher sagen, nehme es aber für die althirngesteuerten Organe an;

²³ perifocal = um das eigentliche Zentrum herum

also für die Organe des Entoderms und Althirn-Mesoderms. Es bleibt uns auf biologischem Gebiet noch sehr viel zu forschen. Obwohl wir und schon sehr klug fühlen, schon mit Genen herumexperimentieren und zu klonen versuchen, habe ich das Gefühl, daß wir eigentlich gerade erst wissen, „wo die Glocken hängen“!

Im Gegensatz zur sog. Schul- oder Symptommedizin, die sich fast ausschließlich für die organischen Symptome interessiert und diese zu behandeln versucht, steht die Neue Medizin:

Für die Neue Medizin ist der Mensch, auch jedes Tier und jede Pflanze, stets ein Organismus, den wir uns auf 3 Ebenen denken können, die miteinander synchron verlaufen:

die Psyche
das Gehirn (Kopfgehirn und Organgehirn)
die Organe

Über diese Zusammenhänge nachzudenken, begann ich nach einem persönlichen Schicksalsschlag: Seinen Ausgang nahm alles durch meinen persönlichen Verlust-Konflikt mit plötzlicher Erkrankung an Hodenkrebs 1978/79 kurz nach dem Tode meines damals 19jährigen Sohnes Dirk, der von einem Prinzen und Waffenhandler des internationalen Jet-set, Großlogenmeister der berüchtigten Verbrecherloge P2 (Propaganda due) angeschossen wurde und vier Monate darauf qualvoll in meinen Armen verstarb.

Dieses Erlebnis einer offensichtlichen Koinzidenz war damals der Anlaß, darüber nachzudenken, wie diese offensichtliche Kommunikation zwischen Psyche und Organismus wohl vonstatten gehen könnte. Meine Arbeitshypothese war damals, daß eine Kommunikation Psyche - Organ nur über das Gehirn erfolgen könne. Für das Gehirn im Zusammenhang mit Krankheitsentstehung interessierte sich damals eigentlich noch niemand. Ich fand als Oberarzt an einer der Münchner Universität angeschlossenen sog. Krebsklinik heraus, daß es eine eindeutige Korrelation²⁴ und Systematik zwischen unseren Organen und bestimmten Konflikten bzw. Konfliktgruppen gibt. Diese Systematik müsse man, so postulierte ich, auch im Gehirn irgendwo wiederfinden.

Der systematische Zusammenhang

Organ <=> Psyche wurde also erweitert auf
Psyche <=> Gehirn und Gehirn <=> Organ.

Zugrunde legte ich das Denkmodell

²⁴ Korrelation = Wechselbeziehung, Verhältnis

Psyche — Programmierer
Gehirn — Computer
Organ — Maschine

Merkwürdig war und ist, daß im Computerzeitalter zwar komplizierte Industriemaschinen nach diesem Modell arbeiten, der viel kompliziertere menschliche Organismus jedoch angeblich ohne Gehirn und Psyche, also ohne Programmierer und Computer sog. „Krankheiten“ produzieren sollte. Die Krankheitsentstehung war, so glaubte man, bestimmt von Zufällen, Entgleisungen, Insuffizienzen²⁵, Entartungen.

Da die Entstehungsursache für Krankheiten wie Krebs in der bisherigen Medizin ja bis heute unbekannt ist, konnte die Ursache „folgefalsch“ nur als zufallsbedingt gedacht werden.

Es ist für unsere Diagnostik und auch die Therapie (insbesondere auch die Autotherapie) sehr wichtig, sich stets aufs neue klar zu machen, daß alles *synchron* verläuft. Deshalb gibt es in der Neuen Medizin streng genommen weder mehr eine sog. Psychiatrie, die davon ausgeht, daß psychische Symptome unabhängig vom Organismus ablaufen, noch eine „Organ-Medizin“, die auch davon ausgeht, daß die Organe mit der Psyche nichts zu tun haben. Zwar gab es die sog. „Psychosomatik“²⁶, aber das war faktisch eher ein Kümmerzweig der Medizin, der auch nie wirkliche Bedeutung erlangt hat, auch nicht erlangen konnte, weil er die Synchronizität zwischen Psyche, Gehirn und Organ nicht kannte. Über allgemeine Ansätze, wie „Streß macht Magengeschwüre“ oder „Streß macht Herzinfarkt“ kam sie nicht hinaus. In beidem steckt ein Körnchen Wahrheit drin, aber das Fehlen der Vorstellung von der Synchronizität, daß nämlich alles gleichzeitig synchron verläuft, verhinderte, daß sich die Psychosomatik überhaupt weiterentwickeln konnte.

„Sinnlosfolgerichtigerweise“ wurde auch in Deutschland und Österreich in Psychotherapeuten-Gesetzen die Aufteilung der Medizin in Organmedizin und Psychomedizin zementiert, mit Sicherheit auch, um die Anwendung der Neuen Medizin zu behindern. In der Neuen Medizin sind solche „Spezialisierungen“ nicht nur sinnlos, sondern sogar gefährlich, wie wir noch sehen werden.

Die Drei-Ebenen-Synchronizität von Psyche, Gehirn und Organ ist in der Neuen Medizin eine ganz entscheidende Grundlage der Diagnostik und der Kenntnis des Verlaufs, die für den Patienten und seine „Autotherapie“ von ent-

²⁵ Insuffizienz = Schwäche, ungenügende Leistung eines Organs oder Organsystems

²⁶ Psychosomatik = Bez. f. eine Krankheitslehre, die psych. Einflüsse auf somatische Vorgänge berücksichtigt

scheidender Bedeutung ist. Nur dadurch, daß der Patient sowohl den Beginn seiner Erkrankung (im folgenden wird dieses Geschehen Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm genannt) als auch ihren gesamten Verlauf als Sinnvolles Biologisches Geschehen auf allen 3 Ebenen nachvollziehen und verstehen kann, bekommt er ja die nötige Ruhe und Souveränität, die Panik erst gar nicht aufkommen läßt. Er weiß: Mit 95%iger Wahrscheinlichkeit und mehr werde ich dieses Sinnvolle Biologische Sonderprogramm (SBS) überstehen. Das macht ihn erst wirklich zum souveränen Chef seines eigenen Verfahrens.

2.1 Was bedeutet die Synchronizität des dreischichtigen Verlaufs?

Wir konnten uns früher allenfalls vorstellen, daß als Folge lang anhaltenden psychischen Stresses Organveränderungen resultieren. Auch diese konnten wir jedoch nur vage vermuten, da die konkreten Zusammenhänge, die uns die 5 Naturgesetze der Neuen Medizin (die im weiteren erklärt werden) unbekannt waren. Jedoch waren wir meilenweit davon entfernt uns vorstellen zu können, daß eine Synchronizität, ein gleichzeitiges Wirken von Psyche, Gehirn und Organen überhaupt möglich wäre.

Genau das sagt aber die Neue Medizin: Jeder psychische Vorgang läuft *gleichzeitig* im Kopfgehirn (und sogar auch im Organgehirn) und am Organ ab, das bei diesem Sinnvollen Biologischen Sonderprogramm betroffen ist. Es läuft nie eins ohne das andere - sprich: Eine Ebene nie ohne die andere!

Was besagt das genau?

Wenn ein SBS mit einem organischen Symptom abläuft (was man landläufig Krankheit nennt), dann läuft ein entsprechendes Symptom im ganzen Organismus ab, also auch auf der psychischen Ebene, der Kopf- und Organgehirn-Ebene.

Die Neue Medizin mit ihren fünf Biologischen Gesetzmäßigkeiten hat nichts zu tun mit dem, was heute so schön als Ganzheitsmedizin bezeichnet wird, worunter sich ohnehin niemand so recht etwas vorstellen kann. Die Neue Medizin, die eng an den biologischen Verhaltensweisen und Konflikten orientiert ist, setzt ganz neue Maßstäbe. Sie ist keineswegs inhuman, weil sie biologisch orientiert ist, sondern im Gegenteil, sie räumt mit dieser seelenlosen Brutalmedizin auf. Niemand wird ja durch das „Überbordwerfen“ eines Irrtums ärmer. Unsere heutige Schulmedizin mit ihren unzähligen unbewiesenen und unbeweisbaren Hypothesen ist ein einziger Irrtum und ein brutaler dazu.

Die Schulmedizin arbeitet ohne Sinn und Verstand im wahrsten Sinne des Wortes. Zwei Drittel der chirurgischen Stationen könnte man schließen, weil es

völlig überflüssig ist, diese an sich so harmlosen Krebsknoten, wegzuschneiden, sogar noch „radikal, weit im Gesunden“ wegzuschneiden. Um aber die Psyche, den Programmierer oder das Gehirn, den Computer unseres Organismus, zu reparieren, sollte man ja eigentlich nicht nur wissen, welche Sicherung da vermeintlich durchgebrannt ist, sondern auch, warum sie scheinbar durchgebrannt ist. Wir wissen ja jetzt auch, daß es eigentliche Sinnvolle Biologische Sonder- bzw. Notprogramme sind!

Und das führt doch sofort zu der nächsten Frage, welches Programm nunmehr für die Zukunft unserem Organismus eingegeben werden soll - optimal doch das biologische Programm! Denn das Sonder- oder Notprogramm erfolgte doch nur, weil ein psychisches DHS dem biologischen Programm unseres Computers Gehirn „aus dem Ruder gelaufen“ ist, das Einschalten eines Not- bzw. Sonderprogramms notwendig wurde.

Beispiel: Ein kleines Kind erleidet eines Nachts einen sog. „pavor nocturnus“. Die Eltern sind auf einer Party. Da es Einzelkind ist, wie heute üblich, kann es einen „Knacks fürs Leben“ behalten. Ein solcher Fall kommt unter den Umständen, die unser Hirnprogramm als Verhaltensmuster induziert, überhaupt nicht vor. Normalerweise - naturgemäß - würde sich die Mutter nicht von ihrem Kind entfernen, außerdem sind normalerweise stets genügend Geschwister da, an die sich das Kind, wenn es nachts schlecht geträumt hat, ankuuscheln kann. Um ein Kind - gehirnmäßig/psychisch - von Anfang an zum Single oder Einzelkind zu programmieren, würde die Natur wahrscheinlich 1000000 Jahre benötigen ...

Offenbar funktionieren alle sog. „Krankheiten“ im Einklang mit unserem Computer Gehirn, auch die sog. „Infektionskrankheiten“. Wir müssen einfach lernen, alle diese Dinge wieder von einer neuen Sicht her zu sehen. Was uns diese Zivilisation gebracht hat, sehen wir ja jetzt wohl voller Entsetzen. Je reicher wir werden und je älter unsere Menschen (in den Altersheimen) werden, desto ruinöser und kinderloser werden unsere Familien und unsere Gesellschaft - gegen unseren Code.

Es kommt mir bei diesen Beispielen darauf an, zu zeigen, daß wir nicht etwa sog. Gesellschaftsstrukturen willkürlich manipulieren können, sofern wir nicht die zwangsläufig daraus folgenden Konflikte dafür in Kauf nehmen wollen. Vielmehr gibt es einen biologischen Code, biologische Regelkreise oder ein umfassendes biologisches Programm in unserem Gehirn, nach dem wir uns richten müssen, ob wir wollen oder nicht. Alles andere verursacht zusätzliche Konflikte und führt letzten Endes in einen Teufelskreis.

Es soll jedoch nicht verschwiegen werden, daß das biologische Programm, wenn wir es mal so nennen wollen, auch seine biologisch gewollten und eingepflanzten Konflikte hat. Daß der junge Revierhirsch z.B. den alten Hirsch schließlich ablöst, indem er ihm einen Revier-Konflikt beibringt, ist ja ein biologisch

gewollter, ja geradezu notwendiger Vorgang, der zugehörige Revier-Konflikt für den unterlegenen Althirsch notwendigerweise etwas biologisch Gewelltes. Es ist biologisch völlig unsinnig, nach irgendwelchen willkürlichen weltanschaulichen Programmen lauter unmännliche „Softies“ heranzubilden, die sich gegenseitig nichts mehr tun und auf ein Revier keinen Wert mehr legen und das dann als die Krone der Schöpfung zu verkaufen. Bedenklich ist auch zu sehen, wie unsere überreglementierte Gesellschaft mit ihren immer enger werdenden Vorschriften und Kontrollmöglichkeiten zwangsläufig zu immer mehr Revier-Konflikten auch wegen Belanglosigkeiten führt. Schon das Autofahren oder der Kampf um einen Parkplatz können zu Konflikten führen. Dies alles sind kümmerliche Verzerrungen einer wunderbaren Ordnung, die in unserem Kosmos genauso zu finden ist wie in unserem Organismus.

Über diese Ansichten kann man natürlich endlos diskutieren, letzten Endes kommt jeder aus einer ändern weltanschaulichen Ecke und bringt mehr oder weniger immer diese Vorgabe mit in die Diskussion, in Form der Beurteilung dieser Zusammenhänge. Die Zusammenhänge selbst kann man jedoch nicht leugnen. Letztlich spielt auch die Frage hinein, ob man Gott oder ein göttliches Prinzip für den „Überwinder“ (sprich Zerstörer) oder für den Erfüller seiner eigenen wunderbaren Schöpfung hält. Im ersten Fall ist natürlich jeder Pervertierung der Natur Tor und Tür geöffnet. Unser christliches Abendland leidet ja seit fünfzehnhundert Jahren darunter, daß z.B. das geradezu innige Verhältnis, das unsere Vorfahren, etwa die Germanen, zu den Tieren, z.B. zu ihren Pferden, hatten, eingetauscht wurde gegen die geradezu tierverachtende Mentalität der jüdisch-christlichen Kirchen, die bekanntlich den Tieren - ganz zu schweigen von den Pflanzen - eine Seele absprechen und folgerichtig z.B. Tierversuche bis heute gutheißen.

Die Neue Medizin konstatiert zunächst, daß in unserem Organismus alles abläuft wie in einem modernen Computer, nur viel grandioser, weil sogar in das Programm auch ein Großteil der anderen Tier- und Pflanzenarten mit einbezogen ist, wir sagen, daß die verschiedenen Programme „vernetzt“ sind. Denken wir an die Coli-Bakterien unseres Darms, sogar sämtliche Bakterien, die wir bisher gelehrt wurden, als unsere Feinde zu betrachten, was sie gar nicht sind. Denken wir an das sog. Ungeziefer, Läuse, Flöhe, Wanzen, Mücken und dergl., das uns seit Jahrtausenden getreulich begleitet hat, bevor man es mit Insektiziden versuchte auszurotten. Welche Zeche wir dafür noch werden bezahlen müssen, beginnt doch jetzt vielen zu dämmern, wenn z.B. unsere Flüsse und Seen, die aus dem biologischen Gleichgewicht herausgefallen, sind wie Kloaken riechen. Gleichgültig, ob wir uns nach unserem Gehirncode richten oder aus Unverständ oder Absicht nicht danach richten, der Code im Gehirn ist da!

Dieser Code bestimmt unsere Konflikte und auch unsere sog. Erkrankungen, sprich Sinnvollen Biologischen Sonder- oder Notprogramme der Natur, allen voran am besten sichtbar die Krebserkrankung, von der alle Welt bisher steif und fest behauptet hat, es gäbe darin keinen Sinn, das seien eben „wild gewordene Zellen“, die da ihr Unwesen trieben. Ein verhängnisvolles Überbleibsel der Virchowschen „Zellularpathologie“. Der Körper sei nicht in der Lage, diese „wild gewordenen Zellen“ zu bekämpfen.

Nichts von alledem hat gestimmt. Es gibt kein logischeres und grandioseres System in der ganzen Medizin und Biologie als das Phänomen Krebs. Solange man natürlich nur eine Ebene, nämlich die der Organe, und hier wiederum nur die histologische der Zellen, betrachtet hat, konnte man dieses System auch nicht entschlüsseln. Und daß man mir, der ich die Schrift entschlüsselt habe, praktisch auf Lebenszeit die Approbation als Arzt entzogen hat, kann die Erkenntnis auch nicht mehr stoppen. Schon gibt es tüchtige Ärzte in ganz Europa, die nahezu perfekt nach diesem System arbeiten, mit dem allerbesten Erfolg!

Das, was den sog. Schulmedizinern so schwerfällt zu verstehen, ist die Notwendigkeit, daß man von Grund auf lernen muß, umzudenken. Es geht nicht, daß man zu dem Bisherigen die Neue Medizin komplettierend hinzunimmt, sondern man muß sich bewußt sein, daß fast alles Bisherige falsch war, da man zu den eigentlichen Krankheitsursachen ja nie vorgestoßen ist.

Im Grunde hat es ja bisher nur zwei Sorten von Medizinern gegeben: Die Medizinhänger des Urwaldes, die zu ihren natürlichen Heilmethoden samt Kräuterkenntnis auch die psychischen Zusammenhänge zu Krankheiten einigermaßen richtig beurteilt haben. Zum anderen die sog. modernen Schulmediziner, die den Menschen mehr oder weniger als „Eiweißklumpen“ ansehen, bei dessen Bearbeitung die Psyche des Patienten nur stört und deshalb ruhiggestellt werden muß, man nennt das medikamentöse „Sedierung“. Die von uns so spöttisch abgetanen Medizinhänger des Urwaldes waren eindeutig die klügeren Mediziner. Ihnen hat nur gemangelt, eine Systematik in die Dinge hineinzubringen.

Das Faszinierende an dem System

Psyche - Gehirn - Organe

ist, daß es ein *überdeterminiertes*²⁷ System ist. Weiß ich eine der drei Ebenen, dann weiß ich auch alle drei. Weiß ich z.B. genau Bescheid über die psychischen Vorgänge, dann kann ich mir den Zustand des zugehörigen Organs und den Zustand der entsprechenden Hirnregion (Hamerscher Herd) genau ausmalen. Im Moment scheint das noch etwas schwerstellbar. Aber es wird nicht mehr lange dauern, dann können wir uns exakt aus dem Hirnzustand mit Hilfe eines

²⁷ determinieren = lat. determinare; [im voraus] bestimmen, festlegen

Computers, in dem Tausende von Detailvarianten eingespeist sind, ziemlich exakt den Zustand des Organs, das betroffen ist, ausrechnen! Vermutlich wird demnächst der überwiegende Teil der Untersuchung eines Patienten in der CT-Untersuchung und CT-Auswertung seines Gehirns bestehen. Aus dem CT des Gehirns kann ich aber auch sehr präzise Rückschlüsse auf die psychischen Ursachen ziehen: Ich kann sehen, welche Art von Konflikt es war, in welchem Stadium er jetzt ist, (konflikt-aktiv oder post-conflictolytisch²⁸, kurz pcl-Phase), ich kann auf die Dauer des voraufgegangenen Konfliktes und evtl. seine Intensität schließen. In einem solchen Raster werden bei zunehmender Erfahrung die Detaillücken immer kleiner. Bei Kenntnis einiger weniger Basisdaten wie: männlich oder weiblich, rechtshändig oder linkshändig, jung oder alt, kann ich wirklich aus der genauen Kenntnis einer der drei Ebenen den Zustand der anderen beiden Ebenen berechnen.

Hüte Dich davor, lieber Leser, die Beschäftigung mit den 5 Biologischen Naturgesetzen der Neuen Medizin als Gedankensport-Spiel zu verstehen. Es ist ein lebendiger Mensch wie du und ich, um den es hier geht, mit einer Seele, die erkrankt ist und an einem Konflikt, der für dich vielleicht banal, sogar lächerlich erscheint, für diesen Patienten aber von so immenser Wichtigkeit war, daß er an diesem Konflikt zu zerbrechen droht. Nur Menschen mit warmem Herzen und warmen Händen und einem gesunden Menschenverstand dürfen diesen Erkrankten „die Beichte abnehmen“. Laßt keine Medizyniker an solche Patienten heran. Sie sind wie die Faust aufs Auge, egal, ob sie die Geschwulst lokal bearbeiten wollen oder nach „narzißtischer Kränkung“ suchen. Einfältige Dogmen haben hier nichts zu suchen, und diese elementaren biologischen Konflikte haben nichts mit psychologischen oder intellektuellen Problemen gemein.

Die meisten unserer Reaktionen und Handlungen geschehen spontan und unreflektiert, genau wie im Tierreich! Niemand macht sich Gedanken über den sog. „Revier-Konflikt“ des Mannes. Und trotzdem sterben sehr viele Männer eben an den Folgen eines solchen Konfliktes, dem Herzinfarkt. Im Grunde spielt sich der allergrößte Teil unseres unbewußten und auch unseres bewußten Handelns in diesen *biologischen Verhaltensmustern* ab.

Deshalb wird die Neue Medizin die größte medizinische und soziale Revolution seit Menschengedenken heraufbeschwören. Jeder Richterspruch beispielsweise kann einen Menschen durch seinen möglichen Konfliktschock (DHS) töten, ja, ein einziges Wort kann ihn umbringen. Besonders Kindern können unbedachte Worte von Erwachsenen sehr leicht Konflikte beibringen, da sie ja in der Regel unterlegen und von ihnen abhängig sind.

²⁸ Post- = Wortteil mit der Bedeutung nach, hinter, später

Ich weiß nicht, ob ich den Durchbruch dieser Neuen Medizin nach diversen Attentaten noch erleben werde. Aber das ändert nichts daran. Was ich hier weitergebe, gebe ich als Vermächtnis meines toten Sohnes DIRK an Dich weiter. Wenn Du klug bist, versuchst Du es zu verstehen und zu nutzen.

3 Einführung in die Neue Medizin

Das vorliegende Buch ist die erste systematische Einteilung nicht nur aller Tumoren, sondern der gesamten Medizin nach:

1. Keimblatt-Zugehörigkeit²⁹
2. Einteilung in Konfliktbereiche
3. Einteilung der Hamerschen Herde in jeweils bestimmte Hirnlokalisationen
4. Einteilung nach histologischen³⁰ Formationen
5. Einteilung nach dem biologischen Sinn der jeweiligen Krankheiten, erkannt als Teile von Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen der Natur (SBS).

Mit der Anwendung der Neuen Medizin ordnet sich die gesamte Medizin und Biologie wie von allein. Jeder, der das Buch gelesen hat, wird sagen: „Ja, es kann nicht anders sein!“ Zu erdrückend sind die Beweise. Selbst meine Gegner haben mir inzwischen attestieren müssen, daß das System der Neuen Medizin von einer geradezu faszinierenden Schlüssigkeit ist. Man sollte sicher seinen eigenen Klee nicht loben. Aber Du, lieber Leser, wirst nach Lektüre des Buches ein objektiveres Urteil über dieses System finden, als ich es selbst mir anmaßen darf.

Es ist eine Faszination mitanzusehen, wie sich die gesamte Medizin so sinnfällig und natürlich ordnet, daß alle die bisher unverständlichen und scheinbar völlig zufälligen Vorgänge sinnvoll und verständlich erscheinen.

Nach der Entdeckung der Neuen Medizin und der Hamerschen Herde im Gehirn war für mich das Verstehen der Evolution der Schlüssel zu der gewaltigen Ordnung, die die gesamte Medizin und Biologie umfaßt. Diese Ordnung erstreckt sich auf die menschlichen und animalischen Verhaltensbereiche genauso wie auf die Lokalisation der Hamerschen Herde im Gehirn und die Einordnung der Organzugehörigkeit der Tumoren.

Wenn wir bisher die Krankheit als etwas Feindliches, sogar Böses, als eine Strafe Gottes angesehen hatten, so erscheint sie uns jetzt als Zeichen einer vorübergehenden Wesensänderung unseres Organismus, stets synchron verlaufend auf allen drei gedachten Ebenen, der Psyche, dem Gehirn und den Organen, was aber im Grunde *ein Organismus* ist. Nie geht das eine ohne das andere, stets

²⁹ Keimblatt = Beim Embryo entwickeln sich in den ersten Tagen Zellverbände, drei sog. „Keimblätter“, aus denen sich dann alle unsere Organe herausentwickeln.

³⁰ histologisch = die Art der Zellen betreffend

verläuft alles im Gleichtakt synchron. Eine geradezu atemberaubende Synopse³¹!

Auch unser Verhältnis zu unseren Bakterien und unseren „Parasiten“ wird sich grundlegend ändern müssen! Denn die Tuberkel-Bakterien und die Staphylokokken oder Streptokokken haben entwicklungsgeschichtlich seit unendlich vielen Millionen Jahren für unsere menschliche Rasse, genauso wie für die Tiere, die Aufgabe, die Krebstumoren z.B. des Intestinaltraktes³² wieder abzuräumen. Sie sind quasi unsere braven „Darmchirurgen“, unsere Symbionten und Freunde, die nur mit Zustimmung unseres Organismus im der Heilungsphase nach der Konfliktlösung und dem gleichzeitigen Stopp des Krebswachstums aktiv werden dürfen! Und nur wer die Entwicklungsgeschichte von Mensch und Tier kennt, der weiß, daß auch die Lungen-Alveolen³⁴ embryologisch „Teil des Darmtraktes“ sind, genau wie die Halstonsillen³⁵, die adenoiden³⁶ Vegetationen³⁷ des Rachenraumes und das Mittelohr. So sind die Tuberkel-Bakterien auch die fleißigen Müllabfuhrmänner der in der Lunge entstandenen Lungenrundherde, die „verkäst³⁸“, und ausgehustet werden. Zurück bleibt eine Kaverne³⁹. Wir nennen solche Phänomene „biologisch vernetzte Systeme“.

Ich habe früher niemals für möglich gehalten, daß es mir einmal vergönnt sein würde, mit einem einzigen faszinierenden System die gesamte Medizin umspannen zu können. Ich hoffe nur, daß es mir auch gelingen wird, Dich, lieber Leser, von dieser Schlüssigkeit zu überzeugen und Dich an die Wesensquellen unseres Seins im streng wissenschaftlichen Sinne zu führen.

Ich hatte mir eigentlich vorgenommen, nach der Erforschung der Tumoren mich den sog. Geistes- und Gemütskrankheiten zuzuwenden. Es ist mir unbegreiflicherweise in den Schoß gefallen, denn alle diese Geistes- und Gemütskrankheiten sind Spezialformen der Krebserkrankung, insbesondere auch der sog. „hängenden Konflikte“.

Wenn unser Gehirn der Computer unseres Organismus ist, dann ist er es auch für alles. Die Vorstellung, daß manche Vorgänge dieses Organismus „am Com-

³¹ Synopse = vergleichende Übersicht

³² Intestinaltrakt = Magen-Darm-Trakt

³³ Symbionten = Lebewesen, die zu unserem Nutzen mit uns dauerhaft zusammenleben

³⁴ Lungen-Alveolen = Lungenbläschen

³⁵ Halstonsillen = Rachenmandeln

³⁶ adenoid = drüsennähnlich

³⁷ adenoide Vegetation = z.B.: Rachen, Rachenmandeln

³⁸ verkäsen = tuberkulöses Abbauen

³⁹ Kaverne = Hohlraum; Restzustand nach Tbc in altheringsteuerten Organen, z.B. in Lunge oder Leber

puter vorbei" passieren würden, ergibt keinen Sinn. Die gesamte Medizin muß sich grundlegend ändern!

Eigentlich seltsam, wieso niemand einmal auf den Gedanken gekommen war, daß das Gehirn als Computer unseres Organismus auch für alle sog. „Krankheiten“ zuständig sein könnte. Hätte man das nur annähernd für möglich gehalten, hätte man mich nicht 18 Jahre lang bekämpft. Ja, die gesamte Medizin war bisher nur symptomatisch ausgerichtet. Krankheiten waren Krankheiten des Organs und als solche rein organisch-symptomatisch zu behandeln. Das hat zu unserer seelenlosen modernen Medizin geführt, in der die Psyche nur störend wirkte. Alles wird mit Infusionen und Skalpell behandelt. Die Psyche galt als „unwissenschaftlich“. Das war was für „Spinner“. Serumparameter⁴⁰, Röntgenbilder und Organ-CT-Bilder wurden als „Fakten“ angesehen. Die Psyche und das Gehirn, von denen alles in unserem Organismus gesteuert wird, waren gänzlich uninteressant!

Dabei ist es doch so einfach: Unser Organismus funktioniert genauso, wie eine moderne Maschine, jedenfalls können wir es uns im Prinzip so vorstellen:

Die Psyche ist der Programmierer, das Gehirn der Computer und der Körper ist die Maschine. Dabei ist das System noch viel faszinierender aufgebaut, denn der Computer baut sich auch noch selbst den Programmierer, die Psyche, die ihn dann selbst einprogrammiert. Deshalb meine ich:

Der Mensch denkt, daß er denkt, in Wirklichkeit wird gedacht für ihn! In der Sekunde des DHS ist alles festgelegt! In Wirklichkeit - das können wir uns schwer vorstellen - läuft natürlich alles auf allen „gedachten“ 3 Ebenen gleichzeitig, d.h. *synchron!*

Die Vorstellung, daß nicht nur die Krebserkrankung, sondern praktisch alle Erkrankungen nicht Zufälle oder Unfälle sind, sondern daß sie der Ausdruck und der Effekt eines bestimmten, mit allen anderen Lebewesen dieser Welt vernetzten, Computerprogramms sind, ist schon in meiner Habilitationsschrift vom September 1981 beschrieben. Damals hatte ich noch kein Hirn-CT gesehen. Ich vermutete aber und postulierte, es müsse in unserem Gehirn Korrelate geben, die verantwortlich seien für die auffällige Korrelation zwischen Konfliktinhalt und „zuständigem Organ“. D.h. wenn eine rechtshändige Frau z.B. einen sexuellen Konflikt mit DHS erleidet, dann erkrankt sie stets an Gebärmutterhals-Krebs. 1983 entdeckte ich dann die Hamerschen Herde im Gehirn, die Relaisstationen⁴¹ unserer biologischen Verhaltensbereiche, die im Falle eines DHS unter Dauer-

⁴⁰ Serumparameter = Blutwerte

⁴¹ Relais = Ort(e) im Gehirn, an denen das Programm für ein Organ bzw. für einen Verhaltens- und Konfliktbereich gespeichert ist

Sympathicotonie⁴² geraten. So war die EISERNE REGEL DES KREBS die erste umfassende und ganzheitliche Gesetzmäßigkeit in unserer Medizin. Das einfache Denkmodell: Programmierer = Psyche, Computer = Gehirn, Maschine = Organe (Körper) ist so augenfällig richtig und für jeden einzelnen Krebskrankungsfall so schlüssig reproduzierbar, daß es meine Gegner zur Weißglut bringt.

Es wird viele Leute geben, die behaupten werden, man habe doch alles schon irgendwie gewußt. Aber das stimmt so nicht. Wenn man z.B. sagt, es hätte einige gegeben, die behauptet haben, wenn man 20 Jahre vorher Ärger und Konflikte gehabt hätte, könnte man leichter Krebs bekommen, so war das schlicht und einfach ein Irrtum. *Von dem DHS, das man heute erleidet, hat man auch heute seinen Krebs.*

Fast alles, was ich in der sog. Schulmedizin gelernt habe, mußte ich vergessen, alle Dogmen weit wegwerfen. Es war die Medizin der überheblichen Zauberlehrlinge, die mir zum Schluß wegen „Nicht-Abschwörens der Eisernen Regel des Krebs“ und „Mich-nicht-Bekehren zur Schulmedizin“ Berufsverbot erteilt haben.

Seit 1994 ist die Neue Medizin mit dem 5. biologischen Naturgesetz, der *Quintessen-*, vollends komplett. Hätte man diese streng wissenschaftliche Neue Medizin schon früher gekannt und als allgemeingültig angesehen mit ihren lediglich 5 Biologischen Naturgesetzen, und wäre dann jemand gekommen, der eine Alternativ-Medizin mit einigen tausend Hypothesen kreiert hätte, jedoch ohne eine einzige biologische Gesetzmäßigkeit, man hätte einen solchen Symptom-Mediziner als ausgemachten Spinner ausgelacht. Da aber dieses unsägliche Wahngebilde schon vorher bestanden hat, tun alle so, als würden sie die Hypothesen auch wirklich glauben - die ganz Dummen glauben sie sogar wirklich!

Die Neue Medizin ist ein Göttergeschenk, welches für Mensch, Tier und wohl auch für die Pflanzen gilt. In dieser Neuen Medizin sind nunmehr die sog. „Krankheiten“, die wir Jahrtausende lang als „Insuffizienzen“, „Pannen der Natur“, „Entgleisungen“, „Bösartigkeiten“, „Strafen Gottes“ etc., angesehen hatten,

Sinnvolle Biologische Sonderprogramme der Natur.

Wir stehen vor einem Wunderwerk der göttlichen Natur, dürfen Einblick nehmen darin, wie Mutter Natur alles auf das Sinnvollste geordnet hat. Nicht die Natur war insuffizient, nur wir dogmatisch verblendeten Mediziner waren Ignorant!

⁴² Sympathicotonie = Dauer-Tag (Streß)-Rhythmus

Von jetzt ab wandelt sich auch unsere Aufgabe: Bei jedem Symptom, jedem Konflikt, müssen wir zuerst nach dem biologischen Sinn des Sonderprogramms fragen. Dadurch verstehen wir dann, ob das Geschehen noch in der aktiven Phase ist oder schon in der Heilungsphase und ob - je nach Keimblatt-Zugehörigkeit - der biologische Sinn schon in der aktiven Phase (ca-Phase) erfüllt ist oder sich erst in der Heilungsphase (pcl-Phase) erfüllen wird. Die ignoranten Polypragmatiker⁴³, die stets gemeint hatten, sie müßten alles, was scheinbar „aus der Norm“ geraten ist, schleunigst reparieren, chemieren, operieren, transplantieren etc., sind passe.

Die zukünftigen Ärzte der Neuen Medizin sind warmherzige Seelsorger, kluge und erfahrene Beobachter des Geschehens, die die Patienten beruhigen, damit Mutter Natur ihr Werk vollenden kann. Behutsam werden sie dem Patienten helfen, sein Schiffchen in eine richtigere Richtung zu steuern.

Die armen, verängstigten Patienten, die mit (Diagnose-) schreckgeweiteten Augen zitternd auf dem Rücken liegen, wie ein besiegter Hund oder auch hypnotisiert wie Kaninchen eine Schlange anstarren, gehören der Vergangenheit an. Denn die sog. „Patienten“ (= Erduldenden) können die Neue Medizin genauso gut verstehen wie jeder Doktor. Sie sind die wahren Chefs des Verfahrens, sobald sie das Wirken von Mutter Natur verstanden haben.

Ein neues Zeitalter bricht an!

⁴³ Vieltuer = „Vielbehandler“

4 Das Wesen der Neuen Medizin - Abgrenzung zur bisherigen sog. „Schulmedizin“

Wenn ich von einer Neuen Medizin spreche gegenüber einer „alten Medizin“, so muß ich zunächst begründen, worin denn das Neue dieser Medizin liegen soll.

Gemeint ist ein neues Verständnis der Medizin als von einem universalen Organismus, der verstanden ist als Einheit von Psyche als Integral aller Funktionen der Verhaltens- und Konfliktbereiche, des Gehirns als Steuerungscomputer aller dieser Funktionen der Verhaltens- und Konfliktbereiche und den Organen als der Summe aller Erfolge dieses Geschehens. In Wirklichkeit liegt die Sache natürlich noch komplizierter, denn unser Computer Gehirn programmiert den Programmierer (Psyche) und damit sich selbst. Und schließlich ist es noch ein bißchen schwieriger, sich vorzustellen, daß im Prinzip trotzdem alles gleichzeitig synchron abläuft.

Eigentlich hört sich das recht einfach an - wie könnte es anders sein! Um so unverständlich ist es, daß die sog. „moderne Medizin“ immer nur an den Organen herumgebastelt hat wie Zauberlehrlinge am Werk des Meisters, in unbekümmertem Unverständnis und in dem Glauben, ungeheuer „wissend“ zu sein. Nur so kann man sich die ungeheuer dumme Arroganz vorstellen, die dazu gehört, armen Patienten gnadenlos Pessimalprognosen an den Kopf zu werfen und sie damit in die tiefsten Abgründe zu stürzen. Solche Art von Ärzten hatten bei all ihrem Tun die Seele und den Computer Gehirn schlicht vergessen zu berücksichtigen!

Vor allem haben die modernen Mediziner verlernt, den einzelnen Patienten wirklich zu untersuchen, nicht nur seine Organe, sondern auch seine Psyche und sein Gehirn. Dadurch haben sie nie einen Zusammenhang zwischen Psyche und Organen, insbesondere auch nie zwischen Konflikten und Organen finden können. Dieses Manko zieht sich mit kleinen Ausnahmen durch die gesamte Medizingeschichte seit dem Altertum, besonders verhängnisvoll aber in der modernen Medizin, wie ein roter Faden durch alle Jahrhunderte. Besonders die sog. heutige Schulmedizin krankt daran, noch immer dem völlig überholten mechanistischen Weltbild des 19. Jahrhunderts zu huldigen. Die Zellularpathologie Virchows, die annahm, eine jede Krankheit sei durch pathologische⁴⁴ Vorgänge in oder an der Zelle zu erklären, ist im Grunde heute immer noch in Kraft und so soll es nach dem Wunsch der Symptom-Mediziner auch bleiben! Denn nur mit dem völlig

⁴⁴ pathologisch = krankhaft

eindimensionalen Denken der Symptommedizin lassen sich im Pharmabereich trefflich Umsätze machen - der Patient soll weiter unmündig und dumm gehalten werden! Man kannte und kennt eben nur eine Ebene - die der Organe - und kann daher, im Gegensatz zur Neuen Medizin, über die Ursachen unserer Erkrankungen auch keine wirklichen Aussagen machen!

Hätte man im Laufe der Jahrhunderte nur ein einziges Mal einen einzigen Patienten richtig gründlich untersucht, dann hätte man es eigentlich herausfinden können oder müssen, wie die Krankheiten zustande kommen. Am klügsten waren noch, man muß es retrospektiv einfach zugeben, die uralten Priesterärzte unserer Vorfahren, die mit Ritualen, Runen- und Beschwörungsformeln als allererstes die Seele wieder in Ordnung zu bringen versuchten. Die von uns so gern verspotteten Medizinhäupter des Urwaldes waren viel klügere Ärzte als wir. Keiner der eingeborenen Urwaldärzte Schwarzafrikas würde einen Patienten symptomatisch behandeln, ohne nicht zuvor seine Seele behandelt zu haben.

Meine ehemaligen Kollegen behaupten, ich würde die gesamte Medizin buchstäblich „auf den Kopf drehen“, im wahrsten Sinne des Wortes. Das stimmt genau. Aber es hat schon viele kluge Ärzte gegeben, die ähnliche Gedanken geäußert haben wie ich. Ich habe es in eine Systematik gebracht, in eine reproduzierbare, jederzeit beweisbare Form und, da mir meine ehemaligen Kollegen nicht oder fast nicht geholfen haben, notgedrungen auch die Einzelheiten und die verschiedenen Krankheiten untersuchen müssen.

Die Neue Medizin umgreift nicht nur das Verhältnis zwischen Psyche, Gehirn und Organen, sondern sie gibt auch die embryologisch-ontogenetischen Erklärungen für das Verständnis, warum die einzelnen Relaiszentren an den Stellen des Gehirns gelegen sind, an denen wir sie finden. Und sie erklärt auch die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Keimblättern und die daraus resultierenden verschiedenen histologischen Formationen der Krebsgeschwülste genauso wie der normalen Gewebe. Denn an jeder Stelle des Krebses finden wir das histologische Muster an Gewebe, das embryologisch dort hingehört. Deshalb ist alles Gewebe, das dem inneren Keimblatt (= Entoderm) entstammt, adenoides⁴⁵ Gewebe, macht also im Falle einer Krebserkrankung Adeno-Karzinom, während alles dem äußeren Keimblatt (= Ektoderm) entstammende Gewebe (außer dem Gehirn, das keine Hirnzell-Tumoren machen kann) als typischen Krebs Plattenepithel⁴⁶-Ulcera hat, weil auch das Ausgangsgewebe Plattenepithel hat. Das

⁴⁵ adenoid = blumenkohlartiges Zylinderepithel

⁴⁶ Plattenepithel = z.B. bei unseren Schleimhäuten auftretende Zellformation, die in der ca-Phase schüsselförmige Nekrosen macht, sog. Ulcera oder Geschwüre. In der Heilungsphase füllen sich diese biologisch gewollten, d.h. sinnvollen, Sub-

sog. Plattenepithel-Karzinom ist schon die Heilungsphase, sprich das Wiederauffüllen der Ulcera.

Dazwischen liegt das Gewebe des mittleren Keimblattes (= Mesoderm), einmal die vom Kleinhirn gesteuerten mesodermalen Organe, die wie die stammhirngesteuerten Organe auch ein „Gewebeplus“ in der konflikt-aktiven Phase machen, und die großhirn-gesteuerten Organe des Mesoderms, die in der konflikt-aktiven Phase ähnlich dem Plattenepithel des Ektoderms auch ein „Weniger“ machen, also Osteolysen⁴⁷, Bindegewebs-Nekrosen⁴⁸. Blutbildungs-Depression⁴⁹ etc. und in der Heilungsphase übermäßige Narbenwucherung von Knochen- oder Bindegewebe, was dann unsinnigerweise „Sarkom“ genannt wird, obwohl es im Prinzip harmlos ist. Dies stellt eine gänzlich neue Sichtweise dar, die m.W. noch niemals in einer histologischen Betrachtung berücksichtigt worden ist und doch so einfach und einleuchtend logisch ist!

Außer diesen beiden großen Koordinationskreisen, der Koordination zwischen Psyche, Gehirn und Organen und der zweiten Koordination der Zugehörigkeit von Verhaltensmustern und Konfliktmustern zu bestimmten Keimblättern, gleichzeitig aber auch zu ganz bestimmten histologische Formationen, umfaßt die Neue Medizin noch einen weiteren Koordinationskreis. Dieser sieht das Verhältnis der verschiedenen Verhaltens- und Konfliktmuster in größeren Einheiten (Familie, Sippe, Horde, Rudel, Herde etc.) und verlängert diese Synopsis⁵⁰ für den gesamten Kosmos und das in Jahrmillionen gewachsene Zusammenleben untereinander und in Symbiose mit anderen Rassen, Arten, Kreaturen in einem kosmischen Rahmen.

So ist es unter diesem Blickwinkel ein Unding, bei unseren Tieren von „Fleisch- oder Tierproduktion“ zu sprechen. Dies ist so gänzlich gegen jeglichen Code unserer Natur, daß wir uns eigentlich so lange nicht mit Recht als Menschen bezeichnen dürfen, solange wir diese religiöse Deformation unserer Rasse Mensch nicht wieder ins Lot gebracht haben.

Meine Gegner meinen mich zu verspotten: „Bei Hamer haben sogar die Tiere eine Seele, wer glaubt denn so was?“ In Wirklichkeit rechne ich mir das als große Ehre an. Denn tatsächlich hat das Tier bei einem gleichen Konflikt wie der Mensch auch an der im Prinzip gleichen Stelle des Gehirns wie der Mensch und am im Prinzip gleichen Organ wie der Mensch jeweils das gleiche Phänomen.

stanzdefekte wieder auf, weil sie nach der Lösung des Konfliktes nicht mehr gebraucht werden.

⁴⁷ Osteolyse = Knochenentkalkung

⁴⁸ Gewebsdefekte, hier im Bindegewebe

⁴⁹ Depression = a) Herabdrücken, krankhafte Einsenkung; b) seelische Störung

⁵⁰ Synopsis = Zusammenschau

Wenn wir aber unsere Seele als Integral aller Funktionen der Verhaltens- und Konfliktbereiche verstehen, warum sollten wir nicht unseren „Mitkreaturen“ und Kameraden, den Tieren, ja im Prinzip dem gesamten Kosmos der lebendigen Wesen, ebenfalls das Prädikat einer Seele zubilligen? Sowie für uns heute der Status eines Sklaven unerträglich zu denken wäre, so ist hoffentlich in wenigen Jahren auch der derzeitige zynische Tierstatus undenkbar.

Die Neue Medizin ist keine Glaubensdoktrin, wie das heute die Dogmen der derzeit herrschenden Medizin sind, bei deren Nichtbefolgung man Berufsverbot bekommt, psychiatrisiert oder totgeschwiegen oder ins Gefängnis geworfen wird, sondern es ist eine nach den Regeln der naturwissenschaftlichen Denkkategorien jederzeit und an jedem beliebigen Fall beweisbare und reproduzierbare umfassende biologische Sicht. Selbst die gedankliche Unterscheidung zwischen Psyche, Gehirn und Organ ist nur akademisch fiktiv⁵¹!

In Wirklichkeit nämlich ist alles eins und eins ohne das andere sinnvoll nicht vorstellbar.

Die Neue Medizin ist ein so umfassendes und logisches System, daß sich die meisten Erkrankungen wie selbstverständlich sinnvoll in das Ganze einfügen. Während wir früher z. B. in den unendlich vielen sog. Syndromen (gleichzeitiges Vorkommen mehrerer Symptome) überhaupt keinen Sinn entdecken konnten.

So ist z.B. die Schizophrenie lediglich das gleichzeitige Vorkommen zweier oder mehrerer biologischer Konflikte, deren Hamersche Herde in den verschiedenen Hirnhemisphären gelegen sind. Depressionen sind Revier-Konflikte bei „hormonalem Patt“⁵² oder sexuelle Konflikte bei Linkshänderinnen, auch Lupus erythematoses⁵³, bisher gefürchtet wie nur wenige Krankheiten, ist schlicht nur die gleichzeitige Konfliktaktivität mehrerer bestimmter Konfliktinhalte. Die Leukämie ist der zweite Teil, der Teil der Heilungsphase nach einem Knochenkrebs, der Herzinfarkt die epileptiforme Krise während der Heilungsphase nach Revier-Konflikt, die Gicht ist das gleichzeitige Vorkommen von Leukämie und aktiven Flüchtlings-Konflikt bzw. Sammelrohr-Ca der Niere und so weiter ...

Wo wir jetzt den Mechanismus des Zusammenwirkens kennen, ist die Heilung gar nicht mehr so schwer. So ist Schizophrenie eine Erkrankung, die man durchaus heilen kann. Schon nach Conflictolyse, d.h. Konfliktlösung nur eines der beiden Konflikte, ist der Patient nicht mehr „spaltsinnig“. Nach (möglichst definitiver) Konfliktlösung beider Konflikte ist er gar vollends so gesund wie ein

⁵¹ fiktiv = nur in unserer Vorstellung existierend.

⁵² Hormonales Patt = annäherndes Gleichgewicht der männlichen und weiblichen Hormone mit leichter Betonung nach einer Seite

⁵³ Lupus erythematoses = sog. Syndrom mit Veränderungen an Haut, Gelenken, inneren Organen.

anderer Mensch, der kontinuierlich als gesund galt. Zwar wird man auch jetzt nicht alle Konflikte lösen können oder dürfen, selbst wenn man sie kennt und damit nicht alle Erkrankten heilen können, aber die allermeisten immerhin.

Alle diese neuen Möglichkeiten des Erkennens und Heilenkönnens leiten sich her vom Verständnis der 5 Biologischen Naturgesetze. Das 5. Biologische Naturgesetz, die sog. „Quintessenz“, ist entwickelt aus den vorangegangenen 4 Biologischen Naturgesetzen der Neuen Medizin.

Es ist somit nunmehr das erste Mal der Fall, daß es eine Medizin gibt, die hochnaturwissenschaftlich ist, gleichzeitig jedoch menschlich - mit warmem Herzen und Händen - und gleichzeitig für Mensch, Tier, Pflanze, sogar für jeden Einzeller genauso wie für den Menschen, im Prinzip also für den gesamten Kosmos gilt!

Das bedeutet: Zum ersten Mal können wir jetzt unsere Mitkreaturen, die Tiere und Pflanzen regelrecht „verstehen“ im wahrsten Sinne des Wortes. Wir können gedanklich mit Ihnen kommunizieren, mit ihnen sprachlos sprechen. Und, wohlgemerkt, basiert diese neue Dimension des interanimalischen ja kosmischen Verständnisses auf jederzeit reproduzierbaren naturwissenschaftlichen Gesetzen.

Im folgenden habe ich Euch eine tabellarische Gegenüberstellung der wichtigsten Unterschiede der Neuen Medizin zur Schulmedizin dargestellt:

	sog. SCHULMEDIZIN	NEUE MEDIZIN
Weltbild	<p>mechanistisch-materialistisches Weltbild des 19. Jhdts.</p> <p>S. geht noch heute von der Annahme aus, daß pathogene⁵⁴ Ursachen in oder an der Zelle liegen (Zellularpathologie Virchows).</p> <p>Spezialistentum</p> <p>immer kleinere Einheiten, Bsp.: Gene bzw. deren Manipulation, Viren bzw. Teile von Viren.</p>	<p>Kosmos von Mensch, Tier und Pflanzen, in der Natur offenbart sich das Göttliche durch die 5 Biologischen Naturgesetze. Alle Lebewesen sind besetzt.</p> <p>„Denn in Wirklichkeit ist alles eins und eins ohne das andere sinnvoll nicht vorstellbar.“ Gesamtschau, Synopsis.</p>

⁵⁴ pathogen = krankheitserregend, krankmachend

Denken	eindimensional: kennt nur eine Ebene, Organ- bzw. Zellebene. Das Gehirn wird in diesem Sinne auch als „Organ“ gesehen. Denken ausschließlich linear.	mehrdimensional: kennt 3 Ebenen (Psyche, Gehirn, Organe). Denken in verschiedenen Regel- bzw. Koordinationskreisen = vernetztes Denken.
Definition des Krankheitsbegriffes	Panne, Störung, Versagen der Natur. Wildgewordene Zelle, sinnlose Wucherungen, Selbstzerstörung des Organismus, bösartig. Legitimiert die S. für ein dauerndes „regulierendes“ Eingreifen in alle Vorgänge.	„Krankheit“ als Teil eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramm der Natur (SBS).
Ärztlches Handeln	Eingriffe	Helfendes zur Seite Stehen, Motivieren, Erklären, Einsicht in die Ursachen der Krankheit und weiteren Heilungsverlauf vermitteln. Warten, bis die Natur ihr Werk vollbracht hat.
Patienten	„Duldende“, unmündig, dürfen nicht mitreden, da sie „von Medizin nichts verstehen“, Arzt übernimmt angeblich die „Verantwortung“ für den Patienten, in Wirklichkeit jedoch nicht.	Chef des Verfahrens, mündig, kann und muß mitreden, da nur er allein Verantwortung über seinen Körper hat, kann allein Entscheidungen treffen.
Therapie	Symptomatisch nach statistischen „Erkenntnissen“ nach internationalen „Protokollen“ (z.B. Chemo).	ursächlich, auf allen drei Ebenen, individuell, der Natur bzw. dem Sinnvollen Biologischen Sonderprogramm folgend
Krankheits-ursachen	unbekannt, werden rein im Organischen vermutet.	bekannt, DHS.
Erkenntnis-gewinnung	Statistiken, Wahrscheinlichkeiten.	Empirie, Biologische Naturgesetze, jeder einzelne Fall ist naturwissenschaftlich exakt reproduzierbar.

Die EISERNE REGEL DES KREBS - Das 1. Biologische Naturgesetz der Neuen Medizin

Die EISERNE REGEL DES KREBS ist eine empirisch gefundene biologische Gesetzmäßigkeit, die bisher in 30 000 von mir untersuchten Fällen ausnahmslos gestimmt hat.

Die EISERNE REGEL DES KREBS ist ein überdeterminiertes System dreier korrelierender Funktionen, wobei ich jeweils die restlichen zwei berechnen kann, wenn ich eine weiß.

Die EISERNE REGEL DES KREBS lautet:

1. Kriterium:

Jede Krebs- oder Krebsäquivalent⁵⁵-"Erkrankung" (jetzt erkannt als Teil eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms der Natur) entsteht mit einem DHS, d.h. einem

allerschwersten

hochakut-dramatischen und

isolativen

Konflikterlebnis-Schock, gleichzeitig bzw. quasi gleichzeitig auf allen 3 Ebenen

1. in der Psyche
2. im Gehirn
3. am Organ

2. Kriterium:

Der Konfliktinhalt bestimmt im Augenblick des DHS sowohl Lokalisation des Hamerschen Herdes im Gehirn, als auch die Lokalisation des Krebs- oder Krebsäquivalentes am Organ.

3. Kriterium:

Der Konfliktverlauf entspricht einem bestimmten Verlauf des Hamerschen Herdes im Gehirn und einem ganz bestimmtem Verlauf eines Krebs- oder Krebsäquivalent-Sonderprogramms am Organ.

⁵⁵ Krebsäquivalent = gemeint sind alle anderen Erkrankungen, deren erste, konfliktive Phase immer durch einen Biologischen Konfliktschock eingeleitet wurde. Die 5 Biologischen Naturgesetze lassen sich bei allen „Krankheiten“ wiederfinden.

Die Entdeckung der EISERNE REGEL DES KREBS begann mit dem Tod meines Sohnes Dirk, der im Morgengrauen des 18. August 1978 von dem italienischen Kronprinzen tödlich getroffen vor der Mittelmeerinsel Cavallo bei Korsika, fast 4 Monate später, am 7. Dezember 1978 unter furchtbaren Umständen in der Heidelberger Universitätsklinik in meinen Armen starb.

Ich erkrankte damals an einem Hoden-Karzinom, genauer gesagt an einem Terato- und interstitiellen⁵⁶ Karzinom des rechten Hodens. Ich bestand damals gegen den Rat der Tübinger Professoren darauf, daß der geschwollene Hoden operiert werden sollte, weil ich schon damals die vage Vermutung hatte, daß durch den Tod meines Sohnes bei mir, der ich wissenschaftlich vorher nie ernstlich krank gewesen war, irgend etwas auf körperlicher Ebene ausgelöst worden war. Der Schnellschnitt ergab damals angeblich ein Terato- und interstitielles Ca. Nach meiner Genesung beschloß ich, dieser meiner Vermutung, sobald sich mir die Gelegenheit böte, auf den Grund zu gehen. Diese ergab sich 1981 als ich an einer Krebsklinik als internistischer Oberarzt tätig war:

Die EISERNE REGEL DES KREBS, entdeckt im Sommer 1981, schien zunächst nur für gynäkologische Krebsarten Geltung zu haben. Schon ganz bald aber stellte sich heraus, daß sie auf alle Arten von Krebs angewendet werden konnte. Schließlich stellte ich fest, daß eigentlich alle sog. „Krankheiten“ entweder Krebse waren oder aber Krebs-Äquivalente, d.h. so etwas Ähnliches wie Krebs. Deshalb war es nur logisch, daß die EISERNE REGEL DES KREBS auf alle sog. Erkrankungen der gesamten Medizin Anwendung finden mußte. Sie gilt für die gesamte Medizin. Da sie nun einmal so heißt, läßt man sie bei ihrem Namen, statt zu sagen: die „EISERNE REGEL der gesamten Medizin“.

5.1 Das 1. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS

Das 1. Kriterium beschreibt die Bedingungen für das Zustandekommen eines biologischen Konflikts und grenzt sich damit sogleich ganz deutlich ab von den sog. psychologischen oder psychischen Konflikten, die man besser allgemein psychische Konflikte nennt. Psychische Konflikte sind chronische, langangedauerte Konflikte bzw. Probleme oder solche, bei denen man etwas Zeit hatte, um sich darauf vorzubereiten und einzustellen. Diese Zeit

⁵⁶ interstitiell = dazwischenliegend, z.B. ein zwischen Parenchym gelegenes Gewebe

braucht nicht lang zu sein, manchmal nur einige Sekunden. Psychische Konflikte und Probleme der üblichen Art, auf die wir uns kurz vorher einrichten können, die wir schon kennen, meistern wir Menschen auch reihenweise.

Ganz im Gegensatz dazu steht der biologische Konflikt bei Mensch und (Säuge-) Tier, der aber vermutlich auch bei allen anderen Tieren und sogar den Pflanzen in gleicher oder analoger Weise verläuft.

Der biologische Konflikt ist ein schwerer, hochakut-dramatischer und isolativer Konfliktschock, der uns gänzlich unvorbereitet auf dem „falschen Fuß“ erwischt. Ich habe viele Patienten erlebt, denen drei oder gar vier altenächste Angehörige verstorben waren, an denen sie wirklich gehangen hatten. Bei einer Patientin war es besonders prägnant: Der letzte der vier verstorbenen Angehörigen, der Onkel, hatte eine hübsche, alte Truhe, die er der Patientin angeblich versprochen hatte, im Testament aber der Schwester der Patientin vererbte. Das traf sie völlig unerwartet „auf dem falschen Fuß“, denn sie hatte fest damit gerechnet und sogar schon den Ehrenplatz im Wohnzimmer dafür vorbereitet. Sie erlitt einen unverdaulichen Ärger, quasi hatte sie den Brocken in Gedanken schon vereinnahmt und mußte ihn gedanklich wieder hergeben: Sie erkrankte an einem Pankreas-Ca. Und wir werden später noch sehen, daß auch das Pankreas-Ca nicht etwa eine „Panne“ ist, sondern ein sinnvoller biologischer Prozeß. Der biologische Sinn besteht darin, im Pankreas vermehrt Verdauungssaft zu produzieren, um den Brocken (Truhe) vielleicht doch noch vereinnahmen (verdauen) zu können.

„Psychologisch“ gesehen hätte der Tod („Verlust“) jedes einzelnen dieser nahen Angehörigen weit bedeutender sein müssen - war es aber nicht, denn bei jedem der vier Angehörigen hatte man vorher gewußt, daß da, so traurig es auch war, nichts mehr zu machen war. Die Angehörigen wurden gebührend betrauert, es war ein psychischer oder psychologischer Verlust-Konflikt aber es war eben kein biologischer Konflikt gewesen. Das Nicht-vererben der Truhe dagegen traf die Patientin völlig aus heiterem Himmel. Das verursachte einen biologischen Konflikt und einen Krebs im Pankreas!

Die Psychologen suchten immer nach solchen psychologisch relevant erscheinenden Konflikten, latenten Konflikten, die sich lange aufgebaut hatten, meist schon aus der Kinder- und Jugendzeit herrührten, typischerweise z.B. nach Verlust eines Angehörigen, wurden aber nie ursächlich fündig! Sie hatten stets das Moment des „Nicht-erwartet-Habens“ nicht mit einbezogen. Deshalb waren alle Statistiken psychosomatischer Art, die sie aufstellten, unsinnig oder sinnlos, denn sie hatten nicht gelernt, biologisch zu denken.

Wichtig ist darüber hinaus auch zu verstehen, daß ein und dasselbe Ereignis (z.B. ein Unfall) nicht bei jedem Menschen den gleichen Konflikt machen muß oder gar überhaupt ein DHS bewirken muß. Einen Konflikt zu erleiden, ist eben etwas höchst individuelles, und es ist allein entscheidend, was der Patient selber dazu berichtet.

5.1.1 Definition des Begriffes „Konflikt“ in der EISERNEN REGEL DES KREBS (ERK)

Ein Konflikt muß stets so definiert sein, daß er im Prinzip für alle Lebewesen gleichermaßen Geltung haben kann. Ich definiere das Wort Konflikt begrifflich als „*biologischen Konflikt*“. Ein Psychiatrie-Professor einer Universität wurde, wie schon erwähnt, vom Richter gefragt, wie er denn in seiner Sprache beispielsweise einen sexuellen Konflikt definiere, den der Dr. Hamer bei einem Konfliktvorgang finde, wo die Ehefrau ihren Mann „*in flagranti*“ ertappe und nun einen solchen „*Hamerschen Herd*“ über dem linken Ohr erleide. Antwort: „Ich würde es eine narzißtische Kränkung nennen.“ Meine Gegenfrage: „Würden Sie meiner Hündin die gleiche Qualität der psychischen Konfliktdefinition auch zubilligen?“ - Keine Antwort mehr.

Da liegt genau der Hase im Pfeffer: Unsere Konfliktdefinitionen sind von der etablierten Medizin stets in erster Linie religiös-philosophisch-psychoanalytisch, eben dogmatisch definiert.

Für mich gibt es keine Dogmen, die eine Wissenschaft einengen dürfen. Wenn ich finde, daß Mensch und Tier bei der gleichen Art von biologischem Konflikt erkranken und im psychischen, cerebralen und organischen Bereich die gleichen Vorgänge und Veränderungen beobachtet werden, dann müssen sich eben Schlußfolgerungen, Regeln oder Gesetzmäßigkeiten nach den Fakten richten und nicht umgekehrt.

Konflikt im Begriffssystem der Neuen Medizin ist also nicht im Sinne der sog. Psychoanalyse als über Jahrzehnte laufender Aufbau einer „konfliktiven Konstellation“ aufzufassen, sondern als ein *biologischer Konflikt*. Dieser biologische Konflikt, der beim DHS wie ein Blitzschlag bei Mensch und Tier einschlägt und den Hamerschen Herd im Gehirn bewirkt, sowie das biologische Sonderprogramm für den gesamten Organismus einleitet, ist die Konstellation einer Sekunde. Natürlich geht die Gesamtpersönlichkeit in einen biologischen Konflikt auch mit ein. Aber das ist meist nicht das Entscheidende. Ein gewaltiger Streit mit der Schwiegermutter um die Kinder wird z.B. bei einem einzigen Wort zum DHS: „*Du Schwein!*“ In dieser Sekunde ist der Konfliktinhalt im Verständnis des Patienten definiert.

Er erkrankt z.B. an einem Reviermarkierungs-Konflikt, einem Hamerschen Herd (HH) rechts periinsulär und organisch an einem Blasen-Ulcus-Karzinom. Von da ab läuft der ganze weitere Streit dieses biologischen Konflikts auf dieser „Konfliktinhalts-Schiene“. Die Schwiegermutter hätte auch schreien können: „Du Kümmerling!“ Dann hätte der Patient einen Selbstwerteinbruch-Konflikt erleiden können und der weitere Streit hätte sich nach dem Verständnis des Patienten immer um seinen Selbstwert gedreht, ob er nun ein Kümmerling sei oder nicht. Es wäre eine ganz andere „Konfliktinhalts-Schiene“ gewesen.

Der biologische Konflikt entscheidet sich in der Sekunde des DHS, d.h. es entscheidet sich in dieser Sekunde der Konfliktinhalt, auf dessen Schiene wiederum der weitere biologische Konflikt abläuft. Eine Frau z.B., die ihren Ehemann „in flagranti“ ertappt, muß nicht zwangsläufig einen sexuellen biologischen Konflikt erleiden. Sie muß überhaupt nicht zwangsläufig einen biologischen Konflikt erleiden, sondern sie wird nur einen Konflikt erleiden, wenn sie mit der Situation in einer oder mehrerer Hinsicht *unvermutet* konfrontiert wird. Aber selbst wenn es zum DHS kommt, gibt es eine Reihe von möglichen Konfliktinhalten:

1. Möglichkeit: Die Patientin empfindet beim DHS die Situation als sexuellen biologischen Konflikt des Nicht-begattet-Werdens. Cerebral würde sie einen HH links periinsulär erleiden, organisch ein Gebärmutterhals-Karzinom, (sofern sie rechtshändig ist), dazu Ulcera in den Koronarvenen des Herzens.
2. Möglichkeit: Die Patientin hat vielleicht selbst einen Hausfreund, sie liebt ihren Mann nicht mehr. Sie empfindet im Moment des DHS die Situation als Affront und menschlichen Verrat, daß der Ehemann sie vor allen Nachbarn bloßstellt. Sie erleidet im Moment des DHS einen allgemein menschlichen Partner-Konflikt, cerebral einen HH im linken Kleinhirn und organisch einen Krebs der rechten Brust. (Sofern sie Rechtshänderin ist.)
3. Möglichkeit: Die Patientin empfindet die junge hübsche Nebenbuhlerin im Moment des DHS als eigenen Selbstwerteinbruch-Konflikt. „Sie konnte ihm das bieten, was ich ihm nicht mehr bieten kann.“ Die Patientin würde in diesem Fall im Moment des DHS eben einen biologischen Selbstwertein-

- bruch-Konflikt erleiden, einen HH im occipitalen⁵⁷ Mar-klager und einen Knochenkrebs im Bereich des Beckens.
4. Möglichkeit: Die Patientin ist vielleicht schon jenseits der Wechseljahre und reagiert männlich. Dann könnte sie die gleiche Situa-tion im Moment des DHS als Revier-Konflikt empfinden mit einem HH rechts periinsulär und einem Koronar-Ulcus-Ca, Intrabronchial-Ca oder wenn es ein „Revier-markierungs-Konflikt“ mit dem Attribut „solch eine Schweinerei“ war, ein Blasen-Ca. (Sofern sie Rechtshän-derin ist.)
5. Möglichkeit: Häufig wäre allerdings auch ein Ovarial-Ca⁵⁸, als „häßli-cher halbgitaler“ und Verlust-Konflikt mit HH im pa-ramedian-occipitalen⁵⁹ Bereich.

Wir sehen also, daß ein und der „gleiche“ Vorgang oder Situation eben doch nicht die gleiche Situation ist. Einzig das Empfinden im Moment des DHS entscheidet über den Konfliktinhalt und damit über die „Schiene“, auf der der weitere biologische Konflikt verläuft.

Diese Zusammenhänge führen auch die ewigen Ignoranten Vorschläge der sog. „prospektiven⁶⁰ Studien“ ad absurdum. Die „Nichtkonvertierbarkeit⁶¹“ eines Systems ist nicht etwa eine wissenschaftliche Schwäche, sondern sie folgert zwangsläufig daraus, daß es einem Untersucher nahezu unmöglich ist, mit einiger Sicherheit vorauszusagen, in welcher Richtung oder auf welcher „Schiene“ der Patient einen prospektiv gedachten Konflikt erleben oder erleiden wird. Selbst die nächsten Angehörigen sind oft baß erstaunt, wenn sie recherchiert haben, z.B. welcher Konflikt einen bei dem Patienten dia-gnostizierten Krebs bewirkt haben könnte. Sie sagen dann oft: „Das kann

⁵⁷ occipital = zum Hinterhaupt gelegen

⁵⁸ Ovar = Eierstock

⁵⁹ para = Wortteil mit der Bedeutung: bei, neben, entlang, gegen, abweichend vom Normalen

medial = Wortteil mit der Bedeutung: näher zur Mitte

occipital = das Hinterhaupt betreffend

Ich möchte den Leser an dieser Stelle bitten, sich nicht von Beschreibungen der Lokalisation von Hamerschen Herden beirren zu lassen. Für den Laien ist das ohnehin schwer im einzelnen nachvollziehbar. Es kommt auch vor allem darauf an, mit Hilfe des Registers später mit der Konfliktabelle „Psyche - Gehirn - Or-gan“ umgehen zu können!

⁶⁰ prospektiv = meint Vorausschau im Sinne einer Vorhersage

⁶¹ fehlende Möglichkeit, etwas (hier ein System) beliebig und frei auszutauschen

nur das und das gewesen sein." Fragt man dann vor seinen Angehörigen den Patienten, dann sagt er oft: „Nein, das hat mich gar nicht aufgereggt." Und das, was wirklich das DHS und den Konflikt bewirkt hat, setzt dann oftmals alle zunächst in Erstaunen. Später, wenn sie die Sache begriffen haben, sagen sie oft: „Ja, natürlich, das mußte auch so sein." Ein sehr gutes Beispiel diesbezüglich war ein Patient der Erlanger Universitätsklinik, den ich untersuchen konnte in seinem Krankenzimmer. Er hatte einen akuten Herzinfarkt erlitten. Er mußte also einen Revier-Konflikt mit DHS erlitten haben. Frage nur, was war der Revier-Konflikt gewesen? In Gegenwart des Stationsarztes fragte ich ihn also, wann und welchen Revier-Konflikt er erlitten habe. Antwort: keinen. Er sei ein erfolgreicher Gastwirt, die Honoriatoren des ganzen Dorfes seien bei ihm zu Gast, er habe zwei gesunde Kinder, eine gute Frau, keine Geldsorgen, alles sei in Ordnung, von Revier-Konflikt könne keine Rede sein. Nun fragte ich ihn, seit wann er denn an Gewicht zugenommen habe. Antwort: seit 6 Wochen. Nach dem EKG konnte ich etwa beurteilen, daß der Herzinfarkt nicht ein besonders schwerer gewesen sein konnte. Ich rechnete: Vor etwa 6 Wochen mußte die Conflictolyse gewesen sein, der Konflikt konnte höchstens 3 bis 4 Monate gedauert haben. Ich sagte zu ihm: „Vor etwa 6 Monaten muß etwas Schlimmes passiert sein, was Ihnen viele schlaflose Nächte gemacht hat. Und vor 6 oder 8 Wochen war die Sache zu Ende." - „Tja, Herr Doktor, wenn Sie so fragen, aber nein, ich kann mir ja nicht vorstellen, daß von so etwas ein Herzinfarkt kommen könnte." Es ergab sich folgendes:

Der ganze Stolz des Patienten war eine Voliere mit exotischen Vögeln gewesen. Alle seine befreundeten Gäste durften diese Vögel bewundern. Er hatte nicht mit Geld gespart, selbst seltenste Arten waren darunter. Vor dem Frühstück ging er schon hinüber und schaute nach seinen Vögeln, etwa 30 waren es inzwischen.

Eines Morgens kommt er wie gewöhnlich herüber und - ihm bleibt der Mund offenstehen: Bis auf einen kleinen Piepmatz waren alle Vögel verschwunden „Diebe", war sein erster Gedanke und prägte sein DHS. Diebe sind in mein Revier eingebrochen. Nachbarn kamen, man untersuchte die ganze Voliere Schließlich fand man ein winzig kleines Loch unter der Voliere durchgegraben. Ein erfahrener Bauer sagte nur ein Wort: „Wiesel." Von da ab hatte der Patient nur noch einen einzigen Gedanken im Kopf: das Wiesel fangen. Es gelang ihm nach einigen Fehlschlägen, das Wiesel in einer Falle zu fangen Erst dann konnte er daran gehen, die Voliere umzubauen, „wieselfest" zu machen, neue Vögel zu kaufen. Nach etwa 3 ½ Monaten war wieder alles in Ordnung und der Konflikt definitiv gelöst. Wenn er sich die Sache nachträglich überlegte, war er in der (konflikt-aktiven

Zeit) so stolz gewesen, ein paar Kilo abgenommen zu haben. Aber seit 6 Wochen hatte er alles wieder zugenommen und noch ein paar Kilo dazu.

Der Stationsarzt hatte bei der ganzen Unterhaltung staunend dabeigesessen. Jetzt stand er auf und sagte: „Herr Hamer, ich bin restlos geschafft. Vielleicht ist alles ziemlich verkehrt, was wir hier machen. Jedenfalls hat mich Ihre Demonstration überwältigt.“

Sogar der Patient sagte: „Wenn ich jetzt nach unserem Gespräch so überlege, hätte ich auch kaum etwas gewußt, womit man mich mehr hätte treffen können, als wenn man mir meine Vögel gestohlen hätte.“

Mit Psychoanalyse und Konflikt im psychologischen bisherigen Sinne hat das nichts zu tun. Es kommt beim biologischen Konflikt nicht einmal darauf an, ob der Konflikt später noch als bedeutsam erscheint, wenn alles wieder längst „in Ordnung“ ist. Damals zum Zeitpunkt des DHS hat der Patient so empfunden, und das war entscheidend. Danach hat dann der Konflikt eine Eigendynamik entwickelt. Jemand, und wenn es nur ein kleines Wiesel war, war in das Revier des Patienten eingedrungen. Er hätte ja sofort mit der Renovierung seiner Voliere beginnen können. Nein - es ließ ihm, wie der Volksmund sagt, „keine Ruhe“. Erst als er den Gegner unschädlich gemacht hatte, konnte er „in Ruhe“ sein Revier wieder aufbauen. Man spürt förmlich die biologische Dramatik dieses Revier-Konfliktes.

5.1.2 Das DIRK-HAMER-SYNDROM (DHS)

Das DHS ist die Basis der NEUEN MEDIZIN, ist Dreh- und Angelpunkt aller Diagnostik.

Es ist jedesmal wieder ein Erlebnis, obwohl ich es jetzt schon Zehntausende Male erlebt habe. Es sind nicht irgendwelche langsam beginnenden Konflikte, die die Krebserkrankung bewirken, es ist immer und einziger schockartige und unvermutete Blitzschlag, der die Menschen trifft, diese erstarren läßt, sie unfähig macht, ein einziges Wort zu reden, sie konsterniert⁶².

⁶² Konsternation = Betroffenheit, Bestürzung

Dieses Sportfoto einer Zeitung aus Lyon soll veranschaulichen, wie ein Torwart „auf dem falschen Fuß“ erwischt wird, konsterniert dem ganz langsam ins linke Toreck trudelnden, abgefälschten Ball nachsieht. Er hatte den Ball ins andere Eck erwartet.



Eine ähnliche Konstellation im übertragenen Sinne finden wir beim DHS, dem Konflikt-Schock, bei dem der Patient auch „auf dem falschen Fuß“ erwischt wird. Denn eine Konfliktsituation, auf die er sich vorher einstellen konnte, die macht ihm kein DHS. Genauso wie ein Torwart die fantastischsten Glanzparaden liefern kann und den Ball aus dem äußersten Toreck herausfaustet, wenn - ja, wenn der Ball dorthin fliegt, wohin ihn der Torwart berechnet hatte; so können wir Menschen alle ein Vielfaches an Konflikten ertragen, ohne davon krank zu werden, wenn wir vorher Zeit haben, uns darauf einzustellen.

Wir Menschen haben heute weitgehend die Beziehung zu unserer Umwelt und zu unserer Mitkreatur Tier verloren. Nur so konnte die mehr oder weniger instinktlose Vorstellung von intellektuellen Konflikten entstehen, die keinerlei Beziehung haben zur biologischen Realität. Man hatte sich eben weit von der Empirie⁶³ entfernt und Fälle konstruiert, die gar nichts mit dem wirklichen Erleben des Menschen zu tun haben, jedenfalls nicht im Zusammenhang mit Krankheitsentstehung.

Der Mensch fühlt und empfindet aber in Wirklichkeit nach archaischen biologischen Regelkreisen, empfindet eben biologische Konflikte, während er sich einbildet, losgelöst von der Natur zu denken.

Durch die moderne Zivilisation, die sich ja an keinerlei biologische Grundformationen hält, kommen wir Menschen in ein furchtbare Dilemma. Folgen wir den Verhaltensmustern, die uns die Natur vorgegeben hat, so müßten wir alle Arten von gesellschaftlichen Nachteilen in Kauf nehmen, die uns

⁶³

Empirie = Erfahrung, auf Erfahrung beruhende Erkenntnis

ruinieren würden. Folgen wir aber den uns von den Politikern, Juristen und Kirchen gemachten Vorschriften, die zuallermeist gegen unseren ureigensten archaischen Code gerichtet sind, dann geraten wir geradezu vorprogrammiert in den Konflikt hinein. Man kann zwar theoretisch mit beliebigen Gesetzen die Menschen scheinbar beliebig manipulieren, aber wir zahlen dafür grausam. Zwar hat es immer Anpassungen der verschiedensten Art an veränderte Umweltbedingungen gegeben - davon lebt ja überhaupt die Entwicklung der Natur - aber diese Entwicklungen („Mutationen“) dauern gewöhnlich viele hunderttausend Jahre. Für den Moment und die nächsten 100.000 Jahre hilft uns das nichts in unserem Dilemma.

Bisher wußten das die meisten Menschen noch nicht oder haben es sich einfach nicht richtig klargemacht. Die Neue Medizin nimmt uns in die Pflicht, darauf eine Antwort zu suchen und zu finden. Nicht daß wir dann keine Konflikte, keine biologischen Konflikte, mehr erleiden würden. Denn der biologische Konflikt ist ja auch ein Teil der Natur und weder schlecht noch gut. Einfach eine Realität und in der Natur gleichzeitig ein Mittel zur Auslese und zur Erhaltung der Art. Aber ich glaube, daß wir Menschen glücklicher leben werden, wenn wir wieder nach dem Code unseres Gehirns leben.

Das DHS (DIRK-HAMER-SYNDROM) ist ein allerschwerster, hochakut-dramatischer und isolativer Erlebnisschock eines biologischen Konfliktes. Er löst das Sinnvolle Biologische Sonderprogramm (SBS) der Natur aus als sinnvolle Reaktion auf einen Unfall oder Notfall, auf den der Organismus im ersten Anlauf nicht reagieren konnte. Eine Chance der Natur also!

Merke:

Das DHS hat folgende Eigenschaften und Bedeutungen:

1. Das DHS entsteht als unvermutetes Schockerlebnis eines *biologischen Konfliktes* quasi in einer Sekunde.
2. Das DHS bestimmt den Konfliktinhalt, genauer gesagt den Inhalt des biologischen Konfliktes. Auf dieser „*Schiene*“ läuft der nachfolgende Konflikt weiter.
3. Das DHS bestimmt die Lokalisation des Hamerschen Herdes (HH) im Gehirn durch den Inhalt des biologischen Konfliktes.
4. Das DHS bestimmt die Lokalisation der Krebserkrankung am Organ durch Bestimmung des Inhalts des biologischen Konflikts und Bestimmung der Lokalisation des HH im Gehirn.
5. DHS und - falls schon erfolgt - Conflictolyse sind die wichtigsten Eckpfeiler jeder biologischen Konflikt-Anamnese. Es ist in jedem Fall uner-

läßlich, das DHS genau herauszufinden, auch wenn der Konflikt schon gelöst ist. Denn ein Konfliktrezidiv kann nur dann vermieden werden, wenn das ursprüngliche DHS genau bekannt ist.

6. Das DHS verändert unverzüglich nicht nur den vegetativen Tonus⁶⁴ und macht *Dauer-Sympathicotonie*⁶⁵, sondern es verändert auch die Persönlichkeit, wie man am sog. „hängenden Konflikt“ sehr gut zeigen kann.
7. Das DHS bewirkt von der ersten Sekunde an eine Art Dauer-Sympathicotonie im Gehirn an der Stelle des Hamerschen Herdes. In diese Umschaltung ist aber mehr oder weniger das gesamte Gehirn mit einbezogen.
8. Das DHS bewirkt von der 1. Sekunde an einen Krebs oder Krebsäquivalent am Organ. Der Krebs am Organ hat verschiedene Erscheinungsformen:
 - a. starkes mitotisches⁶⁶ Zellwachstum bei Betroffenheit der Organe des inneren Keimblatts (Entoderm);
 - b. mittleres Keimblatt
 - a) Kleinhirn-Mesoderm⁶⁷ macht mitosreiches Wachstum während der Konfliktaktivität
 - b) Großhirn-Mesoderm⁶⁸ (Marklager) verursacht in der konfliktaktiven Phase Nekrosen, in der Heilungsphase sinnvolle Wieder-auffüllungen der Nekrosen, die man Sarkome nennt.
 - c. Zellverlust mit Krebs-Ulcera des Großhirn-Ektoderms⁶⁹.
Kein Zellverlust mit Veränderung der Funktion beim „Schockstrang“ (endokrines⁷⁰ System der Hypophyse, Schilddrüse, α- und β-Inselzellen der Bauchspeicheldrüse).
9. Hat ein DHS einen biologischen Konflikt ausgelöst, der noch aktiv ist und seinen HH in einer Großhirn-Hemisphäre hat und trifft dazu ein weiteres DHS, das seinen HH in der Hirnrinde der gegenüberliegenden

⁶⁴ bezieht sich auf unseren Biorhythmus, d.h. die sympathicote Tagphase (Wachphase, Streßphase) und die vagotone Nachtphase (Ruhephase).

⁶⁵ Dauer-Sympathicotonie = Dauer-Streß/Tag-Phase

⁶⁶ mitotisch = die Zellteilung betreffend

⁶⁷ Kleinhirn-Mesoderm = betrifft alle Organe des mittleren Keimblatt, die vom Kleinhirn gesteuert werden.

⁶⁸ Großhirn-Mesoderm = betrifft alle Organe des mittleren Keimblatts, die vom Großhirn gesteuert werden.

⁶⁹ Großhirn-Ektoderm = betrifft alle Organe des äußeren Keimblatts, die vom Großhirn gesteuert werden.

⁷⁰ endokrin = Hormon absondernd

Hemisphäre hat, dann ist die schizophrene Konstellation⁷¹ gegeben. Akut delirant oder tobend wird der Patient aber nur, wenn er auf der linkscerebralen, manischen⁷² Seite stark akzentuiert ist und eine sog. „aggressiv-biomanische“ Konstellation hat. Die Konstellation der Schizophrenie kann auch bei einem und demselben Doppel-DHS eintreten.

10.Unter einem „Doppel-DHS“ verstehen wir einen Konflikt, der zwei Seiten hat, z.B. einen Revier-Konflikt mit Selbstwerteinbruch oder einen Mutter/Kind-Konflikt mit gleichzeitigem Selbstwerteinbruch im Mutter/Kind-Bereich (z. B. Kind sagt: „Du bist eine ganz schlechte Mutter, eine Rabenmutter“).

11.Das DHS ist die biologische Chance, die das Individuum von Mutter Natur erhält, um einen „Patzer“ wieder wettzumachen. Ohne das DHS hätte der Hirsch z.B. keine Chance, sein Revier nochmals zurückzuerobern. In der Sekunde des DHS schaltet Mutter Natur bereits auf „Sonderprogramm“ um, um das Hindernis im zweiten Anlauf zu bewältigen. Das DHS ist der Startschuß zur biologischen Chance des Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms (SBS).

12.Hat ein DHS außer einer DHS-„Hauptschiene“ noch weitere „Nebenschienen“, die wir teils Krebs oder Krebsäquivalente, z.B. „Allergien“, nennen (z.B. optische, akustische, Geruchs- oder Geschmackswahrnehmungen im Moment des DHS), so kann der Patient beim „Aufsetzen“ auf nur eine einzige dieser „Nebenschienen“ augenblicklich auch wieder auf die „Hauptschiene“ aufsetzen und ein Konfliktrezidiv erleiden. Beispiele: Jedesmal, wenn ein Mann ein bestimmtes Rasierwasser riecht, muß er an den Hausfreund seiner Frau, seinen Nebenbuhler, denken, der dieses Rasierwasser benutzte. Jedesmal bekam er dann Herzschmerzen - ein Rezidiv seines damaligen Revier-Konfliktes mit angina pectoris.

Röhrt man an das DHS eines Menschen, dann bekommt er meist feuchte Augen, Zeichen für seine emotionale Affektivität⁷³. Jedes Konfliktrezidiv kommt nicht etwa schleichend, sondern nur mit erneutem DHS. Wir nennen es die „Schiene“. Selbstverständlich benötigt das Rezidiv-DHS, das uns wieder auf die Konfliktschiene setzt, längst nicht die emotionale Stärke wie beim ersten Mal. Man könnte es auch eine „kräftige Erinnerung“ nennen.

⁷¹ schizophrene Konstellation = siehe Kapitel 'Psychosen' im 2. Teil des Buches 'Vermächtnis einer Neuen Medizin'

⁷² Manie = Störung der Affektivität mit gehobener (heiterer oder gereizter) Stimmung, Antriebssteigerung

⁷³ emotionale Affektivität = besonderes Gefühl der Erregung

Die Schienen, oftmals sind es sogar mehrere, sind nicht etwas Schlechtes, nicht etwa ständige Pannen der Natur, sondern normalerweise in freier Natur geradezu lebenswichtige Erinnerungsauffrischungen: „Vorsicht, bei so etwas war doch damals die Katastrophe passiert, sieh dich vor!“ Wir nennen solche Schienen auch Allergien.

Nochmals: Die Konstellation eines unvermuteten konfliktiven Erlebnis-schocks, das DHS, macht den Konflikt, nicht umgekehrt. Wäre diese ganz besondere Konstellation nicht eingetreten, wäre es wahrscheinlich nie zu einem biologischen Konflikt gekommen! Diese scheinbar oder wirklich zufällige konfliktive Konstellation, die das DHS auslöst, ist nicht zu begreifen, weil wir den Zufall nicht begreifen können. Zufall sind diese biologischen DHS-Konflikte aber nur unter einem „niedrigen Horizont“. In einem größeren biologischen Rahmen haben diese Vorgänge natürlich schon ihren Sinn, z. B. als Regulation zur Erhaltung der Art. Das kann den einzelnen, der für die Erhaltung der Art geopfert werden soll, nicht trösten. Aber wir Menschen sind ja mit unseren Tieren auch nicht so zimperlich und meinen, daß es sinnvoll sei, wenn die Tiere sich von uns schlachten lassen sollen, damit unsere Art Homo sapiens erhalten werden könne. Vielleicht ist es manchen Menschen, die gerne ein „erkennbares Walten eines persönlichen Gottes“ sehen möchten, in Zukunft schwieriger zu verstehen, daß ihr Gott durch solche scheinbar „zufälligen Konstellationen“ in ihr Leben eingreift. Die Ignorierung biologischer Konflikte und ihrer Folgen erschien ihnen die menschliche und metaphysische Geisteswelt überschaulicher und berechenbarer zu machen. Aber das war eben ein frommer Irrtum!

Eine Sache wie das DHS, die in der gleichen Sekunde im Gehirn als Hammerscher Herd nachzuweisen ist, ist auch religiös-philosophisch nicht länger zu leugnen, sie ist schlicht und einfach eine Realität.

5.2 Das 2. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS

Erleidet ein Mensch (Tier oder Pflanze) ein DHS, also ein allerschwerstes, hochakut-dramatisches und isolatives konfliktives Schockerlebnis, so assoziiert sein Unterbewußtsein den konfliktiven Inhalt des DHS-ausgelösten biologischen Konfliktes zu einem biologischen Vorstellungsbereich, also z.B. Bereich Mutter/Kind-Verhältnis oder Bereich „Revier“ oder Bereich „Wasser“ oder Bereich „Angst im Nacken“ oder Bereich „Selbstwert“ oder ähnliche Bereiche. Auch hier weiß das Unterbewußte „in der Sekunde des DHS“ genau zu differenzieren: Niemals macht ein Selbstwerteinbruch im

sexuellen Bereich („du Schlappschwanz“) Osteolysen der Halswirbelsäule, sondern stets Becken-Osteolysen, Beckenknochen-Krebs. Niemals würde ein Selbstwerteinbruch-Konflikt im Mutter/Kind-Verhältnis („du Rabenmutter!“), Osteolysen im Becken machen, sondern stets einen Krebs des Oberarmkopfes links (bei Rechtshändern).

Wir denken, daß wir denken. In Wirklichkeit wird mit uns gedacht!

Zu jedem biologischen Vorstellungsbereich gehört ein bestimmtes Relaiszentrum im Gehirn, den wir im Erkrankungsfall den „Hamerschen Herd“ nennen. Jeder biologische Vorstellungsbereich hat also „sein Relaiszentrum“.

Vom HH gehen im Moment des DHS besondere Codes aus an das Organ, das diesem HH zugeordnet ist. Man kann also sagen: Jeder HH hat „sein Organ“. So ist das dreischichtige Geschehen Psyche - Gehirn - Organ in Wirklichkeit ein synchron verlaufendes Geschehen vom HH zum Organ mit dem Unterschied des Bruchteils einer Sekunde. Das DHS wissen die meisten Patienten fast auf die Minute genau anzugeben, weil es ja immer dramatisch verlief. Meist waren die Patienten „vor Schreck erstarrt“, „unfähig zu reden“, „wie gelähmt“, „zutiefst erschrocken“ u. ä. Im Gehirn kann man das eingeschlagene DHS von der 1. Sekunde an im Hirn-CT (Computertomogramm) als scharfringige Schießscheiben-Konfiguration⁷⁴ (aktiver HH) sehen, am Organ ist es von der 1. Sekunde an zu finden: Ein Krebs, der in diesem Augenblick zu wachsen beginnt! (bzw. eine Nekrose bei großhirngesteuerten Organen).

In der Sekunde des DHS ist bereits alles programmiert oder einprogrammiert: Entsprechend dem Konfliktinhalt des biologischen Konflikts in der Sekunde des DHS ist, wie wir heute leicht mit unseren Computertomogrammen feststellen können, ein ganz bestimmtes, schon im vorhinein determiniertes Hirnareal, (Hamerscher Herd) „umgeschaltet“ worden.

In der gleichen Sekunde beginnen auch die in der Tabelle „Psyche-Gehirn-Organ“ exakt **aufgeführten**, durch empirische Beobachtungen voraussagbaren Veränderungen am Organ; entweder Zellvermehrung oder Zellverminde rung oder Funktionsänderung (bei den sog. Krebsäquivalenten).

„Umgeschaltet“ habe ich deshalb gesagt, weil, wie wir noch sehen werden, das DHS „nur“ der Umschaltvorgang auf ein Sonder- oder Notprogramm ist, damit der Organismus mit der unvorhergesehenen Situation fertig werden kann.

⁷⁴ Schießscheiben-Konfiguration = ein aktiver HAMERSCHER HERD zeichnet sich durch seine typische, einer Schießscheibe ähnelnden Erscheinungsform im Hirn-CT aus

Eine „Krankheit“ in dem Sinne wie wir das früher an unseren Universitäten beigebracht bekamen, gibt es streng genommen nicht. Wir hatten bei dem, was wir „Krankheiten“ genannt hatten, Fehler von „Mutter Natur“ angenommen, z.B. daß das vermutete „Immunsystem“ (gedacht als Abwehrarmee unseres Organismus) „eingebrochen“ sei. „Mutter Natur“ macht jedoch keine Fehler, es sei denn, absichtliche, scheinbare Fehler, die dann auch einen Sinn haben.

5.3 Das 3. Kriterium der EISERNEN REGEL DES KREBS

Das 3. Kriterium der Neuen Medizin besagt, daß der Verlauf der gesamten sog. Erkrankung, einschließlich Heilungsphase, auf allen 3 Ebenen synchron ist. Diese Synchronizität ist definiert durch genaue Kriterien dafür, was typisch konflikt-aktive Symptome auf psychischer, cerebraler und organischer Ebene sind und was typische Symptome der konflikt-gelösten Heilungsphase ebenfalls auf psychischer, cerebraler und organischer Ebene sind. Dazu kommen noch die typischen Symptome auf allen 3 Ebenen in der epileptischen oder der epileptoiden⁷⁵ Krise, die für jede Erkrankung ein bißchen unterschiedlich, aber wiederum auch für jede Erkrankung speziell typisch sind hinsichtlich der cerebralen und organischen Symptome (z.B. der Herzinfarkt als epileptoide Krise bei Koronar⁷⁶-Ulcus-Ca) und natürlich sowieso typisch für die psychischen und die vegetativen Symptome.

Mit diesem Handwerkszeug, d.h. dem Wissen um die Gesetzmäßigkeit und dem Wissen um die jeweils typischen Symptome des Verlaufs auf den 3 Ebenen, kann man nun erstmals in der Medizin *ursächlich* und quasi reproduzierbar richtig arbeiten!

⁷⁵ epileptoid = Epilepsie-ähnlich

⁷⁶ Das Herz (die Koronararterien) betreffend

6 Das Codeverhalten des Gehirns - Grundlage der Biologischen Konflikte

Wenn man von biologischen Konflikten redet, muß man definieren, was denn eigentlich die Grundlage eines solchen biologischen Konfliktes ist.

Welche entwicklungsgeschichtlichen Grundlagen diese biologischen Konflikte haben, findet Ihr, liebe Leser, im Kapitel über das ontogenetische System der Tumoren.

Da wir von einem biologischen Konflikt reden, setzen wir natürlich voraus, daß diese Konflikte keine nur humanen Konflikte, sondern auch animale Konflikte sind, eben biologische Konflikte. Konflikte, die offenbar biologisch festgelegt sein sollen oder nach einer bestimmten Gesetzmäßigkeit ablaufen sollen, müssen ja im Gehirn des Individuums irgendeine Maxime haben, die ein solch „systematisches Konfliktverhalten“ möglich macht. Ich nenne das das „Code-Verhalten des Gehirns“. Statt Code-Verhalten können wir auch „Summe der Verhaltensmuster“ sagen. Im Grunde drücken alle diese Begriffe aus, daß Mensch und Tier nach einem jeweils für die einzelnen Spezies typischen Verhaltensmuster oder Verhaltensfahrplan leben. Welchen Begriff man nun verwendet, ist egal. Man sollte aus solchen Begriffen nicht neue Dogmen machen. Es gibt diese Begriffe seit es die Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Tiere gibt, nicht erst seit Darwin.

Diese Begriffe, gleichgültig mit welcher Formulierung, sind nicht von mir, sind Allgemeingut. Von mir stammt nur die Erkenntnis, daß diesem Code-Verhalten ein bestimmtes biologisches Konfliktverhalten gegenübersteht. Das ist das Neue. Es gibt auch da schon eine ganze Reihe von Versuchen, eine ganze Reihe von Ergebnissen. Aber man konnte sie bisher nicht einordnen, hat sie z.T. völlig sinnlos interpretiert. Ein Beispiel: Vor einigen Jahren machte eine angeblich hoch seriöse Untersuchung amerikanischer Wissenschaftler die Runde und sorgte für gewaltige Aufregung. Formaldehyd oder nach der chemischen Formel HCHO oder Ameisensäurealdehyd, ein farbloses, stechend riechendes, in Alkohol und Wasser lösliches Gas, mit Methanolzusatz gegen Polymerisation auch als wäßrige Lösung Formol bekannt, sollte bei Ratten Krebs erzeugt haben.

Normalerweise machen Ratten um Formol in der normalen Verdünnung, die man zum Desinfizieren beim Putzen von OP-Räumen verwendet, einen riesengroßen Bogen, weil sie das Zeug auf den Tod nicht ausstehen können. Die klugen Forscher hatten nun diese Aversion benutzt und das Formol auf

die tausendfache Konzentration gebracht und - man höre und staune - dieses hochkonzentrierte Zeug den armen Ratten mehrmals täglich in die Nase gespritzt! Die armen Tiere, denen man selbstverständlich eine Seele absprach, erlitten täglich ein neues Rezidiv-DHS, von diesen rohen Forschern beigebracht. Nach einer Reihe von Monaten wurden die Ratten nach Beendigung des Versuches nach und nach „erlöst“ und ihre Nasen mikroskopisch untersucht: Die ersten nach Beendigung der Quälerei getöteten Ratten hatten „nur“ Nasenschleimhaut-Ulcera. Die Ratten, die danach noch etwas länger leben durften und in eine pcl-Phase kamen (Wiederauffüllung der Ulcera durch Zellvermehrung) hatten einen Nasenschleimhaut-Krebs! Wie konnte es anders sein?

Da aber Tiere nach dem Weltbild unserer offiziellen Wissenschaft und der Meinung unserer Großkirchen keine Seele oder Psyche haben dürfen und natürlich genauso wenig biologische Konflikterlebnis-Schocks haben können, blieb die einzige Folgerung: Formaldehyd macht Krebs! Eine atemberaubende Ausgeburt an Dummheit! Jeder Mensch hätte bei der gleichen Versuchsanordnung mit jedem beliebigen konzentrierten Stinkmittel ebenfalls mit allergrößter Wahrscheinlichkeit ein Nasen-Karzinom erlitten. Aber selbst der Ansatz zu solchen Überlegungen ist heute rein intellektuellen Forschern dieser Art fremd.

Immer dort, wo man ein Tier über Wochen oder Monate immer an der gleichen Stelle quält - nach meiner Lesart das erste Quäl-DHS täglich durch ein neues Rezidiv-DHS fortsetzt, kann man bei jedem Tier Krebs erzeugen. Noch niemals aber ist es möglich gewesen, bei einem Organ Krebs zu erzeugen, was man vom Gehirn getrennt hatte, also an einem Organ-Präparat. In vitro⁷⁷ kann man praktisch nur Sarkome, also Bindegewebswucherungen züchten. Diese Bindegewebsszellen haben ihren Vermehrungsimpuls gleichsam noch im Rucksack mit dabei, denn bei der Narbenbildung im Körper sind sie ja die „Reparaturtruppe“ vom Dienst, um Narben rasch zu heilen, zu vernarben. Einen vergleichbaren „Wachstumsschub“ hat für eine relativ kurze Zeit (beim Menschen bis zu 9 Monaten) auch noch fötale Gewebe, (maximal für die Dauer einer Schwangerschaft.)

Dem normalen Code-Verhalten bei Mensch und Tier steht also das biologische Konflikt-Verhalten gegenüber. Vielleicht steht es auch gar nicht „gegenüber“, sondern ist in das normale Code-Verhalten als mögliche Variante integriert. Wir werden noch sehen, daß z.B. beim Hirsch die Erkrankung an Koronar-Ulcus-Krebs die einzige Möglichkeit ist, um noch vielleicht zwei

⁷⁷ in vitro = im Reagenzglas, d.h. außerhalb des lebenden Organismus

oder drei Jahre zu überleben, bis ihn ein junger Hirsch dann definitiv aus dem Revier vertreibt.

Wir sog. zivilisierten Neuzeitmenschen haben ein gestörtes Verhältnis zur „Krankheit“ im allgemeinen, die wir als Feind oder als das Böse schlechthin betrachten, als Strafe Gottes u.a. Dies sind alles überholte alttestamentarische Vorstellungen eines ziemlich primitiven Weltbildes, in dem Krankheit etwas Böses, Nicht-Natürliches ist, in dem Tiere keine Seele haben dürfen und nur Fleisch- und Fellieferanten sind und man die Erde beliebig zerstören kann.

Das Code-Verhalten ist zwar zwischen Mensch und anderen Säugern z.B. ähnlich, aber jede Rasse hat ihr spezifisches Code-Verhalten. Das alles bildet ein harmonisches, kosmisches System, wobei jede Art letztlich in irgendeiner Weise zu den anderen Arten in einem Verhältnis steht, und wenn es z.B. nur das ist, daß von einem Tier einem anderen gegenüber keine Gefahr drohen kann. Niemals würde eine Katze vor einer Kuh weglaufen oder vor einem Elefanten, dagegen läuft sie sofort weg, wenn sie von weitem einen Hund erblickt. So hat jede Tierrasse und auch die Menschenrasse in vielen Jahrmillionen gelernt, ihr Code-Verhalten auszubilden, womit sie in ihrer ökologischen Nische leben kann oder könnte. Ein Entenküken kann vom ersten Tag seines Lebens an schwimmen, das braucht es nicht zu lernen. Andere Dinge muß es von der Entenmutter lernen. Ein Hirsch z.B. wird sich seinem Hirn-Code entsprechend immer reviergemäß verhalten und sein Revier verteidigen, auch wenn er nie einen anderen Hirsch vorher gesehen hat. Es ist in seinem Code einfach „drin“. So ist es mit unendlich vielen Dingen, die auch wir Menschen nach dem Ur-Code unseres Gehirns traumwandlerisch intuitiv richtig machen würden, sofern wir noch nicht durch die sog. Zivilisation denaturiert worden sind.

Eine so fundamental wichtige Sache wie das Gebären eines Kindes haben die Menschen über Jahrmillionen ohne alle Probleme bewältigt. Stets wußte die Mutter nicht nur, wie sie ihr Kind gebären mußte, nämlich in hockender Stellung, wie es am leichtesten und physiologisch ist, sondern sie wußte genauso, daß sie die Nabelschnur durchtrennen und das Baby an die Brust legen mußte, nachdem sie es vorher gesäubert hatte. Sieht man dagegen heute eine Geburt, mit welch ausgeklügelter Dummheit dabei alle primitivsten Regeln der Natur mißachtet werden - bis hin zur Weheneinleitung oder zum sog. „Kaiserschnitt“, dann fragt man sich wirklich, wieso ausgerechnet solche Wesen die Intelligenz für sich reklamieren. Zum Glück haben sich ja in neuster Zeit die Frauen wieder das Recht auf natürliche Geburt von den meist männlichen Ärzten zurückerobered ...

Auch um ihre Kinder zu erziehen, müssen die Menschen dicke Bücher lesen oder auf die Universität gehen, um da irgendwelche rein intellektuellen sog. pädagogischen Systeme zu memorieren, die dann in der Praxis meist versagen. Jede Hundemutter und jede Spatzenmutter schafft das mühelos und viel besser ohne Universität! Es gibt wohl kein Tier auf der Erde, das an Code-Mißverhaltens-Dummheit an die menschliche Zivilisations-Rasse auch nur annähernd herankäme.

Wenn wir auch fleißig trainieren, den Code unseres Gehirns zu mißachten, so wird doch praktisch jede unserer Empfindungen, Entschlüsse und Handlungen ganz entscheidend von diesem Code Verhalten geprägt. Am schlimmsten aber greifen, wie ich noch zeigen werde, die Hormonmanipulationen in unser menschliches Code-Verhalten ein. Trotzdem: Jedes DHS ist ein neuer Beweis, wie präzise Psyche mit Konflikt, Gehirn mit Hamerschem Herd und Organ mit Krebs korrelieren. Nie gibt es da eine Ausnahme, außer einer systematischen, z.B. bei Linkshändern. Die Gesetzmäßigkeit dieser Korrelation und die Summe aller Korrelationen aller Lebewesen der Schöpfung untereinander - z.B. auch der Menschen zu „ihren Bakterien“ - das Ganze zusammen ist das Gesetz der Natur. Jede Durchbrechung ist eine Art von Mord oder Selbstmord. Nur „Zauberlehrlinge“ in ihrem Unverständ können so etwas versuchen wollen.

6.1 Vergleich der biologischen Verlaufsform des Krebs bei Mensch und Tier

Dem Tier fehlt ein Helfer, der seinen Konflikt erkennen kann und ihm den Rat geben kann, in Zukunft diesen Konflikt zu meiden. Das Tier muß seinen Konflikt gewöhnlich durchstehen, bis dieser Konflikt sich realiter löst oder das Tier an dem nicht gelösten Konflikt und Krebs stirbt. Wir haben ja schon gesehen, daß in der Natur die sog. „Krebserkrankung“ nicht ein Versehen der Natur ist, nicht eine Zelle, die außer Kontrolle geraten ist und nun verrückt spielt, sondern ein sehr sinnvolles Geschehen, das in dem Gesamtplan der Natur als unentbehrliches Moment enthalten ist. Beim Tier sehen wir, was wir beim Menschen nur ganz vorsichtig anklingen lassen dürfen, daß die von außen kommende, also in der Natur nicht vorgesehene Hilfe zur Bewältigung des Konfliktes für die einzelnen Rassen nicht etwa ein Plus an Qualität, sondern höchstens ein mengenmäßiges Plus, dafür ein qualitatives Minus darstellt. Bei den Menschen, betrachtet als Rasse, ist es genauso.

Schauen wir aber in die von Menschen noch nicht manipulierte Natur, dann sehen wir dort, daß die Tiere ihren Konflikt, den sie bei einem DHS

erlitten haben, und damit ihren Krebs realiter auflösen müssen. Der Verlust eines oder mehrerer Jungen, der Verlust eines Reviers ist für die Tiere nicht „psychotherapeutisch“ zu lösen, sondern nur realiter! Allerdings sehen wir bei den hochentwickelten Tieren auch schon so etwas wie einen Kultus in der Konfliktbewältigung. Denken wir doch nur an die uns allen bekannten Totenrituale der Elefanten, ganz offensichtlich ein Versuch, den Verlust-Konflikt für die besonders betroffenen Tiere oder die ganze Herde abzuschwächen oder zu lösen! Was machen wir Menschen anderes bei unseren Beerdigungen? Die Elefanten versammeln sich tagelang um einen verstorbenen Genossen, den sie zuvor beerdigt und unter Zweigen und Gestrüpp bedeckt haben und trauern um ihn.

Abgesehen von diesen „kultischen Hilfen“ bei den höher entwickelten Säugetieren muß das Tier im allgemeinen seine Krebserkrankung selbst durchstehen, ja sie ist vielfach als regelmäßiger Gütetest oder Qualifikationstest in regelmäßigen Abständen zu bestehen, andernfalls das Individuum „aus der Qualifikation genommen“ wird.

Der alte Hirsch beispielsweise muß jedes Jahr erneut zum Qualifikationstest gegen den jungen Hirsch antreten, und irgendwann besteht er den Qualifikationstest nicht mehr, dann muß er sterben.

Deshalb ist im allgemeinen die „Therapie“ des biologischen Konfliktes die reale Lösung des Konfliktes. Diese reale Lösung kann entweder in der Wiederherstellung des vorherigen Zustandes bestehen oder in einer lebbaren Alternativlösung. Also z.B. entweder erobert der alte Hirsch sein Revier zurück oder er vertreibt einen anderen Hirsch aus dessen Revier. Eine Hündin, die ein Junges verloren hat, jagt entweder dem Räuber das Junge wieder ab oder sie tröstet sich mit ihren restlichen Jungen oder sie wird rasch wieder trächtig - und das ist wohl in der Mehrzahl der Fall. Während der Trächtigkeit ist dann allgemeiner Konfliktfrieden, also keine Konfliktaktivität möglich, da eine Schwangerschaft nach dem ersten Drittelpgrund grundsätzlich in Vagotonie verläuft, und nach dem Wurf der neuen Welpen wäre der Konflikt automatisch gelöst.

Da die Tiere, anders als wir Menschen, normalerweise ihren natürlichen Rhythmus leben, ist in diesen natürlichen Rhythmus weitgehend schon der Verlust eines Tierjungen z.B. als „normal“ mit einberechnet und ebenfalls die Lösung eines solchen „normalen Konflikts“ durch die nachfolgende erneute Trächtigkeit.

Wir Menschen dürfen nicht vergessen, daß wir weitgehenden Zwängen unterworfen sind, die uns irgendwelche Religionsstifter oder Sozialreformer gesetzt haben, die aber mit Biologie herzlich wenig zu tun haben. So gibt es denn ja auch kaum einen Gesellschaftsreformer, den man als normalen

Menschen bezeichnen könnte. Im Grunde waren sie eine Crux für die Menschheit, von Weisheit konnte keine Rede sein, wenn man als Weisheit zugrunde legen würde, daß man möglichst in Übereinstimmung mit dem vorgegebenen Code des Gehirns und damit auch dem der Psyche oder Seele leben sollte. Für mich wäre der Weiseste, der uns Menschen beibringen würde, wie wir in Übereinstimmung mit dem uns von der Natur mitgegebenen Code leben könnten, statt in Kriegen Perversionen zur Auslöschung menschlichen Lebens zu verwirklichen

Wenn wir sagen, daß Mensch und (Säuge-) Tier in gleicher Weise den Krebs erleiden, dann werden viele zustimmen, daß der Krebs am Organ gleich oder vergleichbar ist. Der Hamersche Herd im Gehirn, an entsprechender Stelle wie beim Menschen, ist ebenfalls gleich oder vergleichbar. Wenn aber diese beiden Ebenen gleich oder vergleichbar sind, dann spricht vieles dafür, daß auch die psychische Ebene gleich oder mindestens vergleichbar ist. Wenn ich behaupte, daß das Tier einen Konflikt erlitten hat, womit ich einen biologischen Konflikt meine, dann kann das meist noch akzeptiert werden. Wenn ich sage, daß das Tier keinen Appetit hat wie der Mensch, nicht schlafen kann wie der Mensch, Sympathicotomie hat wie der Mensch, dann wird das gerade noch hingenommen, aber wenn ich sage, das Tier denke genauso Tag und Nacht an seinen biologischen Konflikt und träume nachts von seinem Konflikt, dann ruft das Entrüstung und Ablehnung hervor. Das, so meint man, sind Attribute des Denkens, die nur dem Menschen vorbehalten sind. Das stimmt aber nicht. Der Konflikt ist bei Mensch und Tier gleichlaufend, und zwar auf allen drei Ebenen. (Habt Ihr noch nie Euren Hund im Schlaf (Traum) seufzen gehört?

Für viele von uns, besonders die religiös oder weltanschaulich fixierten, ist es eine harte Nuß, das anzuerkennen. Für mich ist es das Normalste von der Welt. Zwar ist der Inhalt z.B. des Futterneid-Konfliktes für das Tier, je nach Rasse, von geringfügig anderer Art als beim Menschen aber derjenige beim Menschen ist nur transformiert. Aber auch die transformierten biologischen Konflikte des Menschen lassen sich stets auf ihr *archaisches Grundmuster* zurückführen. Die nachfolgende Tabelle für einzelne herausgegriffene Konfliktarten soll uns das verdeutlichen:

6.2 Vergleich der biologischen Konflikte bei Mensch und Tier

	Mensch <i>Mutter-/Kind-Konflikt</i>	Säugetier <i>Nestrevier-Konflikt</i>
Mamma-Ca/ <u>Gesäuge-Ca, links</u>	Bsp.: Kind verunglückt.	Bsp.: Kuh wird das Kalb weggenommen.
Leber-Ulcus-Ca (Leber- Gallengangs- <u>Ulcera)</u>	<i>Revierärger-Konflikt</i> Ärger meist mit Familienangehörigen und meistens wegen Geld. <i>Erbstreitigkeiten.</i>	<i>Revierärger/ Futterneid-Konflikt</i> Bsp.: Dackel frißt Chef-Schäferhund die besten Brocken weg
Koronar-Ca Bronchial-Ca	<i>Revier-Konflikt</i> <i>Revierangst-Konflikt</i> Bsp.: Arbeitsplatzverlust, Frau oder Freundin wird von anderem ausgespannt.	Bsp.: Junger Hirsch vertreibt alten Hirsch aus dem Revier, Hirschkuh läuft aus dem Revier in ein anderes weg.
Gebärmutterhals- Ca	<i>Weiblicher sexueller Konflikt</i> Bsp.: Frau ertappt ihren Ehemann „in flagranti“. Archaischer biologischer Konflikt, daß die andere begattet wird und vielleicht schwanger wird und sie nicht.	<i>Konflikt des Nicht-begattet-Werdens</i> Bsp.: Läufige Hündin wird vom Besitzer immer wieder von Rüden ferngehalten, darf keine Jungen bekommen.
Knochen-Ca (in Heilung Leukämie)	<i>Selbstwerteinbruch-Konflikt</i> Bsp.: Angestellter wird nicht befördert, jemand besteht eine Prüfung nicht oder bekommt gesagt: „Du hast Krebs!“	Bsp.: Hund kann eine Zeitlang nicht mehr laufen; Hirsch wird beim Kampf das Geweih zerbrochen, Elefant wird Stoßzahn verstümmelt.
Hoden-Ca	<i>Verlust-Konflikt</i> Bsp.: Vater verliert Kind oder Mann einen Kameraden.	Bsp.: Hund verliert Bezugsperson oder Spielkameraden.

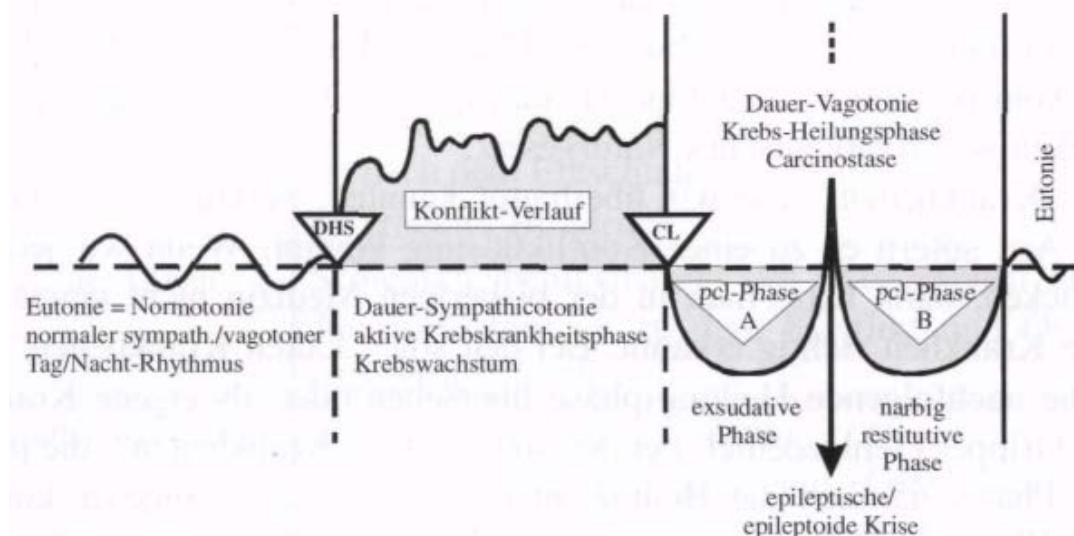
Rektum-Ca Blasen-Ca	<i>Reviermarkierungs-Konflikt</i> Bsp.: Patient bekommt gesagt: „Du weißt nicht wer dein Vater ist!“ (Rektum-Ca) Die verheiratete Tochter schläft ständig mit einem anderen Mann (Blasen-Ca).	Bsp.: Nachbar-Revierhirsch verletzt ständig die Reviergrenze.
Lungenrundherd-Ca	<i>Todesangst-Konflikt</i> Bsp.: „Du hast Krebs“, keine Chance mehr; Patient träumt jede Nacht von einem vergangenen Autounfall, der quasi tödlich schien.	Bsp.: Mäuse werden im Tierversuch ständig benötigt, Katze sitzt vor dem Mäusenest, Maus muß daran vorbeikommen.
Sammelrohr-Adeno-Ca der Niere	<i>Flüchtlings- oder Existenz-Konflikt</i> Bsp.: Kleinkind wird unvermittelt zu einer 100 km entfernt wohnenden Oma gebracht, alle sind fremd. Wasser wird retentiniert ⁷⁹ um nicht „auszutrocknen“. Baby wird nach der Geburt in einen Brutkasten gebracht, zwar warm aber die Bewegungen und die Töne der Mutter fehlen. Ein hoher Prozentsatz erleidet sog. „Nierenversagen“ = Wasserretention.	Bsp.: Kuh wird verkauft und zu fremden Kühen gebracht, erleidet Flüchtlings-Konflikt ⁸⁰ , lagert Wasser ein (Wasserretention). Neugeborenes einer Herde verliert durch einen Zwischenfall seine Mutter aus der Sicht. Durch die mit dem Konflikt einhergehende Wasserretention bekommt es noch 2 Tage länger die Chance, die Mutter wiederzufinden.

⁷⁸ Rektum = Mastdarm

⁷⁹ Retention = Zurückhaltung auszuscheidender Körperflüssigkeiten

⁸⁰ Flüchtlings-Konflikt = uralter Konflikt aus der Zeit, als „wir“, d.h. unsere gemeinsamen Vorfahren noch im Wasser lebten und durch die Flut an Land gespült wurden. Durch Wasserretentions-Sonderprogramm konnten „wir“ dann tagelang überleben, bis uns irgendwann die neue Flut wieder zurückholte!

7 Das Gesetz der Zweiphasigkeit der Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme (früher bezeichnet als Erkrankungen) bei Lösung des Konflikts - Das 2. Biologische Naturgesetz der Neuen Medizin



Auf diesem Schema sieht man ganz links dargestellt den normalen Tag/Nacht-Rhythmus⁸¹.

Nach dem DHS sieht man die konflikt-aktive Stressphase oder Dauertag-Phase, auch Dauer-Sympathicotonie genannt.

Nach der Konfliktlösung (CL = Conflictolyse) folgt die Heilungsphase oder Dauernacht-Phase, auch Dauer-Vagotonie genannt, unterbrochen von der epileptischen oder epileptoiden Krise, dem Umschlagpunkt der Heilungsphase. Von da ab strebt der Organismus wieder zur Normalisierung zurück. Nach Beendigung dieser Heilungsphase ist dann wieder normaler Tag/Nacht-Rhythmus.

Jede Erkrankung bzw. jedes biologische Sonderprogramm der gesamten Medizin verläuft zweiphasig, d.h. mit einer 1. = konflikt-aktiven, kalten, sympathicotonen Phase vom DHS ab (ca-Phase) - und einer 2. = konflikt-gelösten oder Heilungsphase, auch warme (Fieber) oder vagotone⁸² Phase, sofern es zu einer Konfliktlösung (Conflictolyse) kommt. Diese Phase nennen wir auch „post-conflictolytische Phase“, kurz pcl-Phase.

Jede Erkrankung, die eine Konfliktlösung hat, hat auch eine ca-Phase und eine pcl-Phase. Und jede pcl-Phase hat, sofern sie nicht durch ein konflikt-aktives

⁸¹ Eutonie = normaler Tag/Nachtrhythmus

⁸² vagoton = parasympathicoton

Rezidiv unterbrochen wird, eine epileptische oder epileptoide Krise am tiefsten Punkt der Vagotonie.

Das Gesetz der Zweiphasigkeit aller Erkrankungen der gesamten Medizin stellt unser ganzes bisheriges vermeintliches Wissen gründlich auf den Kopf: Kannten wir bisher etwa, grob geschätzt, einige hundert sog. „Krankheiten“, so fanden wir bei genauem Hinsehen etwa die Hälfte solcher vermeintlichen Krankheiten, bei denen der Patient kalte Hände, kalte Peripherie zeigt, und etwa die andere Hälfte vermeintliche warme oder heiße „Krankheiten“, bei denen der Patient warme oder heiße Hände und meist Fieber hat. In Wirklichkeit gab es nur ca. 500 „Tandems“: Vorne (nach DHS) eine kalte, konflikt-aktive, sympatheticone Phase und hinten (nach der CL) eine heiße, konflikt-gelöste, vagotone Heilungsphase Dieses Schema der Zweiphasigkeit ist ein biologisches Naturgesetz.

Alle „Krankheiten“, die wir überhaupt kannten, verlaufen fakultativ in dieser Art, sofern es zu einer Konfliktlösung kommt. Wenn wir jetzt zurückblicken, dann hatte man in der bisherigen Medizin nicht einmal eine einzige Krankheit richtig erkannt: Bei den sog. „kalten Krankheiten“ hatte man die nachfolgende Heilungsphase übersehen oder als eigene Krankheit (z.B. „Grippe“) fehlgedeutet, bei den sog. „heißen Krankheiten“, die ja stets die 2. Phase, nämlich die Heilungsphase nach vorangegangener konflikt-aktiver Phase darstellen, hatte man eben diese voraufgegangene kalte Phase übersehen oder eben auch als eigene andere Krankheit fehlgedeutet.

Im Gehirn haben beide Phasen natürlich ihren Hamerschen Herd an der gleichen Stelle, allerdings in unterschiedlichem Zustand: In der konflikt-aktiven Phase (ca-Phase) stets mit scharf markierten Kreisen als sog. Schießscheiben-Konfiguration. In der konflikt-gelösten pcl-Phase ist der Hamersche Herd aufgequollen, oedematisiert. Das Oedem des innersten Ringes bezeichnen wir auch als „intrafocales Oedem“, das Oedem um den äußeren Ring als „perifocales Oedem“. Das sind aber nur ungenaue Bezeichnungen für eine an sich sehr klare Sache. Vom Beginn der Heilungsphase an ist er gewöhnlich mehr oder weniger mit Kontrastmittel anfärbbar, spätestens am Ende der Heilungsphase finden wir im Hamerschen Herd mehr oder weniger Glia, die als Zeichen der Reparatur der Nervenzell-Synapsen⁸³ dort eingelagert wird. Diese an sich harmlosen Gliome bezeichnete man, wie wir wissen, bisher als „Hirntumoren“ oder „Hirn-Metastasen“, in Wirklichkeit waren sie glücklicherweise abheilende oder ausgeheilte Hamersche Herde.

⁸³

Synapse = Stelle, an der eine Nervenzelle die Erregung überträgt

Die 1. Phase:

A. psychische Ebene	Konfliktaktivität; • Zwangs-Konfliktdenken • Streßinnervation ⁸⁴ , um den Konflikt zu schaffen • <u>Dauertag-Rhythmus</u>
vegetative Ebene	Sympathicotonie: • Appetitlosigkeit • Gewichtsabnahme • Gefäßverengung: kalte Hände und Füße, kalte Haut • Schlaflosigkeit, häufiges Aufwachen kurz nach dem Einschlafen • erhöhter Blutdruck
B. cerebrale Ebene	Schießscheibenformation des Hamerschen Herdes im Gehirn an zu dem Konflikt und Organ zugehöriger Stelle
C. organische Ebene	a) althirn-gesteuerte Organe: Zellvermehrung als sinnvolles Geschehen zur Lösung des Konfliktes. Gleichzeitig vermehren sich Pilzbakterien (säurefeste Tuberkel-Mykobakterien) synchron mit der Zellteilungsrate am Organ, obgleich sie erst nach der Conflictolyse mit ihrer Abbauarbeit beginnen dürfen. b) großhirn-gesteuerte Organe: Nekrosen oder Ulcera, je nach Organ. Zellschwund! Sinnvolles Geschehen zur Lösung des Konfliktes für das Einzel-Individuum oder sinnvolles Geschehen als quasi Suizidalprogramm ⁸⁵ zur Erhaltung der Art (Futter für den Löwen)

⁸⁴ Innervation = nervale Versorgung von Körpergeweben und Organen

⁸⁵ Suizid = Selbstmord, Freitod

Die 2. Phase:

A. psychische Ebene:

konflikt-gelöste Phase (pcl-Phase)

- große Beruhigung
- Dauernacht-Rhythmus

vegetative Ebene:

große Müdigkeit

Vagotonie

großer Appetit

Wohlbefinden

Fieber

Einschlafstörung bis morgens um 3 Uhr (= Sonnenaufgang, biologischer Tagesbeginn), für das „Beutetier“ die Chance, bei Tageslicht weniger leicht vom Raubtier im Schlaf überrascht zu werden).

weitgestellte periphere Gefäße: warme Hände,
Füße, warme Haut, niedriger Blutdruck

B. cerebrale Ebene:

Die Schießscheibenringe des Hamerschen Herdes oedematisieren sich in der pcl-Phase, sie verschwimmen oft völlig im Oedem (intrafocales und perifocales Oedem). Vom Beginn der Heilungsphase (pcl-Phase) lässt sich der HH mit Kontrastmittel anfärben und wird dann als sog. „Hirntumor“ fehlgedeutet. Die Anfärbung mit Kontrastmittel ist möglich durch einen erheblich vermehrten Stoffwechsel im Bereich des Hamerschen Herdes und durch Einlagerung von Glia, Hirnbindegewebe, um das alterierte Relais wieder zu reparieren. Der Preis ist: es wird starrer, rigider, ist weniger elastisch. Bei einem nochmaligen späteren gleichen Vorgang im gleichen Relais, kann es zu einer Zerreißung (Zyste) des Hirngewebes kommen. Am Ende der pcl-Phase, d.h. nach der sog. „Pinkelphase“ (Diuresephase⁸⁶) wird das Oedem spontan wieder zurückgebildet, als Zeichen des geheilten Hamerschen Herdes

⁸⁶ Diurese = Ausscheidung von Harn

- C. organische Ebene:
- a) althirn-gesteuerte Organe:
Abbau der Zellvermehrung (nur der Tumorzellen!) in der pcl-Phase durch Pilze oder Pilzbakterien (Tbc) bis zum Status quo ante. Wenn die Mikroben fehlen (wegen fälschlich gut gemeinter Hygiene in der Zivilisation), dann bleibt der Tumor, macht aber von der CL ab keine Mito-sen mehr; biologischer Zellabbau bleibt aus.
 - b) großhirn-gesteuerte Organe:
Wiederaufbau der durch vorangegangenen Zellschwund fehlenden Zellen, d.h. Wiederauffüllung der Nekrosen und Ulcera, je nachdem bei Vorhandensein, mit Hilfe von Bakterien (großhirnmarklager-gesteuerte Organe) oder Viren (großhirncortical⁸⁷-gesteuerte Organe)

Die Unkenntnis dieser Gesetzmäßigkeit im medizinisch-klinischen Sinne hat uns daran gehindert, die Medizin jemals richtig einteilen oder auch nur eine einzige „Erkrankung“ richtig sehen zu können. Ohne die Kenntnis dieser biologischen Gesetzmäßigkeiten konnten wir weder jemals den Krebs und seine Zusammenhänge erkennen, denn wir hielten ihn für unheilbar und hatten uns darauf verlegt, die Symptome der Krebserkrankung auf der organischen Ebene zu beseitigen - was, wie wir noch sehen werden, im biologischen Sinne der allergrößte Fehler war - noch hatten wir z.B. die Möglichkeit gehabt, die sog. „Infektionskrankheiten“ überhaupt zu verstehen, denn wir hielten sie nicht etwa für Heilungsphasen, sondern für aggressive Krankheitsphasen, in denen uns die Mikroben „vernichten“ wollen.

Genau das Gegenteil war der Fall. Die Patienten, die starben, waren trotz der Mikroben am Hirncoma oder in der epileptoiden Krise gestorben. Dabei wird nicht verkannt, daß die Heilungsphasen auch ihre Gefahren besitzen, z.B. beim Herzinfarkt, was wir später noch sehen werden. In manchen Krankheitsverläufen ist sogar die Heilungsphase sehr viel gefährlicher als die konflikt-aktive Phase.

In Unkenntnis dieser biologischen Gesetzmäßigkeit konnten wir im Grunde nicht nur keine einzige „Krankheit“ wirklich erkennen und erfassen, sondern dadurch im Grunde noch nicht einmal einen einzigen Patienten wissenschaftlich

⁸⁷ Großhirn-cortical = die Großhirnrinde (=Cortex) betreffend

richtig behandeln, weil wir, wie gesagt, die Heilungsphase als eigene Krankheit verstanden hatten.

7.1 Sympathicotone Konflikt-aktive Phase; Konfliktverlauf

Von der Sekunde des DHS an ist der ganze Organismus unter Dauer-Sympathicotonie, unter Dauerstress. Wir haben ja gesehen, daß dieser Dauerstress eigentlich biologisch als ein sinnvolles Mittel eingesetzt wird, die „letzte Chance“ wahrzunehmen, den Konflikt zu bewältigen. Dazu sollen alle Kräfte mobilisiert werden. Schafft ein Individuum es in angemessener Zeit nicht, mit dem Konflikt fertig zu werden, dann hat es seine biologische Chance verspielt. Dann stirbt es selbst dann, wenn irgendwann (zu spät!) der Konflikt gelöst wird. Ausnahmen bilden zum einen der sog. hängend-aktive Konflikt (mit dem ein normales Alter erreicht werden kann), der heruntertransformiert ist, aber im Prinzip aktiv bleibt bis zum Tod und die schizophrene Konstellation, in der keine Konfliktmasse aufgehäuft wird und mit der man ebenfalls ein normales Alter erreichen kann.

Während der konflikt-aktiven Phase, der Stress-Phase, läuft der Organismus auf Hochtouren, zu Lasten der Erholung des Organismus. Hier also von Krankheit zu sprechen, ist eigentlich Unverstand. Wie soll denn das Individuum seinen Konflikt „schaffen“, wenn es nicht alle Kräfte dazu mobilisiert? Der Krebs am Organ schien uns früher eine unerwünschte oder nicht eingeplante Nebenwirkung dieses Dauerstress-Tonus zu sein. Aber der Tumor am Organ gehört eben auch zu diesem Sinnvollen Biologischen Sonderprogramm der Natur.

Ich persönlich halte den Tumor am Organ in geringem Maße auch für eine Art „Organauslese“ und damit zugleich ein Ausleseverfahren der Natur für den damit verbundenen psychischen biologischen Vorstellungsbereich, (z.B. Organ: Knochen - biologischer Vorstellungsbereich: Selbstwert). Mit anderen Worten: Wenn ein Individuum auf dem Gebiet eines Vorstellungsbereichs und des damit verbundenen Organs das unerbittliche Ausleseverfahren der Natur längere Zeit nicht besteht, dann wird es aus der Konkurrenz genommen.

In diesem Ausleseverfahren sind die „alten Organe“ weniger anfällig als die neuen Organe. Die „alten Organe“ haben ihre Relaiszentren im Althirn, die „neuen Organe“ im Großhirn. Jedoch sind die Althirn-Organe lebensnotwendig, die Großhirn-Organe nur teilweise, deren pcl-Phase gerade bei

den Revier-Relais ist dafür aber z.T. sehr gefährlich (Linksherz-Infarkt, Lungenembolie!).

Während der konflikt-aktiven Phase hat der Patient keinen oder nur wenig Appetit, schläft schlecht, denkt ständig an seinen Konflikt bzw. sein Problem. Die periphere Blutzirkulation ist enggestellt, kurz: Es sind alle vegetativen Erholungsvorgänge reduziert oder auf ein Minimum reduziert. Der Körper hat „Generalmobilmachung“, um das Konflikt-Problem zu schaffen. Während dieser konflikt-aktiven Zeit wächst ein Krebs, entsteht eine Nekrose oder nur eine Veränderung der Organzellen, je nachdem, um welchen Konflikt es sich handelt. In dieser konflikt-aktiven Zeit vom DHS bis zur Conflictolyse, der Lösung des Konfliktes, steht der Hamersche Herd im Gehirn unter „Spezialstreß“ bzw. „Sonder-Innervation“! Nur durch diesen „Spezialstreß“ kommt es zur Zellwucherung, Nekrose oder Veränderung am Organ. Je ausgedehnter der Hamersche Herd, desto ausgedehnter auch der Tumor, die Nekrose oder die Veränderung der Zellen. Je intensiver der Konflikt, desto schneller wächst der Tumor, desto größer die Nekrose und desto stärker die Veränderung der Zellen bei den Krebsarten, die keine mitotische Zellvermehrung oder Nekrosen machen. Die wichtigsten anamnestischen⁸⁸ Daten sind das DHS und, falls erfolgt, die CL, Conflictolyse. Durch die Kenntnis dieser Daten und der Dimension des DHS und der Intensität des Konfliktgeschehens bekommen wir Aufschluß über die Schwere der Veränderungen, mit denen wir rechnen müssen, sofern uns nicht die Kenntnis des gewachsenen Tumors darüber Aufschluß gibt. Ob bei der Dauer-Sympathicotonie während der konflikt-aktiven Phase die Alpha-Zellen im Pankreas fortlaufend stimuliert werden, so daß ständig Glukagon produziert und in der Leber Glucose mobilisiert wird, das die Leber wiederum aus der Substanz des Körpers mobilisiert, weil die Verdauung gestoppt oder stark reduziert ist, wissen wir nicht genau. Es scheint aber so zu sein. Der ganze Organismus ist jedenfalls in ständiger Alarmbereitschaft, Verdauungsmüdigkeit würde dabei nur stören.

In dieser sympatheticon, konflikt-aktiven Phase findet auch die Vermehrung der für die althirn-gesteuerten Organe zuständigen Pilze und Pilzbakterien (Mykobakterien, Tbc) synchron mit der Zellvermehrung am Organ statt, gleichsam als Vorrat für den mit der Conflictolyse beginnenden Abbau (Verkäsung) des Tumors in der pcl-Phase.

⁸⁸ Anamnese = Krankengeschichte; Art, Beginn und Verlauf der aktuellen Beschwerden, die im ärztl. Gespräch mit dem Kranken erfragt werden

7.2 Conflictolyse, Lösung des Biologischen Konflikts

Alle diese Verhältnisse ändern sich schlagartig, wenn die Lösung des Konfliktes eintritt. Daran sehen wir ganz besonders gut, welche bestechende zentrale Strategie dahintersteckt. Wir Zauberlehrlinge waren nur zu dumm und einfältig, dieses System zu erkennen. Unmittelbar nach der Conflictolyse kann der Organismus abschlaffen. Jetzt muß dringend die Versorgungsinfrastruktur regeneriert und repariert werden. Jetzt werden die Beta-Zellen der Bauchspeicheldrüse stimuliert, das vermehrte Insulin sorgt dafür, daß der Patient dauernd Hunger hat. Der Verdauung wird Vorrang vor allem gegeben. Der ganze Organismus fällt in tiefe Parasympathicotonie oder Vagotonie. Der Konflikt ist ja gelöst, der Hamersche Herd im Gehirn beginnt sich zu reparieren, indem jetzt reichlich Glia-Hirnbindegewebe in den HH eingelagert wird, wozu wiederum intra- und perifocales Oedem in und um den HH einschießt. Die Zellvermehrung des Tumors am Organ stoppt abrupt. Auch der Tumor wird oedematisiert, verkäst und mit Hilfe der in der ca-Phase angesammelten säurefesten Mykobakterien abgebaut und resorbiert⁸⁹ oder abgestoßen. Am Ende ist er geheilt. Nur eine Narbe oder Kaverne erinnert noch an den einst vorhanden gewesenen Tumor. Aber gesund ist der Patient erst wieder, wenn er auch diese Heilungsphase noch überstanden hat.

Bei den großhirn-gesteuerten Organen werden die Nekrosen oder Ulcera wieder aufgefüllt. Im Gehirn sehen wir die gleichen Vorgänge wie im Althirn.

Die Heilungsphase ist eigentlich eine sehr erfreuliche Sache, kaum einer müßte daran sterben. Denn für die Komplikationen, die nur in wenigen Prozent der Krebsfälle zu erwarten sind, würden uns ja optimale intensivmedizinische Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Nur etwa 3% Mortalität hätte eine Krebserkrankung, wenn sie von klugen Ärzten und Schwestern nach den Kriterien der Neuen Medizin behandelt würde. Voraussetzung aber ist, daß der Hausarzt oder bei klinischer Behandlung das ärztliche Personal, die Verwandten und Freunde, die mit dem Patienten zu tun haben, das System der Neuen Medizin verstanden haben. Denn alles, was wir bisher für gut hielten (z.B. „stabilier Kreislauf = Sympathicotonie) ist jetzt schlecht, deutet evtl. auf Konfliktrezidiv oder neue Panik. Alles, was bisher als schlecht galt (z.B. „Kreislaufschwäche“ = Vagotonie = Heilungsphase) gilt jetzt als

⁸⁹ resorbieren = flüssige oder gelöste Stoffe über die Haut oder Schleimhaut aufnehmen

gut. Bisher wurde der Patient in der tiefsten Vagotonie kurz vor seiner endgültigen Genesung mit Morphium „eingeschlafert“, weil man stets bei tiefer Vagotonie den Fall für verloren gab.

Im Falle von Knochenkrebs ist dieser Zeitpunkt auch stets regelmäßig die Zeit der größten vermeintlichen Knochenschmerzen. In Wirklichkeit tut der Knochen, der in der Heilungsphase rekalzifiziert und stark oedematisiert wird, gar nicht weh. Schmerzen macht dem Patienten vielmehr die Aufdehnung des hochsensiblen Periosts⁹⁰, das durch das Knochenoedem aufgepumpt wird wie ein Ballon. Knochenhaut-Schmerzen sind das allerbeste Zeichen der Heilung des darunterliegenden Knochens. Diese Heilung kann man sehr gut durch Röntgen-Kontrollen des Knochens beobachten, nämlich an der fortschreitenden Rekalzifizierung (Wiederverkalkung) des Knochens, im Gehirn an der tiefdunklen Färbung des Marklagers des Großhirns, die mit zunehmender Rekalzifizierung wieder zurückgeht. Sie bedeutet Einlagerung von Hirnoedem und kann Kopfschmerzen machen und geht einher mit einer Leukämie, ein allerbestes Zeichen der Heilung (nicht etwa eine Krankheit!!).

Zwar gibt es viele mögliche Komplikationen, im Bereich der Psyche, im Bereich des Gehirns und im Bereich der Organe natürlich auch. Aber denkt immer daran: Nur 3% der Patienten schaffen es nicht, wenn man sie von Anfang an richtig behandelt und nicht erst dann, wenn unwissende Ärzte den halbtoten Patienten als „nicht mehr kurabel“ abgeschoben haben. Unter diesem Unverständ sterben heute mehr als 95% aller Patienten, die an Krebs erkrankt sind. Darunter gibt es viele Fälle mit alten inaktivierten Krebsen, die einmal vor 10 Jahren abgelaufen sind.

7.3 Die epileptische bzw. epileptoide Krise im Heilverlauf erklärt am Beispiel des Herzinfarkts

Jeder Einschuß von Oedem in der Heilungsphase hat seinen Höhepunkt oder Umschlagspunkt. Beim Koronar-Ulcus-Karzinom z.B. liegt dieser etwa 3 bis 6 Wochen nach der CL, der Lösung des Konflikts. Die epileptische oder epileptoide Krise bedeutet, daß das Oedem vom Organismus selbst gestoppt, gegenreguliert wird. Diese kurze Phase des Umschlagspunktes oder des Beginns der Gegenregulation nennen wir epileptische bzw. epileptoide Krise („epileptisch“ ist streng genommen nur der tonische⁹¹ oder klonische⁹²

⁹⁰ Periost = Knochenhaut

⁹¹ Tonus = Anspannungszustand eines Organs od. Organteils

Krampf beim motorischen Konflikt), beim Koronar-Ulcus-Krebs nennen wir es Herzinfarkt! Hat der Patient diese epileptische Krise überstanden und bleibt der conflictolytische Zustand stabil, d.h. ohne Panik und ohne Konfliktrezidiv, dann hat der Patient meist seine ganze „Erkrankung“ weitgehend überstanden. Das wußte man allerdings auch schon vor Hamer vom Herzinfarkt. Denn die allermeisten Todesfälle beim Herzinfarkt ereignen sich während dieser epileptoiden Krise.

Auf psychischer Ebene erlebt und erleidet der Patient seinen gesamten Konflikt im Zeitraffer nochmals in wenigen Minuten, Stunden oder Tagen. Das ist der Trick von Mutter Natur: Sie bremst die Vagotonie mit einem quasi natürlichen, psychophysischen Konfliktrezidiv starken Ausmaßes. Es ist wie ein gewaltiges Negativ-Wunder, daß wir viele tausend Jahre brauchten, um auf diesen einfachen aber genialen „Dreh“ von Mutter Natur zu kommen: Die epileptoide Krise ist eine gebündelte, zeitgeraffte Rekapitulation des gesamten Konfliktes!

Wie wenig man bisher über epileptische Krisen und auch das Wesen des Herzinfarktes wirklich weiß, geht daraus hervor, daß die einfältigen Kardiologen⁹³ bisher immer noch an das Märchen von den verstopften Koronargefäßen glauben, obgleich ich schon 1984 in der Wiener Herzinfarkt-Studie zweifelsfrei nachweisen konnte, daß der Herzinfarkt oder das, was wir eigentlich darunter verstehen, einzig eine Sache des Gehirns ist, genauer gesagt eines Hirnoedems periinsulär rechts. Seit 1984 steht es in meinem Buch „Krebs - Krankheit der Seele“: Der Herzstillstand röhrt nicht von einem Leistungsverfall innerhalb des Herzens, sondern vom Heilungsoedem im Relaiszentrum des Gehirns für den Herzrhythmus.

Die epileptische Krise, die mehr oder weniger ausgeprägt und dramatisch jede Heilungsphase nach einer Krebserkrankung bzw. deren konflikt-aktiver Phase kennzeichnet, entsteht immer auf der Basis eines Hirnoedems. Selbst der kleinste epileptische Anfall setzt ein Hirnoedem voraus. Am häufigsten kommen diese epileptischen Krisen (und Herzinfarkte) deshalb nachts am tiefsten Punkt der Vagotonie vor, nie in der Anspannung oder in einer Sympathicotonie, stets in der Abschlaffungs-, Ruhe- oder Erholungsphase. Daß der Herzinfarkt oder jeder epileptische Anfall gewöhnlich nachts kommt, wo z.B. das Herz doch optimale Ruhe hat, hat die Kardiologen noch niemals zum Nachdenken bewegen können.

⁹² klonisch = schüttelnd

⁹³ Kardiologie = Teilgebiet der Inneren Medizin, das sich mit den Erkrankungen und Veränderungen des Herzens sowie deren Behandlung befaßt

Wenn das Oedem bis in das motorische Zentrum des Gyrus⁹⁴ praecentralis hinaufreicht oder ein Angst-Konflikt dort seinen HH hat, kann die epileptische Krise zu kurzzeitigen Lähmungen der Extremitäten oder des Gesichts führen.

Die epileptische Krise hat immer typische cerebrale Begleitsymptome, die wir auch beim Herzinfarkt sehen: Zentralisation, Angstschnaufen, Atemnot, Brechreiz, Schwindel, Doppelsehen, Krämpfe, Kopfschmerzen, Unruhe, Panik, oft Absence⁹⁵, denn die Koronar-Intima ist ja sensibel und wird vom sensorischen Rindenzentrum versorgt. Corticale epileptische Krisen, das sind solche, die von einem HH in der Hirnrinde ausgehen, können sich auf die ganze Hirnrinde ausdehnen und tonisch-klonische Krämpfe bewirken, Zungenbiß, Schaum vor dem Mund durch Zungenschlägen etc.

Ihrem Wesen nach ist die epileptische Krise eine Schockeinstellung des Organismus, wobei versucht werden soll, das intra- und perifocale Oedem des Hamerschen Herdes auszupressen, weil das entsprechende Relaiszentrum an dem übermäßigen Oedem sonst schier erstickt, was bedeutet, daß die Funktion nicht gewährleistet ist. Dieses Oedem bewirkt den Herzstillstand, bzw. die Malfunktion des Herzrhythmus-Zentrums, wenn der Konflikt zu lange gedauert hat (über 9 Monate). Da die Kardiologen vom Gehirn nichts wissen wollen, geben sie praktisch jedem Herzinfarkt-Patienten Infusionen, so daß der Patient dann vollends im Hirnoedem ertrinkt.

Einen zentralen Schock, der durch Hirnoedem bedingt ist, also eine epileptische Krise darstellt, durch Volumenzugabe wie einen Volumenmangelschock beim Verbluten zu behandeln, ist sehr gefährlich! Die Natur hat in vielen Millionen Jahren den Schockzustand entwickelt und auch seine Therapie. Dabei soll allerdings wieder nicht verschwiegen werden, daß die epileptische Krise von der Natur offensichtlich auch als eine Art Auslesekriterium vorgesehen, bzw. konstruiert ist. Bei einer Konfliktdauer über 9 Monate, so hat unsere Wiener Herzinfarkt-Studie gezeigt, sinken die Chancen zu überleben nach heutigem Stand der Behandlung ganz erheblich. Dies wird sich erheblich reduzieren, wenn man die Behandlung schon im Vorfeld, also in den 3 bis 6 Wochen Vagotonie vor der epileptischen Krise bzw. Herzinfarkt ansetzen kann und mit Hilfe von Cortison und Kühlung des Kopfes das Hirnoedem abzubremsen vermag. Nach meiner Meinung kann man so die Sterblichkeit an Herzinfarkt ohne weiteres auf weniger als die Hälfte herabdrücken.

⁹⁴ Gyrus = Kreis, Windung, v.a. Hirnwindung

⁹⁵ Absence = sekundenlange Bewußtseinseintrübung

Vorsicht: Ich habe mehrere Fälle erlebt, wo bei der epileptischen Krise der Blutzucker fast auf Null abgesackt ist. Glucosezufuhr⁹⁶ ist deshalb immer richtig - mit möglichst wenig Flüssigkeit! Vorsicht: Wenn bei einer Schizophrenie, bei der ja zwei HHe in beiden verschiedenen Hemisphären gelegen sind, kann es, wenn beide hängenden Konflikte zugleich gelöst werden, bei der epileptischen Krise nochmals zu einem kurzfristigen, passageren⁹⁷ deliranten Zustand kommen.

7.4 Was heißt „biologische“ Lösung eines Konfliktes?

Laufend bekomme ich Angebote zur Zusammenarbeit von Psychologen, Hypnose-„Therapeuten“, NLP-Leuten oder Bioresonanz-Leuten, die ich alle nicht annehmen kann. Diese Leute, die zumeist klinisch völlig unerfahren sind, meinen, man könne mit „Hau-ruck-Methoden“ Konflikte lösen - Biologische Konflikte lösen.

Ganz abgesehen davon, daß ein Psychologe mit seiner inzwischen ja ebenfalls falsifizierten⁹⁸ Methode auch mal auf einen aktuellen Konflikt stößt und das Gespräch darüber mit dem Patienten für diesen eine Lösung bringen kann, ist das dann oftmals ein Konflikt, den man gerade nicht lösen darf - biologisch gesehen. Diese in der Neuen Medizin unbedarften Psycho-Leute wissen nicht einmal, was denn überhaupt ein Biologischer Konflikt und das zugehörige SBS überhaupt sind.

Auch die Hypnose-„Therapeuten“ können bisweilen einen Konflikt lösen, den auch sie biologisch gar nicht einzuordnen vermögen. Dazu hat die Tiefenhypnose den großen Nachteil, daß sie oft ein neues DHS setzt, von dem man nicht weiß, ob es anschließend wieder verschwindet, wie man immer hofft.

Beides kenne ich ja aus der Zeit, in der ich in der Psychiatrie gearbeitet habe, recht gut, beides ist durch seine Ignoranz gefährlich. NLP und Bioresonanz halte ich für die Lösung Biologischer Konflikte und Sinnvoller Biologischer Sonderprogramme gar für großen Unfug.

Alle Methoden gehen davon aus, daß die SBS schlecht sind, „bössartig“, alle (auch Biologischen) Konflikte gehören „wegtherapiert“.

⁹⁶ Glukose = syn. Traubenzucker

⁹⁷ passager = vorübergehend

⁹⁸ falsifizieren = lat. falsus: falsch irrig

Die Wirklichkeit bei der Lösung Biologischer Konflikte - wo sie denn gelöst werden dürfen - ist viel einfacher und - viel schwieriger!

Wir stecken so tief in dem Medizin-Irrtum der letzten 2000 Jahre, in denen die Medizin im Wesentlichen alttestamentarisch ausgerichtet war, daß sich die meisten nicht mit einem großen Ruck davon entfernen können. Eine Mutter fühlt den Biologischen Konflikt ihres Kindes, auch ohne alle „Methoden“, jede Tiermutter übrigens auch.

Diese Mütter finden instinktiv die Ursache, sie finden das richtige Mittel, den richtigen Zeitpunkt, die richtigen tröstenden oder ermahnenden Worte, sie machen normalerweise biologisch alles richtig - so einfach ist das!

Der intellektuelle Dummkopf, der das „mit Methode“ machen will, macht alles verkehrt. Er sollte am besten von allem die Finger davon lassen. Die Neue Medizin ist - im Gegensatz zu der 5000-Hypothesen-Glaubens-Medizin, die sich Staats- oder Schulmedizin nennt - eine exakte Naturwissenschaft ohne jede Hypothese. Sie weiß deshalb sicher sehr viel mehr als die alte Staatsmedizin. Trotzdem sind bei uns in der Neuen Medizin nickelbebrillte intellektuelle Fachidioten nicht gefragt. Es gibt weder eine Psychiatrie“, noch eine Cerebro-Iatrie oder eine Organo-Iatrie, sondern nur eine Iatrie.

Der Iatros in der Neuen Medizin muß zwar möglichst alles wissen, was man wissen kann, aber er muß in erster Linie ein warmherziger Freund der Patienten mit gesundem Menschenverstand sein, der dem „Chef Patient“ ein guter Ratgeber ist.

Einen solchen guten Ratgeber und einen guten Rat braucht der Patient auch bei der Lösung seines Biologischen Konfliktes, sofern dieser überhaupt - schon - noch oder nicht mehr gelöst werden darf!

Als Wichtigstes muß man sich immer sagen, daß ja das Sinnvolle Biologische Sonderprogramm eben etwas Sinnvolles ist, nichts „Bösartiges“, auch nicht beim Krebs und 95 bis 98% überleben, auch bei Krebs!

Bei diesen Überlebensraten ist Panik nicht mehr angesagt!

Die hohe Mortalität, die alle unsere armen Patienten so sehr in Panik versetzt hatte, rührte ja nur von dem Unwissen oder absichtlichen Nichtanwenden der Erkenntnisse der Neuen Medizin in der Schulmedizin.

Wenn wir ja in der Neuen Medizin, wie gesagt, wissen, daß alle Vorgänge, die wir früher „bösartig“ nannten, ihren Biologischen Sinn haben, auch die Konfliktlösung und das, was z.B. beim Selbstwerteinbruch-Konflikt danach

⁹⁹ Iatroi = Ärzte, Ärzteschaft

kommt, z.B. eine Leukämie, dann erschrickt der Patient nicht mehr davor, wenn es dann da ist - wie angekündigt.

Nehmen wir unser vielmals zitiertes Beispiel: Eine Mutter hat ein DHS erlitten, als das Kleinkind vor ihren Augen verunglückt ist. Nun liegt es im Krankenhaus - und bei ihr wächst ein Brustkrebs. Der Biologische Sinn wäre, daß sie durch diesen Brustkrebs mehr Milch für das Kind erzeugt, damit das Kind den Entwicklungsrückstand durch vermehrtes Milchangebot wieder ausgleichen kann.

Eine Lösung ist vorderhand noch gar nicht möglich, solange das Kind noch im Krankenhaus liegt. Selbst wenn das Kind aus dem Krankenhaus kommt (normalerweise Lösung des Konflikts) und noch längere Zeit Schäden von dem Unfall hat, ist eine Lösung des Biologischen Konflikts biologisch noch nicht sinnvoll. Das Kind benötigt ja noch das vermehrte Milchangebot. Das Biologische Programm läuft aber sogar dann ab, wenn die (Civilisations-) Mutter gar nicht mehr stillt. Wir müssen dieser Mutter deshalb die Zusammenhänge behutsam erklären auch die der spontanen Verkäsung des Brustkrebses, sofern sie Mykobakterien (Tbc) hat, was man normalerweise dadurch herausfinden kann, indem man die Patientin fragt, ob sie schon des öfteren Nachtschweiß-Phasen bei früheren Anlässen gehabt habe. Sie muß auch wissen, daß auch ein nicht abgebauter Tumor in der Brust bei Nichtvorhandensein von Mykobakterien (Tbc), also ein eingekapselter Tumor, etwas völlig Gefahrloses ist, eine zwar biologisch unnötige aber nicht im Geringsten lebensbedrohende Sache. Da solche Patienten nicht dümmer sind als wir selbst und es um ihren eigenen Körper geht, verstehen sie normalerweise sehr rasch, viel rascher als wir denken.

Ich möchte Euch 2 Fälle, die z.T. an anderer Stelle des Buches nochmals aufgeführt sind, in Kurzfassung beschreiben, nur um zu zeigen, daß die Biologische Lösung eines Konfliktes mit SBS auf allen 3 Ebenen eben nicht eine psychische ist, sondern eben eine biologische.

7.4.1 Fallbeispiel: Biologische Konfliktlösung durch interstitielles Hoden-Karzinom

Wie brav man rechnen muß in der Neuen Medizin, mag dieser Fall eines jungen Arztes zeigen, der zu nur kam, weil man ihm nach einer Exstirpation¹⁰⁰ des zu Gänseeiggröße angeschwollenen linken Hodens (Hodenzyste) im April '98, bei einer Bauch-CT-Kontrolle (am 27.10.98) gesagt hatte, nun

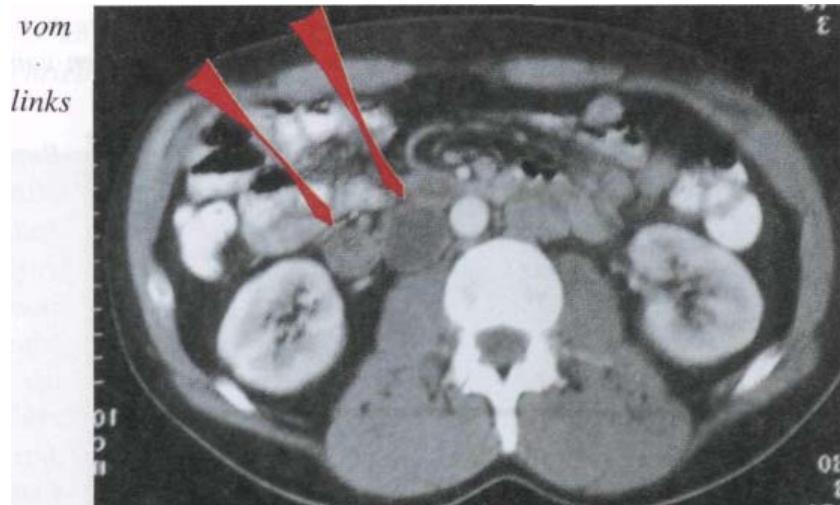
¹⁰⁰ Exstirpation = operative Entfernung eines Organs

seien die bösartigen Hodenzellen doch schon in den Bauch metastasiert. Nun (Juni '99) sei im Bauch alles voller Metastasen, es sei nichts mehr zu machen.

*Hodenzyste, April
'98*

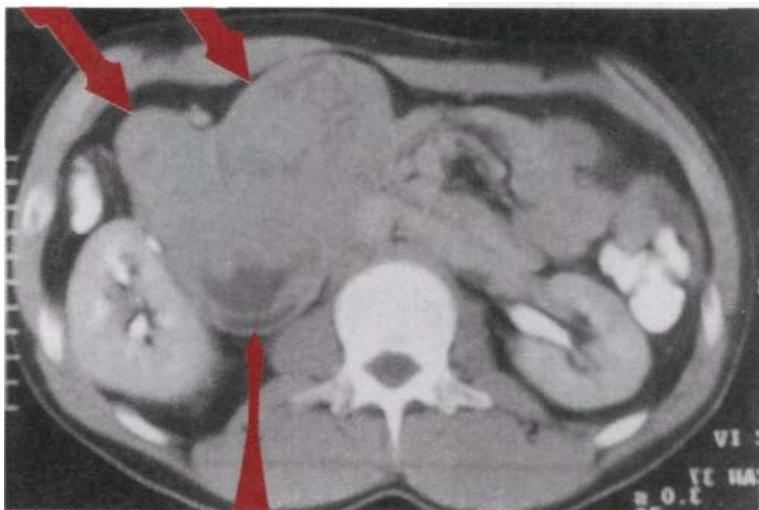


*Bauch-CT
27.10.98
Nierenzyste
(Pfeile)*



Der zugehörige Flüssigkeits-Konflikt war rasch aufgeklärt: Der Patient hatte im Mai '98 in der Notambulanz in einem primitiven ausländischen Krankenhaus, wo er arbeitete, ein 5jähriges ertrunkenes Mädchen reanimieren wollen. Wegen mangelhafter Ausrüstung des Krankenhauses, für die er sich aber z.T. selbst verantwortliche fühlte, war das Kind, genau im Alter seines eigenen Kindes, gestorben. Das ging ihm, wie er berichtete „durch Mark und Bein“. Er erlitt einen Flüssigkeits-Konflikt, den er aber ein halbes Jahr später lösen konnte. Die Nierenzyste, die zu diesem Zeitpunkt schon großteils induriert war, wurde erstmals im Oktober '98 entdeckt und als

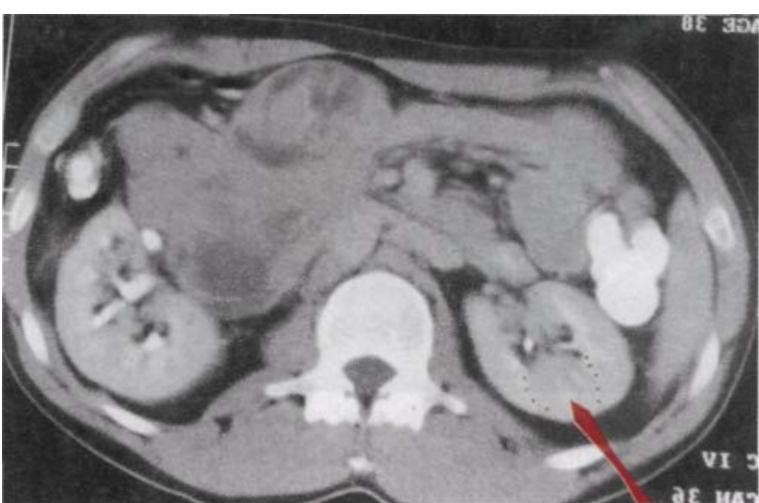
Lymphknoten fehlgedeutet, im Juni '99 dann als riesiges Metastasen-Konglomerat fehldiagnostiziert.



Bauch-CT vom 10.6.99

Man erkennt gut das große Nephroblastom (= indurierte Nierenzyste), siehe Pfeile.

scheint sich ein zusätzliches Nierenbecken auszubilden. Denn das Nephroblastom produziert ja Urin und scheidet ihn über die schon vorhandenen ableitenden Harnwege aus. Das Erstaunliche ist die Inhomogenität des Nephroblastoms. Die beiden oberen Pfeile zeigen die beiden anfänglichen Nephroblastom-Anteile, die man schon auf den Aufnahmen vom 27.10.98 sehen kann.



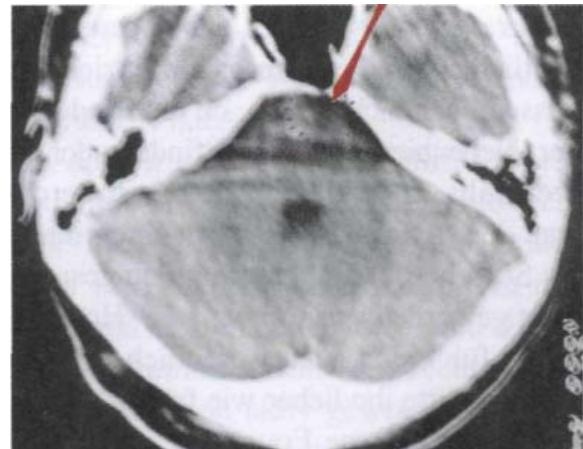
Bauch-CT vom 10.6.99

Später scheint ein großer Nephroblastom-Teil hinzugekommen zu sein, den wir früher nicht erklären konnten. Jetzt können wir das Phänomen erklären; Denn ein Blick auf den Stammhirn-Schnitt vom 10.6.99 zeigt uns einen in-

zwischen nachträglich in Lösung befindlichen HH für das Sammelrohr-Relais der rechten Niere. Das zugehörige Sammelrohr-Ca sehen wir auf obigem Bild (Pfeil). Dieses Flüchtlingskonflikt-SBS hat das Nephroblastom nachträglich wieder „aufgepumpt“. Den Flüchtlings-Konflikt erlitt er offenbar zusammen mit dem Verlust-Konflikt, als er seine Familie verlassen mußte, um nach Südamerika zu ziehen. Der Flüchtlings-Konflikt scheint auf dem nachfolgenden CT gelöst zu sein.

10.6.99

In pcl-Phase befindlicher HH des Sammelrohr-Relais der rechten Niere, das das in Induration begriffene Nephroblastom nachträglich nochmals „aufgepumpt“ hat (siehe Kapitel über Sammelrohr-Syndrom).



10.6.99

Der Pfeil zeigt den HH für das Nephroblastom der linken Niere. (Flüssigkeits-Konflikt, weil das ertrunkene Kind nicht reanimiert werden konnte, wofür sich der Doktor einen Teil der Schuld selbst zuschrieb).



9.6.98; HH im Relais des linken Hodens: mäßig großes, in Rückbildung befindliches Heilungsoedem.

Aber eine andere Sache war für uns beide, kaum daß der junge Doktor die Sache richtig zu verstehen begonnen hatte, viel wichtiger:

Wenn eine Hoden-Exstirpation in der Heilungsphase des SBS vorgenommen wird, wie es ja bei mir selbst auch gewesen ist, dann läuft das SBS trotzdem - also trotz Herausnahme des sog. „Erfolgsorgans“ zielgesteuert

weiter. Hypophyse und Nebennierenrinde springen ein und bewirken, daß deutlich mehr Testosteron produziert wird als vor Beginn des SBS. Wir wissen noch nicht genau, ob die Produktion des zusätzlichen Testosterons in der Nebennierenrinde stattfindet oder im verbliebenen sog. „Resthoden“. Jedenfalls ist und bleibt der Testosteron-Spiegel erhöht. So hatte die Ehefrau dieses linkshändigen Patienten ihm, der sich selbst für die frühere Zeit als Softi beschreibt, erst kürzlich gesagt, er sei seit einiger Zeit viel männlicher geworden, was er vor der Hoden-Exstirpation nicht gewesen sei. Er selbst fühlt sich auch wesentlich maskuliner. Seine Ehefrau fand das nicht gut, sie hätte ihn lieber wie früher gehabt. Fast die gleichen Worte hatte mir auch meine eigene Frau etwa ein Jahr nach dem Tod meines Sohnes Dirk, bzw. der Hoden-Exstirpation, gesagt.



10.6.99

Man sieht noch den Oedemsau. Aber offenbar hat der Verlust-Konflikt wieder Aktivität bekommen, weil der Patient vermeinte, nunmehr zum Sterben nach Südamerika zu fliegen und seine Eltern nun definitiv nie mehr wiederzusehen. Der dunkle Punkt in Richtung des Pfeils markiert das Zentrum. Die Schießscheiben sind innerhalb der Vernarbung nicht zu sehen.

Im rechten Revierbereich besteht jetzt „hängende Heilung“.

Der linke Revierbereich bleibt unverändert aktiv.

Auch der Verlust-Konflikt war rasch geklärt: Anfang 1998 verzog die Fa-

milie von Deutschland nach Südamerika, in die Heimat der Ehefrau. Der Patient hatte geglaubt, seine Eltern, insbesondere seine von ihm sehr verehrte Mutter, nicht mehr lebend wiederzusehen. Als er aber 3 Monate später nochmals nach Deutschland flog und der Exodus nach Südamerika doch nicht mehr so definitiv erschien, hatte er diesen Verlust-Konflikt einstweilen lösen können. Unmittelbar darauf begann der linke Hoden zu schwollen.

Links deshalb (bei ihm als Linkshänder die Partnerseite), weil er seine Mutter („eine sehr schöne, aber sehr strenge Frau“) stets überwiegend in etwas ödipaler Weise als Partnerin bewundert hat.

Aber nun ging es erst so richtig los, als wir zusammen sein Hirn-CT studierten (ein Hirn-CT mache ich stets zur Bedingung): Denn es ergab sich, daß er im rechten Revierbereich, wie man leicht sehen kann, ein großes Lösungsoedem hat. Er muß also einen Herzinfarkt erlitten haben. An den konnte er sich auch erinnern - 1998 mit Kammerarrhythmie und Herzschmerzen. Es war ein leichter Linksherzinfarkt, denn die rechte Seite konnte ja stets nur in schizophrener Konstellation aktiv gewesen sein. Der Konflikt war, daß seine Frau ihn vor 12 Jahren mit einem Liebhaber betrogen hatte. Seither hatte er auf der rechten Hirnseite periinsulär einen „hängend“ aktiven Konflikt.

Aber den 1. Konflikt muß ja der linkshändige Mann links-cerebral erleiden. Und den hat er schon, wie er genau weiß, im Alter von 4 Jahren erlitten: Revierangst-, Revier- und Revierärger-Konflikt - vor 34 Jahren.

Seine Eltern waren auf eine Party gegangen, glaubten, der damals 4jährige Patient und sein jüngerer Bruder würden schlafen. Die wachten aber auf und stellten in wilder Panik, im Glauben, die Eltern seien für immer verschwunden, die gesamte Wohnung auf den Kopf. Er erlitt einen heute noch aktiven Revier-Konflikt links cerebral. Seither, so weiß er, war er manisch-umtriebig, wurde dann mit 26 manisch-depressiv, als er den 2. Revier-Konflikt erlitt und seine Ehefrau in flagranti mit einem Liebhaber erwischte.

Für uns ging es nun um die Fragen:

1. War der rechts-cerebrale Revier-Konflikt durch Konfliktlösung gelöst worden oder „biologisch“ durch Testosteronspiegel-Erhöhung?
2. Der 2. Konflikt war ja ausschließlich in schizophrener Konstellation gewesen, hatte also keine Konfliktmasse gehabt. Den hatte der Patient gelöst und auch lösen dürfen, ohne Gefahr, am Linksherzinfarkt zu sterben. Die Frage war, ob, falls die „biologische Lösung“ stattgefunden hatte, auch der links-cerebrale Revier-Konflikt in Gefahr wäre, „zwangswise“ biologisch gelöst zu werden. Das war gefährlich, denn der links-cerebrale Revier-Konflikt (Linkshänder) war ja 22 Jahre „solo“ aktiv gewesen. Eine Lösung wäre mit größter Wahrscheinlichkeit mortal.

Ergebnis: Es scheint so zu sein, daß mit Testosteronspiegel-Erhöhungen ausschließlich rechts-cerebrale Revier-Konflikte zwangsläufig biologisch gelöst werden, wenn der Verlust-Konflikt genügend Masse hatte.

Der Patient lebt und es geht ihm gut. Da das „Erfolgsorgan“ (linker Hoden) ja amputiert war, konnte er die erneute Lösung des Verlustkonflikt-Rezidivs außer am Testosteron-Spiegel und dem erneut vermehrten Männlichkeitsgefühl nicht bemerken. Nun ist er nicht mehr manisch-depressiv, sondern nur noch manisch, was ja in unserer Gesellschaft oft mit „dynamisch“ fehlverstanden wird.

Hier ist die Sache gut ausgegangen, einzig, weil der Patient Linkshänder ist. Ein ähnlicher Fall bei einem rechtshändigen Mann endet nahezu fast zwangsläufig tragisch.

Das Pendant zu obigem Fall - auch wenn nicht in schizophrener Konstellation - ist eine 82jährige Patientin, die 50 Jahre lang nach einer Vergewaltigung durch die russische Soldateska im Krieg amenorrhoeisch war, d.h. die Periode war danach sofort weggeblieben, nicht mehr wiedergekehrt und die Patientin reagierte seither „männlich“.

Dieser sexuelle Konflikt - zum Gynäkologen ging die Dame nie - wurde nun nach 50 Jahren der Aktivität zwangsweise biologisch gelöst, als sich eine große Eierstocks-Zyste als Heilungsphase eines (häßlichen halbgenitalen) Verlust-Konfliktes bildete. Von dem Stadium ab, wo die Zyste induriert war und den Östrogen-Spiegel sehr stark ansteigen ließ, war die alte Dame wieder (3 Monate lang bis zu ihrem Tod) regelmäßig menstruiert und - wieder ganz und gar „weiblich“.

Die Familie und ich wußten Wochen vorher, daß die alte Dame mit größter Wahrscheinlichkeit diese Biologische Lösung des uralten Konfliktes nicht über die epileptoide Krise hinaus überleben würde. Diese epileptoide Krise kam, statt wie sonst üblich 3 bis 6 Wochen, erst nach 3 Monaten in Form eines Rechtsherzinfarktes mit Lungenembolie. Die Familie hatte schon vorher entschieden, daß die Mutter nicht in eine Intensivabteilung verlegt werden sollte, zumal die Chancen dort gleich Null gewesen wären, sondern daß sie einen würdigen Tod haben sollte. Sie ist still und friedlich eingeschlafen.

Die Sarah des alten Testaments, die Frau Abrahams, muß auch eine solche indurierte Eierstocks-Zyste gehabt haben, so daß sie wieder einen Eisprung bekam und schwanger werden konnte. Aber sie hatte eben keinen sexuellen Konflikt zusätzlich gehabt.

Ohne voraufgegangenen aktiven sexuellen Konflikt ist die Eierstocks-Zyste ja das Schönste, was einer Frau passieren kann: Sie sieht oft um 10 bis 20 Jahre jünger aus als sie ist. Dann sagen die Mitmenschen: „Oh, sie hat sich sehr jugendlich gehalten!“

Ihr versteht jetzt vielleicht, liebe Leser, warum ich nie von einer psychischen Konfliktlösung spreche, sondern von einer „biologischen“. Die sog. psychische Lösung eines Biologischen Konflikts (SBS) ist auch eine „biologische“.

Und jetzt versteht Ihr vielleicht auch, warum ein Iatros erst sehr viel wissen muß, bevor er es wagen darf, einem Patienten eine Lösung seines Konfliktes vorzuschlagen, die in den Händen eines Ignoranten leicht mortal enden kann.

Und ich habe da die vielleicht etwas veraltete, aber mit dem Gewissen stets gut zu vereinbarende Ansicht, daß man mit Patienten niemals etwas anderes machen sollte, als was man mit sich selbst und seinen nächsten Angehörigen auch machen würde. Und wenn die Onkologen-Chefärzte oder -Präsidenten sich selbst und ihre eigenen Angehörigen nach der Neuen Medizin therapieren zu lassen versuchen, um die 95 bis 98%ige Überlebensrate zu nutzen, anstatt sich durch die von ihnen propagierte Chemo mit 95 bis 98%iger Wahrscheinlichkeit umbringen zu lassen, dann kann kein redlicher Mensch mehr verstehen, wie diese Koryphäen der Staatsmedizin anschließend wieder Chemo propagieren für ihre armen „Fremdpatienten“.

Ein kleines Kuriosum: Als die Ehefrau den Patienten mit einem Liebhaber betrog, während er in Deutschland war und es erfuhr, flog der Patient umgehend zurück, ohne seine Frau zu verständigen. Er ertappte sie „in flagranti“, was ihm seinen rechts periinsulären 2. Revier-Konflikt 1987 einbrachte (jetzt in hängender Heilung wegen der vermehrten Testosterone).

Die Ehefrau erlitt einen Konflikt „Den Informations-Brocken (seine Rückreise) nicht erhalten zu haben“ (rechtes Mittelohr, Brockeneingang rechts). Da sie den Liebhaber in der Stadt öfters trifft, bleibt die chronische Mittelohrentzündung in hängender Heilung. Immer wenn der Patient mit seiner Frau schließt, ekelte ihn der Gestank (TBC) aus dem rechten Ohr seiner Frau. Der zugehörige Diabetes wurde glücklicherweise nicht diagnostiziert. Inzwischen ist der Konflikt gelöst (Bild unten).

Bild vom 9.6.99

Oberer Pfeil rechts bezeichnet den aktiven HH im Zucker-Zentrum, überwiegend einem (nicht diagnostizierten) Diabetes entsprechend, weniger (links paramedianer Anteil) einer Unterzuckerung. Sog. „labiler Diabetes“! Wäre der Patient Rechtshänder gewesen, hätte er eine überwiegende Unterzuckerung erlitten (links-cerebral).



8 Die epileptische Krise als normale Passage in der Heilungsphase

Jedes Sinnvolle Biologische Sonderprogramm (SBS) hat gewisse markante Punkte.

Dies sind:

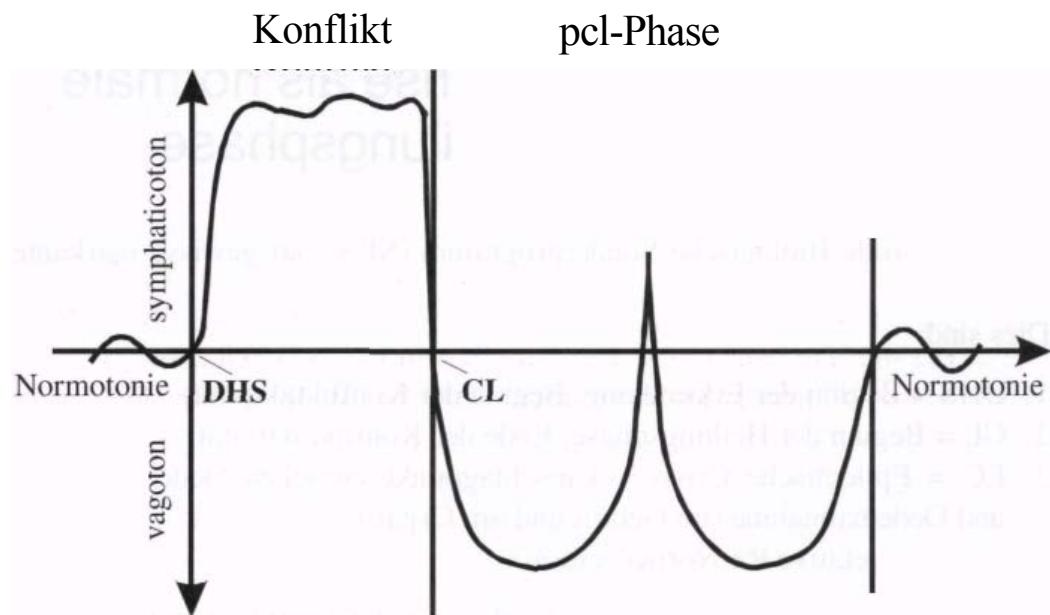
1. DHS = Beginn der Erkrankung, Beginn der Konfliktaktivität
2. CL = Beginn der Heilungsphase, Ende der Konfliktaktivität
3. EC = Epileptische Crisis = Umschlagpunkt zwischen Oedemzunahme und Oedemabnahme (im Gehirn und am Organ)
4. RN = Vegetative Re-Normalisation

In diesem Rahmen bewegt sich auch jeder sog. Krebserkrankungs-Verlauf. Das Schema gilt aber nur für den Fall, daß nur *ein* SBS vorliegt. Liegen mehrere *gleichzeitig* vor, dann gibt es eine Anzahl von Möglichkeiten: Sie können dem Verlauf nach

gleichphasig sein und
verschiedenphasig.

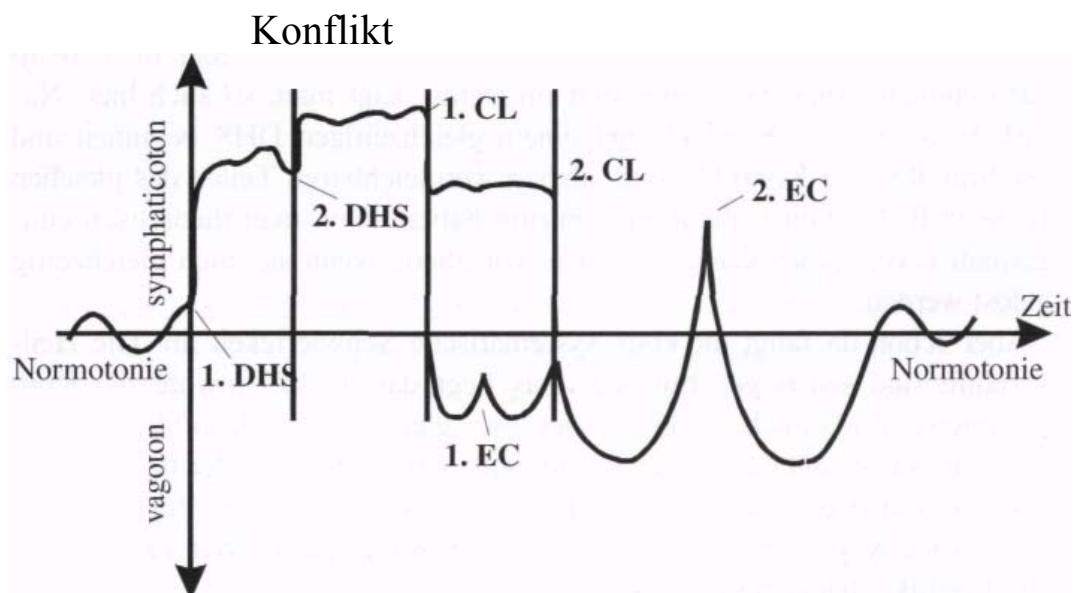
Die Sache ist, wie fast alles, was wir hier besprechen, wieder im *Prinzip ganz* einfach. Aber der Teufel sitzt im Detail, sagt man, so auch hier. Natürlich, wenn zwei Konflikte mit einem gleichzeitigen DHS beginnen und cerebral ähnliche Konflikte sind, also an vergleichbaren Teilen des gleichen Hirns (z.B. Großhirn) ihr Relaiszentrum haben, kann man theoretisch einigermaßen von gleichphasig sprechen, vor allem, wenn sie auch gleichzeitig gelöst werden.

Aber schon da fängt die erste systematische Schwierigkeit an: Die Heilverläufe sind selten gleichphasig. Das liegt daran, daß sowohl die Konfliktintensität als auch die Dauer bei zwei gleichzeitigen Konflikten natürlich keineswegs unbedingt gleich sein muß; z.B. kann einer der beiden Konflikte zwischenzeitlich stark abgemindert gewesen sein, es müssen auch nicht beide Konflikte zur gleichen Zeit in Lösung gehen. Wir sagen dann: Ein Konflikt „hängt noch“.



Dargestellt sind: Eutonie¹⁰¹, d.h. normaler Tag/Nacht-Rhythmus sowie das ideale Schema des Konfliktverlaufs einschließlich anschließender Heilungsphase, die nicht unterbrochen wird von Konfliktrezidiven und daher mit einer einzigen epileptoiden Krise bis zur Re-Normalisation ausheilen kann.

x-Achse = Zeit (t); y-Achse - Konfliktintensität



Das obige Schema zeigt 2 sog. Krebskrankungen (jetzt erkannt jeweils als Teil eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms) die verschiedenphasig ablaufen, sowohl was den Zeitpunkt des DHS betrifft, als auch den Zeitpunkt der CL und damit auch der epileptischen /epileptoiden Krise.

¹⁰¹ Eu- ... Wortteil mit der Bedeutung gut, normal

Weitere Schwierigkeiten ergeben sich notgedrungen, wenn der Beginn der Konflikte (DHS) zu verschiedenen Zeiten war. Dieser Fall ist der derzeit häufigste, daß nämlich der Patient bei der brutalen Diagnose- und Prognose-Eröffnung meist das Zweit-DHS erleidet und an seinem Zweitkrebs erkrankt.

Noch komplizierter wird die ganze Sache, wenn zwischendrin Conflictolyse erreicht werden, die aber von neuen Konfliktrezidiven abgelöst werden. Daneben kann durchaus ein zweiter Konflikt in Daueraktivität bleiben, wie es uns von den „hängenden Konflikten“ geläufig ist. In solchen Fällen hat der Patient nicht gesunde, warme Hände, sondern, da bei ihm Dauer-Sympathicotonie und Dauer-Vagotonie durcheinanderlaufen, ist der Patient „halb im Streß“! Dieser seltsame Zustand ist keineswegs im Endeffekt mit der Normotonie gleichzusetzen, sondern ein von der Qualität her völlig anderer Zustand.

Auf solche Dinge wird ja in unserer derzeitigen Medizin absolut nicht geachtet. Alles, was nicht normal ist, kann höchstens eine „vegetative Dystonie¹⁰²¹⁰³“ sein (zu Deutsch: „Kleine, du spinnst“).

All dies muß man erst einmal wissen und verstehen, um wiederum verstehen zu können, was eine „epileptische oder epileptoide Krise“ im Heilverlauf bedeutet und was sie dem Wesen nach überhaupt ist, wann sie eintritt und in welcher Form etc.

Streng genommen heißt nur die Krise bei motorischen Konflikten epileptische Krise. Sie macht auch die typischen epileptischen Anfälle. Der Einfachheit halber nennen wir im folgenden alle epileptischen und epileptoiden (= epilepsie-ähnlichen) Krisen: *Epileptische Krisen*.

Merke:

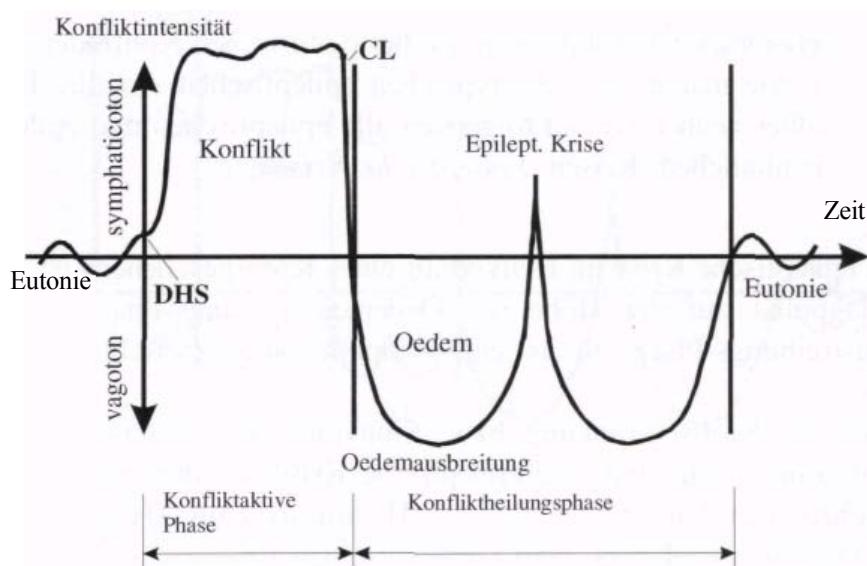
1. Die epileptische Krise im Heilverlauf eines Krebsgeschehens ist der Umschlagpunkt auf der Höhe der Oedemeinlagerungs-Phase zur Oedemaustreibungs-Phase. Sie ist eine sympathicogene Zwischenphase (Zakke!).
2. Jede sog. Krebserkrankung bzw. Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm der Natur, hat eine epileptische Krise auf dem Höhepunkt und gleichzeitigen Umschlagpunkt des Heilungsoedems (Hydrationsphase) zur Oedemaustreibungs- oder Dehydrationsphase.
3. Diese epileptischen Krisen verlaufen klinisch sehr unterschiedlich, je nach Lokalisation des Hamerschen Herdes im Gehirn.

¹⁰² Dys- = Wortteil mit der Bedeutung Miß-, Un-

¹⁰³ Dystonie = fehlerhafter Spannungszustand (Tonus) von Muskeln, Gefäßen oder vom vegetativen Nervensystem

4. Nur die corticalen motorischen epileptischen Krisen haben tonisch-klonische Krämpfe durch Beteiligung des motorischen Zentrums im Gyrus praecentralis, die anderen sog. epileptoiden Krisen des Kleinhirns, Stammhirns oder Zwischenhirns haben jede ein eigenes klinisches Bild typischer Prägung ohne tonisch-klonische Krämpfe („Die kalten Tage“).
5. Nach der epileptischen/ epileptoiden Krise schwächt das Heilungsödem wieder ab.
6. Auch jeder Zweit- oder Drittkrebs hat im Heilverlauf „seine“ epileptiforme Krise. Eine gleichzeitige Conflictolyse mehrerer Konflikte kann deshalb gefährlich werden - eventuell aber auch günstig sein, weil dann in mehreren Hirnteilen gleichzeitig eine Epilepsie oder ein epileptoider Vorgang abläuft oder eben hintereinander.
7. Die Epilepsie ist deshalb keine eigene, durchgehende Krankheit, sondern - auch bei häufigen epileptischen Anfällen - eine chronisch wiederkehrende „Heilverlaufs-Konstellation“!
8. Der Herzinfarkt ist, wenn die corticalen Teile der insularen Region betroffen sind, eine Art von Epilepsie!

Nachfolgend wollen wir, um die Sache nicht zu unübersichtlich zu machen, nur zwei Möglichkeiten der Konstellation herausgreifen: Zunächst den „normalen“ Fall:



Auf deutsch heißt dies:

Die Fläche, die die Verlaufskurve der Konfliktintensität in der konfliktaktiven Phase vom DHS bis zur Conflictolyse (CL) bildet, entspricht etwa der Fläche, die der Grad der Vagotonie, meßbar an der Stärke der Oedembildung, ebenfalls mit der x-Achse bildet. D.h.: Je mehr Konfliktintensität

da war und je länger die Konfliktzeit gedauert hat, desto stärker und desto länger bleibt das Oedem bestehen.

Wir können sagen: Die senkrechte oder y-Achse bedeutet die Intensität des Konfliktes, die waagerechte oder x-Achse stellt die Zeit dar.

Es ergibt sich: Das Integral, d.h. die Fläche jeweils zwischen der „Konfliktkurve“ und der x-Achse zwischen DHS und CL = dem Integral zwischen CL und RN (Re-Normalisation).

Also: Die Fläche des Konfliktes (nach oben) ist gleich der Fläche der Heilungsphase (nach unten).

Gehen wir davon aus, daß jedes Sinnvolle Biologische Sonderprogramm in seiner Heilungsphase auch „seine“ spezielle Art von epileptischer Krise hat, die natürlich abhängig ist von der Art des Konfliktes bzw. der Lokalisation des Hamerschen Herdes, dann ist es wichtig zu wissen:

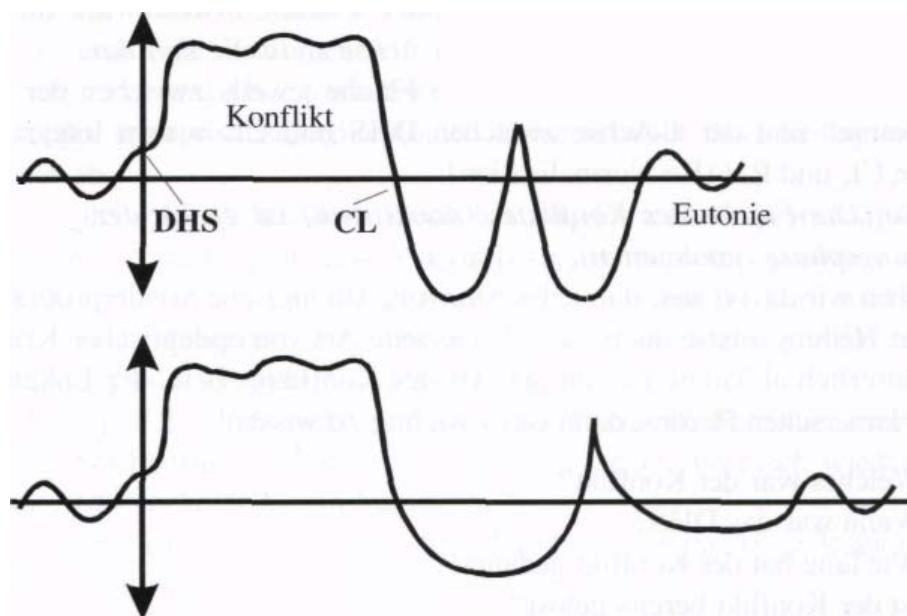
1. Welches war der Konflikt?
2. Wann war das DHS?
3. Wie lang hat der Konflikt gedauert?
4. Ist der Konflikt bereits gelöst?
5. Wann ist die epileptische Krise zu erwarten?
6. Wie stark ist die epileptische Krise zu erwarten?
7. In welcher Form wird sich die epileptische Krise auswirken?
8. Wie kann man dieser epileptischen Krise vorbeugen, bzw. sie evtl. abmildern oder sie sogar steigern?

Der Herzinfarkt ist eine sensorisch-epileptoide, gelegentlich zusätzlich auch motorisch-epileptische Krise, wobei der Hamersche Herd im Inselbereich des Großhirns rechts gelegen ist. Aus der Dauer und Intensität des Konfliktverlaufes kann man schon mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in den meisten Fällen 3 bis 6 Wochen vorher, nämlich zum Zeitpunkt der Conflictolyse, wissen, ob der Patient überleben oder sterben wird - bei Anwendung derzeitiger schulmedizinischer Methoden!

In unserer Wiener Herzinfarkt-Studie hat (in herkömmlich schulmedizinischer Behandlung) kein einziger Patient überlebt, der einen länger als 9 Monate dauernden Revier-Konflikt gehabt hatte, wobei allerdings „normale“ Konfliktaktivität Voraussetzung ist.

Bei geringer Konfliktaktivität könnte ein Patient - derzeitige sog. Therapie angewendet - auch nach einem Jahr Konfliktdauer noch überleben. Stets bekamen die Patienten 3 bis 6 Wochen nach der Conflictolyse ihre epileptische Krise, manchen habe ich diese Krise aus meiner Erfahrung fast auf den Tag genau voraussagen können.

So sieht der Verlauf bei der epileptischen Herzinfarkt-Krise schematisch aus:



Verhinderung einer lebensbedrohlichen EC, z.B. Herzinfarkt, durch Gabe sympathicotoner Medikamente (Cortison u.a.) mit Beginn der CL. Die pcl-Phase wird prolongiert, die u.U. schwere Krise in der Mitte der Heilungsphase wird dafür jedoch verlängert, um die Oedemaustreibung zu „schaffen“.

Für die Prophylaxe¹⁰⁴ der cerebralen Komplikationen, die ja im System und deshalb eigentlich auch völlig normal sind, ist es natürlich für den Patienten lebenswichtig, daß der Arzt weiß, welche Komplikationen er wann zu erwarten hat.

Hier soll uns vor allem die epileptische Krise interessieren, die nicht nur obligat ist für jeden Heilverlauf nach krebsaktiver Phase, sondern auch sehr gefährlich ist! Hatte der Patient mehrere Krebserkrankungen mit entsprechenden DHS-Schocks, dann hat auch jede dieser ca-Phasen nach Conflictolyse „ihre“ epileptische Krise. Oftmals ist diese Krise verschleiert.

¹⁰⁴

Prophylaxe = Vorbeugung

8.1 Möglichkeiten der Verschleierung der epileptischen Krise

1. *Gleichzeitigkeit verschiedener Phasen verschiedener Krebserkrankungen:*

Kommt es zu einer epileptischen Krise und besteht währenddessen noch Konfliktaktivität einer zweiten Krebserkrankung, so kann die Krise „verschleiert“ werden. Es tritt dann ein ähnlicher Effekt ein, wie bei Gabe von Cortison, Penicillin oder anderen Sympathicotonica.

2. *Lokalisation des Hamerschen Herdes als Kriterium für die Art der epileptischen Krise:*

Manche Formen der epileptischen Krise können wir gut erkennen, z.B. die epileptischen Krisen, bei denen der HH im Großhirn-Cortex gelegen ist. Meist reagiert dann der ganze Cortex mit, und die durch das motorische Zentrum des Gyrus praecentralis ausgelösten tonisch-klonischen Krämpfe sind kaum zu übersehen.

Wesentlich schwieriger aber wird es, wenn wir eine epileptische Krise nach einem Selbstwerteinbruch-Konflikt, Wasser-Konflikt oder Mutter-Kind-Konflikt feststellen wollen. Und doch haben auch diese Konflikte alle ihre spezifische Krise.

Wir müssen nur lernen, die Symptome dieser epileptiformen Krisen zu registrieren. Beim Selbstwerteinbruch-Konflikt besteht das erkennbare Symptom in einer Blässe der Haut mit kaltem Schweiß, die Stunden oder Tage andauern kann und oft als Herz-Kreislauf-Kollaps (in Wirklichkeit Zentralisation) fehlgedeutet wird. Der Blutdruck fällt wieder, wenn die Krise vorbei ist und die Gefäße sich nach der sog. Zentralisation wieder aufdehnen und füllen. Das gleiche Symptom kann aber auch ein kurzfristiges Selbstwert-Konfliktrezidiv auslösen, das mit Panik einhergeht. Die epileptische Krise bei einem Wasser-Konflikt kann zu einer Art von Nierenkolik¹⁰⁵ führen, bei der dann möglicherweise Nierensteine oder nur Nierengries ausgeschieden wird.

3. *Medikamentöse Verschleierung:*

Angesichts der ganzen Batterien von Medikamenten, die heute durchweg jeder Patient in einem Krankenhaus bisheriger Art erhält, weiß meist kein Doktor mehr, was, wann, wo und wie wirkt. Man hatte sich ja vollständig geirrt - *im Prinzip!* Denn fast alle Medikamente wirken ohnehin

¹⁰⁵ Kolik = krampfartige Leibscherzen infolge spastischer Kontraktion eines abdominalen Hohlorgans

praktisch nur auf das Gehirn. Man bildet sich aber ein, die Medikamente würden auf das Organ oder die Organe direkt einwirken, wie man das übrigens auch immer von den vermeintlichen sog. „Karzinogenen“ geglaubt hat, die es so gar nicht gibt. Wenn aber nun das Gehirn, auf das die Medikamente wirken, durch Hamersche Herde in geänderter Innervation¹⁰⁶ ist, erleben wir deshalb oft sog. „paradoxe Reaktionen“, die niemand verstehen konnte. Durch das völlig zufällige Mit- oder Gegen-einander der vielen Medikamente kann eine epileptische Krise vorge-täuscht oder eine wirkliche verschleiert werden.

Eine der häufigsten und tödlichsten „paradoxaen Reaktionen“ ist die „schnelle Tasse Kaffee“ nachts auf der Autobahn, wenn der Organismus in der pcl-Phase eines SBS ist. Die tiefe Vagotonie hat hier einen „Schlaf-Verhinderungsmechanismus“, damit das Beutetier nicht im Tief-schlaf überrascht wird. Setze ich diese Tief-Vagotonie in der pcl-Phase nachts durch Kaffee herab, kann der Organismus sofort einschlafen. Ich erreiche also eine sog. „paradoxe Reaktion“, schlafe unverzüglich am Steuer ein ..., mit all' den furchtbaren Folgen ...

Die epileptische Krise in der Heilungsphase, man sollte sogar sagen: Die obligate epileptische Krise in der Heilungsphase ist eins der wichtigsten und folgenschwersten Phänomene des ganzen Systems der Neuen Medizin. Die epileptische Krise ist die häufigste Todesursache in der Heilungsphase nach Lösung des Konfliktes. Sie ist als Todesursache noch weit häufiger als das Hirnoedem vor der epileptischen Krise, wo der Patient einfach am übermäßigen Hirndruck sterben kann.

Merke:

Die epileptische oder epileptoide Krise in der Heilungsphase nach Conflictolyse ist eine der häufigsten Todesursachen und Komplikationen der Heilung! Ihre vorbeugende Abschwächung ist von entscheidender Bedeutung! Besonders deutlich ist dies beim Herzinfarkt. Häufig heißt hier: bei den 2-5 % der Patienten, die in der Neuen Medizin nicht überleben. 95-98% unserer Patienten überleben.

8.2 Das Wesen der epileptischen Krise

Jeder fragt nach dieser langen Erörterung nun gespannt: „Ja, aber was ist denn nun die epileptische Krise ihrem Wesen nach?“

Ich möchte es so formulieren:

¹⁰⁶

Innervation = nervale Versorgung von Körperteilen und Organen

1. Die epileptische Krise ist der *Umschlagpunkt* in der Heilungsphase, der Beginn der Gegenregulation mithin
2. ein von Mutter Natur sinnvoll eingerichtetes Geschehen, das Oedem im Gehirn und Organ wieder „auszupressen“. Je stärker das gelingt, desto größer ist die Überlebenschance. Wir dürfen deshalb diese Krise nicht unterdrücken, sondern müssen sie ggf. noch mit sympathicotonen Medikamenten (z.B. Cortison) unterstützen.
3. Mutter Natur hat sich als „Handwerkszeug“ für die epileptische Krise einer Zeitraffung des gesamten Konfliktes bedient. D.h. der Patient empfindet während der sympathicotonen Krise nochmals im Zeitraffer (deshalb z.B. Herzschmerzen bei Herzinfarkt) seinen gesamten Konfliktverlauf. Je stärker er dieses „physiologische Konfliktrezidiv“ empfindet, desto größer ist auch seine Überlebenschance.

8.2.1 Fallbeispiel: D-Zug Paris - Köln, 06.10.1984, Abfahrt 7.37 Uhr

Auf dieser D-Zug-Fahrt von Paris nach Köln, die ich mit meinem Freund Graf D'Oncieu zusammen machte, ereignete sich folgendes: Auf dem Bahnsteig standen zwölf- bis dreizehnjährige junge Französinnen heulend im Abschiedsschmerz der ersten jungen Liebe ihren deutschen Freunden nachwinkend, die für sechs oder acht Wochen Gast in ihren Familien gewesen waren. Eine ganze Schulklassie von vierzehn- bis fünfzehnjährigen Oberschülern aus Hamburg war auf französische Familien aufgeteilt worden. Jetzt fuhren sie gemeinsam wieder zurück nach Hamburg.

Da die letzte Nacht für mich kurz gewesen war, schlief ich im Abteil ein und wurde um etwa 9.30 Uhr durch einen Rippenstoß von meinem Freund geweckt. Noch schlaftrunken hörte ich aus der Lautsprecheranlage den französischen Zugführer darum bitten, es möge sich, falls vorhanden, ein Arzt melden und sofort ins Abteil ... kommen. Wir liefen sofort beide los, fanden sechs Abteile weiter einen deutschen Jungen, der gerade einen Krampfanfall (Grand mal¹⁰⁷-Anfall) gehabt hatte und gerade aus seiner Bewußtlosigkeit erwachte. Normalerweise wird in solchen Fällen bei der nächsten Bahnstation per Funk ein Krankenwagen bereitgestellt, der den Patienten ins nächste Spezial-Krankenhaus bringt. Eine solche Anordnung erwartete man nun auch von mir.

Mir war aber durch das, was ich auf dem Bahnsteig gesehen hatte, die Situation bereits völlig klar. Mir fehlte nur noch zur Abrundung der Tren-

¹⁰⁷

Grand mal = generalisierter Anfall bei Epilepsie

nungs-Konflikt mit dem Gefühl der Isolation und der Konflikt, jemanden in der Umarmung nicht festhalten zu können. Ich setzte mich deshalb zu dem Jungen, der zwar noch zentralisiert war, aber schon wieder ausreichende Kreislaufverhältnisse hatte, und fragte ihn, seit wann er solche Anfälle habe. Er sagte: „Seit einem Jahr.“ Seither habe er zwei- oder dreimal einen solchen Anfall bekommen. Ich fragte ihn, was vor dem ersten Anfall gewesen sei. Er sagte: „Nichts.“ (Das stimmte ja und auch nein.) Dann fragte ich ihn, was denn das Allerschlimmste in seinem Leben gewesen sei, was er je erlebt habe. Er zuckte sofort bei dieser Frage, das bemerkte ich. Sein Schreck zeigte mir, daß ich auf der richtigen Spur war. Der Junge sagte: „Nichts.“ Denn die Lehrerin war dabei, und die Klassenkameraden standen an der Tür. Die Lehrerin merkte auch, als ich sagte, er denke genau an das Richtige, genau das meine ich. Sie ging diskret hinaus und schloß die Tür. Wir waren allein. Jetzt endlich brauchte der Junge keine Angst mehr zu haben, sich vor seinen Klassenkameraden zu blamieren (ein so großer 14jähriger Junge hat ja keine Angst zu haben ...).

Er erzählte mir, das, woran er sofort habe denken müssen, sei das bei weitem schlimmste Erlebnis in seinem Leben gewesen, „das mit dem Krankenwagen.“ Damals war er wegen einer hochfieberhaften Grippe in ein Krankenhaus eingewiesen worden. Und das Allerschlimmste sei die totale Isolation gewesen, die panische Angst, allein gelassen von allen, mit Blaulicht 20 km quer durch Hamburg, mit Kopfschmerzen und Grippe, voller Angst, was man in dem Krankenhaus, in das er offenbar gefahren wurde, mit ihm machen würden. Das war vor einem Jahr gewesen. Ein oder zwei Tage später, als sich die Welt schon wieder geordnet hatte, bekam er im Krankenhaus seinen ersten epileptischen Anfall. Solche Situationen der Angstpanik, des Alleingelassenseins, der Verlassenheit und Isolation hatten sich in etwas weniger dramatischer Weise noch zweimal wiederholt. Immer hatte er danach, wenn schon alles wieder behoben war, einen Krampfanfall bekommen.

Ich beruhigte den Jungen und erklärte ihm, der Abschiedsschmerz von der französischen Familie, in der er sich sehr wohl gefühlt hatte, insbesondere von seiner gleichaltrigen französischen Freundin, die er in dieser Familie kennen und auf seine vierzehnjährige spontane Art lieben gelernt hatte und die ich ja heulend auf dem Bahnsteig hatte stehen sehen, habe bei ihm kurzfristig und sehr heftig wieder dieses Gefühl des Verlassenseins und der Isolation hervorgerufen. Genau wie damals, als er allein im Krankenwagen mit heulenden Sirenen und Blaulicht fast eine Stunde in panischer Angst und menschlicher Isolation quer durch das große Hamburg gefahren wurde. Er sagte: „Ja, genau so ein Gefühl wie damals war es wieder.“ In dem Zug

aber hatte ihn schnell seine Klasse wieder in ihre Mitte genommen, seine Hamburger Welt hatte ihn wieder, der Konflikt war rasch gelöst.

Die französischen Zugführer kamen nun und fragten mich, ob der Junge nun abtransportiert werden müsse. Ich sagte: „Nein, es ist alles in Ordnung.“ Zu dem Jungen sagte ich, er solle jetzt in den Speisewagen gehen und Kaffee oder Tee trinken. Er sagte, er habe aber kein Geld mehr. Ich drückte ihm fünf Mark in die Hand, zwei Klassenkameradinnen hakten ihn unter und unter Triumphgeheul zog die ganze junge Bande ab ins Zugrestaurant. Sinn der Anordnung war, den übermäßigen Vagotonus abzubremsen, wodurch eine Wiederholung des Krampfanfalls sehr unwahrscheinlich wurde. Das Allerschlimmste, was dem Jungen hätte passieren können, wäre gewesen, daß er - unter den Augen seiner Klassenkameraden - wieder mit Blaulicht und Sirenengeheul im Krankenwagen, diesmal auch wieder allein aber in Frankreich, wieder eine Stunde bis zur nächsten neurologischen Klinik gefahren worden wäre, quasi eine exakte Wiederauflage seines so schlimmen Schockerlebnisses vor einem Jahr in Hamburg. Dann wäre er möglicherweise für sein Leben lag Epileptiker geworden, bzw. dadurch geblieben.

Ich erklärte der Lehrerin die Zusammenhänge und bat sie, sich des Jungen anzunehmen. Mit der Zeit, wenn er älter werde, werde er sicherlich weniger Verlassenheits-Angst haben. Das sei das ganze Geheimnis der „jugendlichen Epilepsie“. Außerdem gab ich ihr mein Buch zu lesen und meinte, wenn sie das Kapitel über Epilepsie gelesen und verstanden habe, würden ihr die Zusammenhänge auch einleuchtend sein. Dann würde sie das Geschehen verstehen können, das sich soeben hier im Zug abgespielt habe und das nur durch einen günstigen Zufall haarscharf an einer Katastrophe für den Jungen vorbeigegangen sei.

Sie sagte: „Wo gibt es heute noch Ärzte, die sich für die Seele und die Ängste eines Menschen interessieren und damit umzugehen wissen?“ Ich sagte: „Und wer schickt uns die miesesten Streberlinge, die charakterlich negative Auslese der Jugend, auf die Universitäten zum Medizinstudium, mit einer „l“ im Abi-Zeugnis wegen gelungener A...kriegerei bei allen Lehrern?“ Sie wurde nachdenklich: „Vielleicht haben Sie recht.“

8.2.2 Fallbeispiel: Der Ordonnanz-Offizier und der Kadett

Der Patient, von dem das nachfolgende Bild ist, hatte eine sog. Epilepsie, d.h. er bekam epileptische Krampfanfälle. Das Erstaunliche war, daß er diese Anfälle nahezu regelmäßig alle 4 Wochen bekam, und zwar seit Herbst '79. Niemand konnte sich einen Vers darauf machen. Sonst war er gesund, ein maskuliner Typ, klein und drahtig, früher Offizier.



Der Patient hatte einen Revier- und einen Revierärger-Konflikt mit Epilepsie, d.h. der Patient hatte einen Revier-Konflikt, der die motorische Hirnrinde einschloß. Er bekam jeden Monat ein Rezidiv, jeden Monat eine Lösung und nach dieser Conflictolyse jeweils seinen epileptischen Anfall.

1979 hatte der Patient einen neuen Chef bekommen. Der Patient war älter als der neue Chef, außerdem war er im Krieg Offizier gewesen, der Chef aber nur Kadett. Als der neue Chef kam, und beide durch die Tür gehen wollten,

sagte der Patient: „Bitte, die Jugend hat den Vortritt!“ Das war ein Affront, der neue Chef verstand, von da ab war Krieg zwischen dem ehemaligen Offizier und jetzigen Untergebenen und dem ehemaligen Kadetten und jetzigen Chef. Jeden Monat bekam der Patient vom Chef eine neue Arbeit zugeordnet, die er schriftlich auszuarbeiten hatte. Dann knisterte die Luft nur so vor Spannung. Immer glaubte der Patient - und wie sich später herausstellte nicht zu Unrecht -, daß der Chef nur die Gelegenheit suche, ihn einmal hereinzulegen. Das war jedesmal das Rezidiv-DHS. Von da ab war der Patient dann im Stress, in Sympathicotonie, besonders gegen Ende der Zeit, bevor er seine schriftliche Arbeit vortragen und mündlich begründen mußte. Den mündlichen Vortrag machte er stets brillant. Da war er wieder ganz der Ordonnanz-Offizier, der Chef wieder der Kadett, wenn der Patient seinen Vortrag zelebrierte und die Einwände des Chefs, des Kadetten, locker ad absurdum führte.

In der Nacht darauf bekam er regelmäßig einen kleinen Herzinfarkt, eine Magen-Ulcus-Epilepsie und seinen epileptischen Anfall. Und seltsamerweise bekam er ihn im Urlaub nie!

Ich verriet ihm den Namen „Rumpelstilzchen“, d.h. die Zusammenhänge zwischen seinen immer wiederkehrenden Revierkonflikt-Rezidiven und seiner regelmäßigen vierwöchigen Epilepsie. Zufälligerweise wurde er kurz darauf pensioniert. Er ging **zu** seinem Chef und verabschiedete sich. Da sagte der Chef: „Auf Wiedersehen, Herr Ordonnanz-Offizier!“ Der Patient antwortete: „Auf Wiedersehen, Herr Kadett!“ Er bekam darauf noch einen ganz großen, gleichsam abschließenden epileptischen Anfall, dann nie mehr einen, denn von da ab blieb der Chef für immer der Kadett!

Der Pfeil zeigt auf den kleinen, mit Oedem gefüllten Hamerschen Herd cortical rechts im „Reviergebiet“ insular. So sieht eine typische, man könnte sagen: „Revierkonflikt-Epilepsie“ aus. Jeden Monat nach der Conflictolyse findet man diesen oedematisierten HH so vor, dagegen ist während der konflikt-aktiven Phase das Oedem verschwunden. So verlaufen im Grunde alle Epilepsien. In Wirklichkeit hat der Patient jedesmal ein Revierkonflikt-Rezidiv und ein motorisches Konfliktrezidiv, dessen HH hier auf dieser Schicht nicht erfaßt ist.

8.2.3 Fallbeispiel: Epilepsie seit dem 8. Lebensjahr

Diese inzwischen 26 Jahre alte Frau hat seit dem 8. Lebensjahr epileptische Anfälle nach einem schrecklichen Angsterlebnis. Seither hat sie bei ähnlichen Erlebnissen immer panische Angst, träumt auch wohl davon. Wenn alles wieder in Ordnung ist, bekommt sie ihren epileptischen Anfall.

Der Vater starb vor einem Jahr an Leukämie. Damals wollte die junge Frau Selbstmord begehen. Da auch das frühere Angsterlebnis mit dem Vater zu tun hatte und der Vater immer ihr großes Vorbild war, sind die Angsterlebnisse und Träume jetzt noch schlimmer als zuvor.

Auf dem Hirn-CT sehen wir einen corticalen Hamerschen Herd links frontal. Er hat deutlich Oedem, scheint im übrigen aber schon recht vernarbt zu sein. Man kann davon ausgehen, daß es seit dem 8. Lebensjahr, als sie zum ersten Mal einen epileptischen Anfall bekam, immer der gleiche Hamersche Herd gewesen ist.

Den linken HH kann man nicht übersehen durch das ihn umgebende Oedem. Den nehmen mir die Leser auch ab. In den ersten Ausgaben meiner Bücher, bei denen ich auch schon gesehen hatte, „daß da noch was war“, trauten ich mich oftmals nicht, solche kreisförmigen Gebilde-



de zu beschreiben, da die meisten Ärzte sowieso, aber auch wohlmeinende Leser dann wohl oft sagten: „Hätten Sie es doch bei dem einen Herd belassen, der ist doch klar. Aber so haben Sie wieder alles durcheinander gebracht.“

Nun, heute sehe ich solche Bilder als besonders interessant an. In Wirklichkeit haben wir nämlich noch einen zweiten HH auf der rechten Hirnseite, entsprechend der linken Körperseite oder auch Mutter/Kind-Seite, gelegentlich auch Kind/Vater-Seite. Wenn Ihr genau hinschaut, dann seht Ihr zwar die durch die Pfeile markierte runde Schießscheiben-Konfiguration, aber innen könnt Ihr eine weitere Rundformation ohne Oedem erkennen. Es ist dies ein geradezu atemberaubendes Phänomen: Eine große Schießscheiben-Konfiguration (Zentrum durch kleine Pfeile markiert), wie wir sie hier in konflikt-aktiver Phase sehen, kann quasi „elektromagnetisch „homogen“ sein, dann sind die Kreise ziemlich gleichmäßig rund. Sie kann aber auch inhomogen sein und aus einer Reihe von Rundformationen mit oder ohne Oedem bestehen. In diesem Fall sind alle HHe innerhalb der großen kreisförmigen Schießscheiben-Konfiguration alle in Konfliktaktivität. Jeder einzelne davon kann aber auch - je nach spezieller und spezifischer Konfliktlage oder -verlauf, - auch gesondert für sich in Lösung gehen.

Hier in diesem Fall haben wir einen (nach links herüberreichenden Angst-Ekel-Konflikt (Unterzuckerung), motorische Konflikte beider Beine, Konflikt des „Sich-Sträubens“, Selbstwerteinbruch-Konflikt im Kind/Vater-Verhältnis, sowie sensorischer Konflikt Kind/Vater. Je besser unsere Apparate werden, desto besser können wir Einzelheiten erkennen und differenzieren.

Wie gesagt, auf der rechten Gehirnseite sind alle HHe in Konfliktaktivität, nach meiner Meinung schon seit 18 Jahren. Das Mädchen kam damals quasi mit einem einzigen Konflikt, der allerdings mehrere Aspekte hatte, in die schizophrene Konstellation. Zu vermuten ist, daß die Patientin nicht lange in dieser schizophrenen Konstellation gewesen ist, aber immer wieder hineinkam durch Konfliktrezidive.

Das ist folgendermaßen zu verstehen: Solange links auch Konfliktaktivität ist, besteht ganz klar schizophrene Konstellation. Löst sich der Konflikt links wieder, weil ein Aspekt, nämlich die Schreckangst, nicht länger andauert, dann ist die schizophrene Konstellation aufgehoben. Sie kommt aber noch einmal zurück, und zwar für die Dauer der epileptischen Krise, sprich des epileptischen Anfalls. Das war der Grund, warum wir früher die sog. Epilepsie unter die „Geistes- und Gemütskrankheiten“ gerechnet haben. Ein Teil der Patienten hat nicht nur gekrampft, sondern war um den Anfall herum „verrückt“. Eben solche, wie hier beschrieben.

Die schizophrene Konstellation mit einem einzigen Konfliktgeschehen mit mehreren Aspekten kommt durch folgende Besonderheit zustande:

Linkes Gehirn: Für den Schreckangst-Konflikt und den Angst-Ekel-Konflikt ist die linke Hirnseite zuständig, denn auch eine junge Rechtshänderin ist gewöhnlich schon eine „kleine Frau“.

Rechtes Gehirn: Wenn der Konflikt um die Mutter, oder in manchen Fällen auch um den Vater, geht, reagiert das Kind, von der Embryonalzeit bis zum Tod,

auf der linken Körperseite, wie ja der rechtshändige Vater bei seinem Kind auch entsprechend auf der linken Körperseite reagieren würde.

Analoges würde z.B. passieren und passiert auch, wenn einem Mann die heißgeliebte Partnerin „aus dem Revier und aus dem rechten Partnerarm“ läuft. Revierkonflikt-HH rechts, motorischer und sensorischer Konflikt für rechte „Partnerseite“ des Körpers im Gehirn: Links. Dann ist der rechtshändige Mann augenblicklich in schizophrener Konstellation, d.h. „er dreht durch“. Er muß aber nicht immer in dieser doppelten Art empfinden.

8.2.4 Fallbeispiel: Liebesabenteuer auf Türkisch: Die Geliebte

Diesen und den nächsten Fall könnte man überschreiben mit „Liebesabenteuer auf türkisch“. Dieser Scanner mit dem typischen Angst-im-Nacken-Konflikt-Herd gehört einer linkshändigen türkischen Ehefrau, die ein intimes Verhältnis mit dem Vetter ihres Mannes hatte. Was ihr passieren würde, wenn das herauskommen würde, war ihr klar. Und deshalb ging sie immer zitternd vor Angst, sich ständig umdrehend, ob auch niemand ihr gefolgt sei, zu den Stelldicheins. Entweder kurz nach dem Stelldichein oder spätestens am nächsten Tag bekam sie einen epileptischen Anfall.

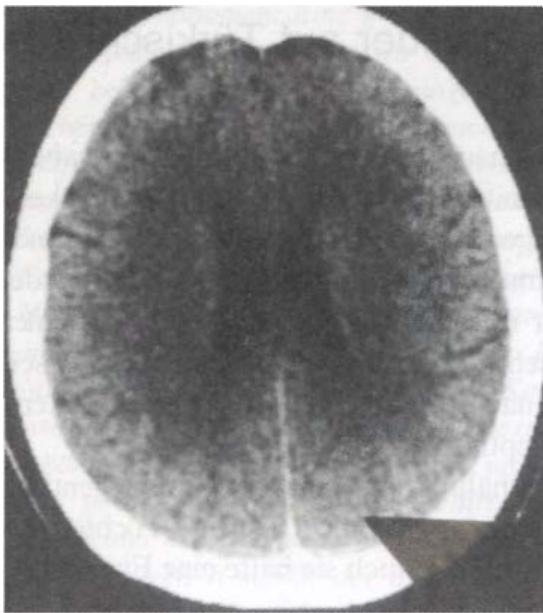
Nur eine Person wußte von dem Verhältnis und mußte wohl gelegentlich sogar den „Postillon d' amour“ spielen, das war die 16jährige Tochter des Liebhabers. Von ihr stammt das nächste Bild, auch sie hatte eine Epilepsie.

Der rechte Pfeil bezeichnet den HH des Angst-im-Nacken-Konfliktes für linken Glaskörper (Angst vor Ehemann), der linke Pfeil bezeichnet den weiblichen Reviermarkierungskonflikt-HH der dem rechten Nierenbecken zugehört und ein Nierenbecken-Ulcus macht. Rechts markiert der Identitäts-Konflikt (wegen Linkshändigkeit rechts), dadurch schizophrene Konstellation.



Weiter unten das Bild der Tochter des Vetters ihres Mannes. Sie wußte über das Verhältnis und hatte eine panische Angst (im Nacken), daß ihr Vater eines Nachts bei den Schäferstündchen ermordet werden würde durch den wütenden Ehemann der Türkin.

Jedesmal, wenn der Vater weg war, lag das Mädchen zitternd am ganzen Körper und lauschend im Bett und war erst wieder erlöst, wenn der Vater heimkehrte. Stets bekam sie in der gleichen Nacht eine epileptische Krise oder hatte am nächsten Tag Absencen.



Der Pfeil zeigt auf den Angst-im-Nacken-Konflikt-HH rechts. Sowohl die Türkin als auch die Tochter ihres Liebhabers hatten Sehprobleme mit dem linken Auge (Glaskörper).

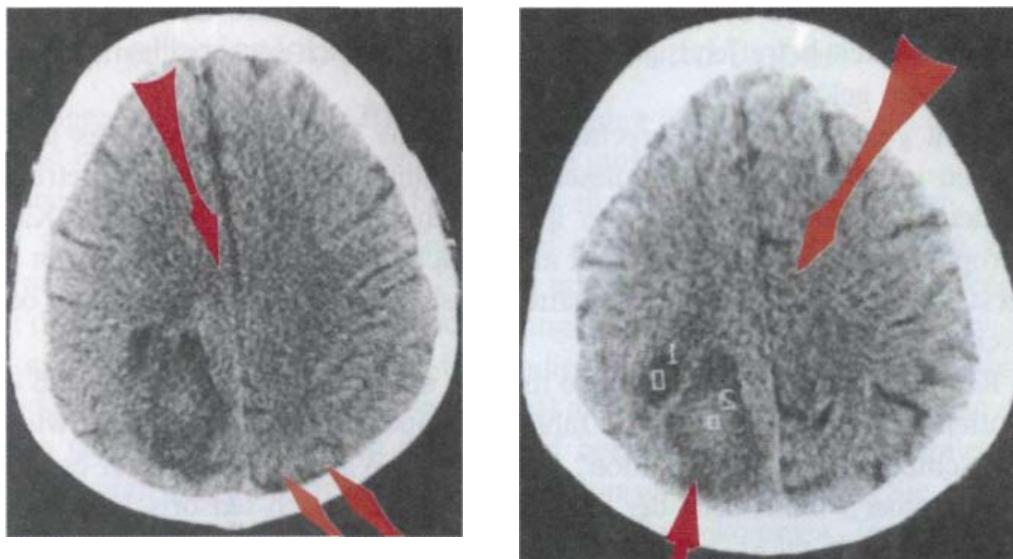
Die motorischen Herde im Gyrus praecentralis, die bei beiden die Epilepsie auslösten, sind auf diesen Schnitten nicht zu sehen. Sie wären auf weit höheren Schnitten gelegen. Beide Frauen haben aber an der gleichen Stelle ihren HH für den Angst-im-Nacken-Konflikt. Die junge Türkin (Rechtshänderin) empfand für ihren Vater (= Eltern, nicht Partner!) Angst-im-Nacken vor dem Ehemann der Geliebten.

8.2.5 Fallbeispiel: Katastrophe pur

Die folgenden Bilder stammen von einem Gastarbeiter, der verheiratet ist und seit 18 Jahren in Deutschland lebt. Vor 15 Jahren verliebte er sich in ein 16jähriges Mädchen aus seiner Heimatstadt, das damals auch in Deutschland lebte, in der gleichen Stadt wie er. Sie wurde schwanger. Eines Tages kam die Nachbarin zu dem Patienten und berichtete, das 16jährige Mädchen sei bei der Geburt in Italien gestorben. Der Patient erlitt ein DHS, fiel buchstäblich um und zitterte am ganzen Leibe. Später erzählte es ihm auch seine Frau. Es war für ihn wie Stiche mit glühenden Nadeln.

15 Jahre später schrieb ihm eine Frau aus seinem Heimatort, sie möchte ihn gerne sprechen. Da erlitt er ein erneutes DHS-Rezidiv, denn er dachte natürlich nichts anderes, als daß sie mit ihm die damalige Sache besprechen wolle und daß sie damals von dem Mädchen ins Vertrauen gezogen worden sei. Wieder zitterte er am ganzen Leib, als er den Brief gelesen hatte.

Er traf dann diese Frau auch und es stellte sich heraus, daß ihr Besuch gar nichts mit der damaligen Affäre zu tun hatte. Einen Tag später bekam er seinen ersten epileptischen Anfall, den er seither noch öfter bekommen hat, denn er träumt noch des öfteren, man wolle ihn kontaktieren wegen der damaligen Sache.



Und so sieht so etwas dann im Gehirn aus. Der Patient hat einen frischen Angst-HH links parieto-occipital¹⁰⁸, der ein ausgedehntes perifocales Oedem macht und, wie auf dem rechten Bild zu sehen, in den Top (Top = höchster Punkt des Gehirns) der Hirnrinde reicht. Dieser HH ist ganz offensichtlich der Grund für eine sensorische epileptoide Absence. Aber dieser optisch zusammenhängende große Oedemherd von links hinten nach links oben besteht in Wahrheit funktional aus unabhängigen Hamerschen Herden, die, weil sie zufällig neben- oder untereinander gelegen sind, wie ein einziger zusammenhängender Herd aussehen. Daneben gibt es nämlich in diesem höchst bemerkenswerten Hirn-CT gleichzeitig noch einen halb gelösten Angst-vor-dem-Räuber und Angst-im-Nacken-Konflikte (rechte Sehrinde, Pfeile rechts unten), sowie noch aktive, also noch nicht gelöste, HHe mit scharfen Schießscheibenringen (Pfeil Bildmitte rechts, betreffend Kind, Alimenten-Angst?) und einen mit ebenfalls noch sichtbaren scharfrändigen Schießscheibenringen (paramedian links, Pfeil von links oben).

Am Fall dieses rechtshändigen jungen Mannes kann man eine richtige Lebens-Konfliktgeschichte nachvollziehen. Außer den beiden Angst-im-Nacken-Konflikten (rechts und links occipital), die halb gelöst sind, sind da noch die links-cerebralen Herde für die rechte Körperhälfte, also die Partne-

¹⁰⁸ parietal = seitlich, wandständig, zum Scheitelbein gehörig

rin oder Freundin betreffend. Es mag uns verwundern: Der Tod der schwangeren Freundin war ein großer Teil des ersten DHS - war aber auch, biologisch gesehen, die Lösung des Konfliktes. Beim Rezidiv ist alles nochmals hochgekommen. Dieser Konflikt oder Teilkonflikt des Ganzen mit motorisch-sensorischem Konflikt, sexuellem Selbstwerteinbruch-Konflikt, das rechte Becken betreffend, einem Thalamus-Konflikt, das Zentrum der Persönlichkeit betreffend, ist, bis auf den motorisch-sensorischen Konflikt, im Prinzip gelöst.

Nicht gelöst ist der HH rechts cerebral, das Kind betreffend, das ja am Leben geblieben war. Von diesem Kind fühlte er sich einerseits getrennt, andererseits wollte er auch von ihm getrennt bleiben. Es wäre eine Katastrophe gewesen, wenn das Kind aufgetaucht wäre und Forderungen an ihn gestellt hätte, d.h. ihn ruiniert hätte. Diese Angst bleibt ständig ganz oder weitgehend aktiv!

Rekonstruieren wir das alles, so müssen wir auch noch feststellen, daß der Patient sowohl damals vor 15 Jahren, als auch jetzt vorübergehend wieder in „schizophrener Konstellation“ gewesen ist. Wahrscheinlich ist er es heute noch immer wieder, denn der links-cerebrale motorisch-sensorische Konflikt ist ja nur halb gelöst, hat aber gleichzeitig außen noch scharfe Schießscheiben, in der Mitte etwas Oedem. Man kann fast sagen: Der ganze Mann war damals und auch jetzt nochmals eine einzige riesengroße panische Angst!

Fragen wir uns jetzt, woher der Patient seine epileptischen (motorischen) Anfälle bekommt, dann können wir klar sagen, daß der einzige motorische Bereich, der rezidivierend immer wieder in Lösung geht, wenn er daran erinnert wird und der Oedem hat als Zeichen, daß er auch immer vorher wieder Aktivität gehabt hat, der links-cerebrale ist (seine Geliebte betreffend). Der Herd auf der rechten Hirnseite ist ja kontinuierlich aktiv, verursacht eine kontinuierliche Teillähmung des linken Arms und des linken Beins, denn es kommt ja sein Kind betreffend nicht zu einer Lösung, jedenfalls bisher nicht.

Eine Therapie oder Autotherapie, die wir dem Patienten anraten könnten, ist gar nicht so leicht zu bestimmen. Die Symptome der epileptischen Anfälle, die wir normalerweise immer gerne „symptomatisch therapieren“ möchten, sprich zum Verschwinden bringen möchten, verschwinden auf zweierlei Arten, vom Prinzip her gesehen: Entweder wenn er definitiv nicht mehr an seine Freundin denkt oder wenn er immer an sie denkt, ohne nochmals eine Lösung des Konfliktes zu erreichen. Im letzteren Fall wäre er dann dafür in dauernder schizophrener Konstellation.

Würde er, theoretisch, seinen Konflikt hinsichtlich seines Kindes lösen, dann würde er eine weitere Epilepsie bekommen ...

Ihr seht, was vom Prinzip her so einfach ist, ist in der Praxis oftmals sehr schwierig - vor allem, wenn man nicht vorher abschätzen kann, was dann alles noch zusätzlich passieren könnte, je nachdem, wie sich der Patient verhält und wie er denkt, fühlt, träumt, hofft, wünscht, fürchtet etc. ...

8.2.6 Fallbeispiel: Kampf auf Tod und Leben

Im folgenden sehen wir die Bilder eines 16 Jahre alten rechtshändigen Mädchens, das in einem Ferienlager mit anderen jungen Mädchen war.

Eines Abends hatte sie einen Kampf mit einem algerischen Mädchen, von der sie annahm, daß die ein Messer bei sich habe. Sie waren allein am Strand und es war ein Kampf auf Leben und Tod. Der Kampf wurde beendet durch beiderseitige völlige Erschöpfung. Aber während der nächsten vier Wochen des Ferienlagers hatte sie ständig Angst, daß ihr das heißblütige Mädchen auflauern würde und sie diesmal nicht mit dem Leben davonkäme.

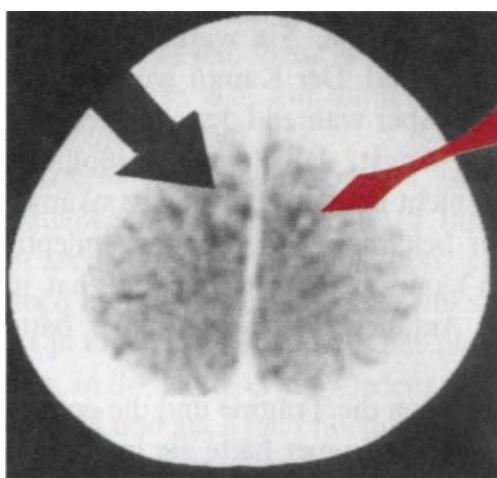
Am nächsten Morgen nach dem Kampf bekam sie ihren ersten epileptischen Anfall mit Zungenbiß und tonisch-klonischen Krämpfen. Sie hat in dem Ferienlager noch einige epileptische Anfälle bekommen. Immer hatte sie vorher von „Krieg“ geträumt.

Auch als das Ferienlager zu Ende war, blieben die Träume und die epileptischen Anfälle. Immer träumte sie von „Krieg“. Immer hatte sie im Traum panische Angst. Das Ganze dauerte 2 Jahre, bis dahin konnte sie auf dem rechten Auge immer schlechter sehen. Dann fand sie zu meinen Freunden nach Chambéry. Die wußten natürlich sofort, was los war und sprachen mit ihr. Und zum ersten Mal getraute sie sich, über den furchtbaren nächtlichen Kampf zu sprechen, ihre Ängste im Traum, ihre Todesangst, ihre Angst im Nacken, die sie jedesmal im Traum wieder spürte, wenn sie glaubte, das Mädchen lauere ihr auf. Sie konnte - es war inzwischen 2 Jahre her - auch von dem Ereignis sprechen, daß sie sich seither verändert fühlte, ohne daß sie ausdrücken konnte, wie, einfach „nicht mehr normal“.

Es kam zur völligen Lösung der Angst-Konflikte. Auch der motorische beiderseitige Parazentralkonflikt, der auf unseren Bildern noch nicht voll in Lösung ist, sondern gerade eben nur ein wenig Oedem zeigt, ist inzwischen in Lösung gegangen. Das Mädchen, das in „schizophrener Konstellation“ gewesen war (siehe auch Kap. über Psychosen), ist inzwischen wieder völlig normalisiert, die Albträume sind verschwunden, die epileptischen Anfälle sind ausgeblieben. Das Mädchen ist wieder gesund. Das Besondere war gewesen, daß das Mädchen nie mit jemand anderem über ihre Ängste hatte sprechen können, weil sie sich genierte. Trotzdem hätte sie nichts sehnlicher

gewünscht, als daß sie mit einem Menschen darüber hätte reden können. Deshalb sprudelte es nur so aus ihr heraus, als sie nun Menschen fand, die gezielt darüber mit ihr sprechen wollten. Sie war so dankbar, glücklich und erleichtert!

Auf dem ersten Bild sehen wir in der obersten Schicht des Hirn-CTs, also in der Hirnrinde unter dem Schäeldach zwei Hamersche Herde, von denen der rechte zu einem Thalamuskern-Angstkonflikt gehört und praktisch von der Cortex bis zum rechten Thalamus durchgeht. Der linke paramediane HH scheint cortical geblieben zu sein. Beide Herde scheinen gerade ein bißchen Oedem bekommen zu haben.



Sehr interessant: Wenn man zwei solche Herde auf verschiedenen Hirnseiten sieht, dann ist der eine den Partner betreffend, der andere bekanntlich die Mutter oder ein Kind. Nun, der links-cerebrale Herd, betreffend die Oberschenkel/ Hüftmuskulatur rechts, betrifft den oder die Partner, in diesem Fall, wo es ja um eine gefährliche Rivalität um den Jungen ging, den beide begehrten, ging es möglicherweise um das Festhalten des Partners in der Umarmung des (rechten) Oberschenkels oder die Eifersucht,

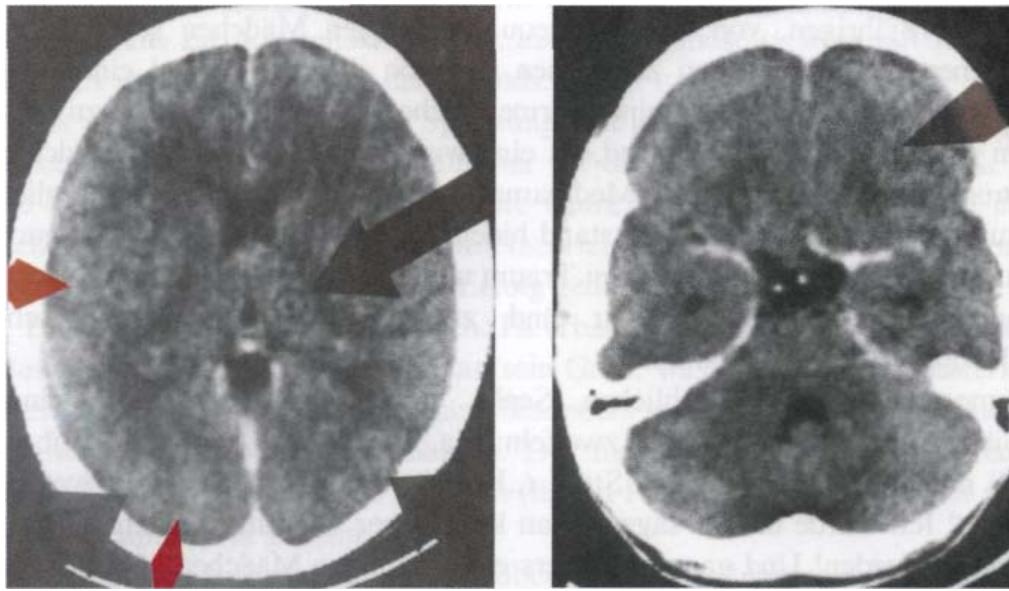
daß sich der gemeinsame Freund und die Rivalin mit ihren Oberschenkeln in der sexuellen Liebesumarmung festgehalten hatten. Aber, was ist nun mit Mutter oder Kind? Mit der Mutter des Mädchens hatte es nichts zu tun, dies scheidet also aus. Aber mit einem gewünschten Kind hatte das bei der damals 16jährigen schon wirklich zu tun! Es ging ihr damals wirklich darum, den Freund festzuhalten, gleichzeitig aber auch ein Kind von ihm zu bekommen, wie sie verriet. Das sei ja eigentlich der wahre Grund der Eifersucht gewesen. Und bei einem 16jährigen, südfranzösischen Mädchen, das über beide Ohren in den jungen Mann verliebt war, kann man sich das auch vorstellen. Der Kinderwunsch muß in diesem Moment sogar so gravierend gewesen sein, daß der Konflikt bis in den Thalamus-Bereich durchgeschlagen ist, also quasi bis in den Kern der Persönlichkeit!

Auch hier können wir die „ganze Geschichte“ wieder anhand unserer CTs psychisch bis ins Detail rekonstruieren:

Links-cerebral sehen wir einen großen HH im sexuellen Bereich, biologisch gesprochen entsprechend einem Konflikt des „Nicht-begattet-Werdens“. Dieser Konflikt ist in beginnender Lösung, was wir daran sehen, daß das linke Vorderhorn etwas imprimiert ist. Links ist ein sog. „raumfordernder Prozeß“. Rechts

fronto¹⁰⁹-basal¹¹⁰ finden wir einen ebenfalls in Lösung befindlichen „Riechangst-Konflikt“, die linken Nebenhöhlen betreffend. Wenn wir uns den Kampf nochmals vergegenwärtigen, dann kämpften die Mädchen ja mit den Gesichtern eng beieinander, jedes das andere umschlungen ...

Rechts und links occipital schließlich haben wir die beiden Angst-im-Nacken-Konflikte: Der rechts-cerebral betrifft die beiden linken Retinahälften, die die Partnerin (nach rechts) anblicken. Damit ist also eindeutig eine Angst vor einer Sache gemeint, die mit der Partnerin zu tun hat.



Links ist die Sache etwas komplizierter: Dort haben wir (2 Pfeile) einen lateralen¹¹¹ Pfeil, der auf einen HH weist, der wiederum für die beiden Netzhauthälften zuständig ist, die nach links das Kind anschauen würden. Hier ist die Zuständigkeit gleichsam doppelt gekreuzt. Der Pfeil weiter zur Mitte aber betrifft das Relais des rechten Glaskörpers. Dieser HH ist zwar in Lösung, aber nicht in so frischer Lösung, wie beispielsweise der sexuelle Konflikt oder der Riechangst-Konflikt fronto-basal.

Dieser Angst-im-Nacken-Konflikt hat also eine andere Bedeutung: Dieser HH bedeutet einen Angst im Nacken vor einer (Partner)-Person, die einen von hinten bedroht. Die Patientin hatte ja angenommen, daß das algerische Mädchen ein Messer bei sich habe und war quasi gewärtig, daß diese, wenn sie eine Hand freibekomme, ihr das Messer von hinten in den Rücken stoßen würde. Dieser Konflikt ist natürlich real schon früher gelöst worden, hat aber immer wieder Rezidive gemacht durch die Angst-Träume. Daher die Vernarbung.

¹⁰⁹frontal = stirnwärts, stirnseitig

¹¹⁰basal = an der Basis liegend

¹¹¹lateral = seitlich, seitwärts

Alle Hamerschen Herde haben jetzt Oedem, nur der Thalamus-Konflikt hat noch Aktivität. Das „Glück“ dieses Mädchens war, daß sie in schizophrener Konstellation gewesen war, sonst hätte sie z.B. den sexuellen Konflikt, der ja 2 Jahre gedauert hatte, möglicherweise nicht überlebt: Rechtsherz-Infarkt mit Lungenembolie!

Die Bilder wurden wenige Tage nach der großen erleichternden Aussprache angefertigt. Danach bekam das Mädchen noch einen großen Anfall, danach keinen mehr.

Einem 18jährigen, von Ängsten gequälten jungen Mädchen seine Unbekümmertheit zurückgeben zu können und von ihm den Makel einer sog. „genuine Epilepsie“, also eines vermeintlichen Erbmakels nehmen zu können und das so gezielt wissend, ist eine wunderbare Sache! Das Mädchen braucht übrigens auch keine Medikamente mehr. Es kann sich nachträglich kaum noch in den früheren Zustand hineinversetzen, in dem es, wenn auch nur stets für kurze Zeit zwischen Traum und epileptischem Anfall, in „schizophrener Konstellation“ war und zwar z.T. in einer motorisch-schizophrenen Konstellation!

Ignoranten der menschlichen Seele, insbesondere der Seele eines 16jährigen Mädchens, mögen zweifeln: „Ja, das ist doch kaum zu glauben, daß man von einem einzigen Streit („Krieg“) so furchtbar zerstört werden kann.“ Ich würde darauf sagen: Man kann sogar von einem einzigen Wort zerstört werden! Und ganz besonders ein 16jähriges Mädchen. Aber davon abgesehen, dies war nicht nur ein Streit, dies war ein „Krieg“ auf Leben und Tod gewesen!

8.2.7 Fallbeispiel: Der Tod des verehrten Chefdiregenten

- Schulmedizinische Diagnose: Epilepsie, Asthma
- Diagnosen Neue Medizin: Zustand nach Asthma bronchiale mit schizophrener Konstellation, Zustand nach motorischem Konflikt des Nicht-festhalten-Könnens, Lungenrundherd-HH, Tuben-HH, Perikard-HH

Ein 15jähriges, linkshändiges Mädchen spielt Trompete in einem Orchester, das ein alter, begeisterter Musik-Idealist, selbst Trompetenbläser, praktisch aus dem Nichts aufgebaut hatte. Alle, besonders die Jungen und Mädchen, hingen mit schwärmerischer Verehrung an diesem so ungewöhnlichen, weil uneigennützigen Menschen, auch unser 15jähriges Mädchen K. Bei dem ersten und zugleich wichtigsten Konzert, bei dem man den Durchbruch erhoffte, spielte sich folgendes ab (7.2.75):

Der Orchesterleiter, Dirigent und meisterlicher Trompetensolist in einem, hatte schon vor Jahren großen Ärger gehabt mit einem älteren Mann, der sich an ein minderjähriges Mädchen seines Orchesters herangemacht hatte. Jetzt hatte er Angst, daß er sich wieder an die jungen Mädchen des neuen Orchesters heranmachen wollte, und es war kurz vor der Aufführung zu einer gewaltigen und hitzigen Auseinandersetzung (Revierkonflikt-Rezidiv) gekommen. Der Orchesterleiter hatte diesen „Revier-Erzfeind“ abgewehrt.

Während des Konzerts spielte „Willi“, wie der Orchesterleiter von seinen jungen Fans zärtlich genannt wurde, ein Trompetensolo, wahrhaft meisterlich! Es war der Höhepunkt des Abends.

Als es zu Ende war und die Spannung von ihm abfiel, sackte er plötzlich zusammen und stürzte nur einen Meter vor den Füßen des Mädchens K. tot zu Boden. Das Mädchen K. und ihre Kameraden waren erstarrt und entsetzt. Nach zwei Stunden kam die Nachricht, daß auch die Reanimationsversuche im Krankenhaus keinen Erfolg gehabt hatten.

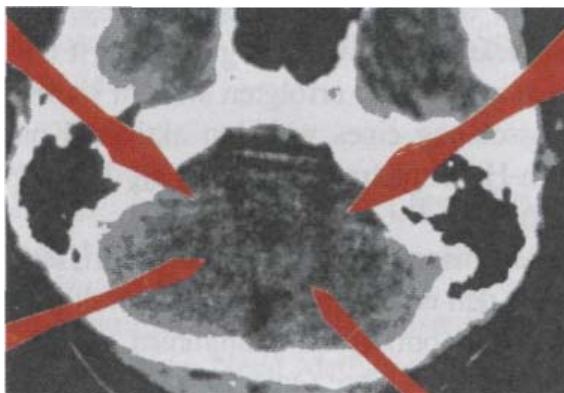
Das Mädchen K. war untröstlich. Es erbat sich und bekam die Trompete des Meisters. Sie ging jeden Tag an sein Grab, was keiner der Orchesterkameraden tat. Sie sagt, sie habe ganz besonders an ihm gehangen und danach immer an den Tod denken müssen. Der motorische Konflikt hatte darin bestanden, daß sie ihn hätte mit dem (linken Partner-) Arm auffangen wollen, dies aber nicht gekonnt hatte.

Nach einem halben Jahr war K. über das Allerschlimmste hinweg. Unmittelbar nach dem Tod des Meisters bekam sie, wenn sie große Angst hatte, Asthma-Anfälle. (Die Bronchialasthma-Anfälle erfolgten stets in schizophrener Konstellation mit der Voraussetzung eines weiteren aktiven Konfliktes mit HH auf der linken Großhirn-Hemisphäre, in diesem Fall des HHs im linken motorischen Rindenzentrum).

Ein Jahr später erlebt sie zufällig die Einsargung der verstorbenen Untermieterin. Eine Woche später erleidet sie den ersten epileptischen Anfall. Der motorische Konflikt und der Todesangst-Konflikt im Stammhirn war zurückgekehrt. Zwei Jahre später, 1978, findet K. ihre Oma vor dem geöffneten Kühlschrank in deren Küche liegend, den Kopf im Kühlschrank, „wie tot“. Wieder erschrickt sie sich „zu Tode“. Sie sagt, sie habe dabei ganz intensiv an Willi denken müssen und an seinen Tod. Die Oma bleibt zunächst am Leben, der Konflikt wird gelöst. Wenige Wochen später, im Dezember 1978, erleidet die Patientin vier epileptische Grandmal-Anfälle. Im Januar 1979 wird im Rahmen einer Durchuntersuchung der Uni-Klinik B. auf einem CT ein Hamerscher Herd mit einem ausgedehnten perifocalen Ödem entdeckt und natürlich fehlgedeutet.

Die Klinik in B. schreibt an den Hausarzt am 5.1.79: „Auf der 6,5-cm-Schicht kommt rechts occipito-parietal ganz eben angedeutet nach Kontrastmittelgabe eine rindennahe rundliche hyperdense¹¹² Region zur Darstellung. Doch fällt auf mehreren Schichten eine deutliche Parenchym-Inhomogenität auf, wie wir sie häufig bei angiospastisch¹¹³ bedingten cerebralen Durchblutungsstörungen beobachten.“ So hat man früher einen Hammerschen Herd umschrieben, hyperdense Zone mit dem perifocalen Oedem, das dann „Parenchym-Inhomogenität“ genannt wurde. Man sieht die ganze Ratlosigkeit dieses rein beschreibenden Befundes, weil der Untersucher damit praktisch nichts anzufangen weiß. Noch weniger hat er eine Erklärung dafür, wie ein so junges Mädchen an ein solches Gebilde kommen kann. Das Mädchen wurde neurologisch und psychiatrisch in der Uni-Klinik B. „gründlich fachärztlich durchuntersucht“, nach ihrem zentralen furchtbaren Ereignis aber hat sie niemand gefragt. Das war „fachpsychiatrisch nicht relevant“, bzw. uninteressant.

Im Februar '79 stirbt die Oma dann doch. Dieser Konflikt ist nach etwa einer Woche gelöst, da alle der Meinung sind, es sei so „das Beste“ gewesen. Weitere 14 Tage später bekommt K. erneute epileptische Grandmal-Krampfanfälle, immer nachts, aus dem Schlaf heraus. Dann allmähliche Besserung. Aber immer bekommt das Mädchen, wenn es große Angst hat, Asthma!



Auf dem Schnitt durch das Althirn (Stammhirn und Kleinhirn) können wir eine regelrechte Konflikt- und Konfliktverlaufs-Anamnese erheben: Der Todesangst-Konflikt (Pfeil rechts oben) ist im Wesentlichen ausgeheilt. Wenn Konfliktrezidive gekommen sind, dann nur kurzzeitig passager. Dann bilden sich ein oder ein paar kleine Lungenrundherde, nach der CL schwitzt man

nachts zwei Nächte lang und alles ist vorbei.

Untere Pfeile: Wir sehen auch eine deutliche Vernarbung im Perikard-Relais, das also lange oder häufige Konflikte gehabt haben muß, hier die Assoziation einer Attacke gegen das Herz. Die junge Musikerin hatte für den Herzinfarkt von Willi Mitgefühl gehabt, sich mit ihm identifiziert. Seinen dramatischen Herzinfarkt hat sie also auf ihren Herzbeutel assoziiert. Wir können mit Bestimmtheit

¹¹² hyperdens = Bezeichnung eines besonders dichten Bereichs

¹¹³ Angio- = Wortteil mit der Bedeutung Gefäß

sagen, daß sie in der pcl-Phase entweder einen längeren oder häufige kleinere Herzbeutel-Ergüsse gehabt haben muß.

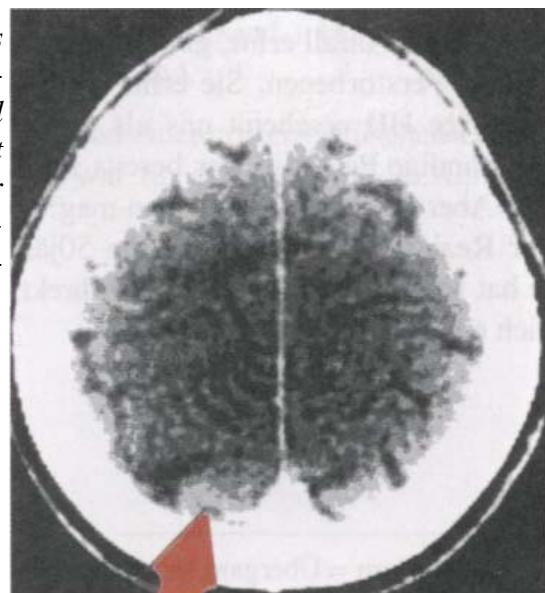
Der linke obere Pfeil weist auf das Tubenrelais, das einen erheblichen aktiven HH gehabt haben muß, jetzt vernarbt. Organisch entspricht dieser Nebenbefund in der konflikt-aktiven Phase einem Tuben-Karzinom verursacht durch einen häßlichen, halbgenitalen Konflikt (häßlicher, halbgenitaler Streit um Willi mit „Revier-Erzfeind“ vor dem Konzert). Solch ein Eileiter-Krebs würde bei Vorhandensein von entsprechenden Mykobakterien in der pcl-Phase dann verkäsend abgebaut werden mit Fluor vaginalis (Ausfluß). Wenn es irgendwelche diagnostische Bedeutung hätte, was hier nicht der Fall ist, könnte man ein CT der Eierstöcke anfertigen lassen und den Restzustand einer Tuben-Tuberkulose an Kalkinlagerungen erkennen.

Diese Zusammenhänge, die wir jetzt mit einem Hirn-CT rückblickend feststellen können, haben uns früher gar nicht interessiert. Solche Überlegungen sind jedoch nicht nur „brotlose akademische Erörterungen“, sondern sie bekommen sofort ihre Bedeutung, wenn wieder mal ein Rezidiv kommen sollte, weil zufällig etwas passiert ist, was die Patientin sehr stark an den damaligen Konflikt erinnert hat ...

Im Mai '83 stirbt der Vater, für K. mit starken Selbstvorwürfen verbunden, wie übrigens auch in dem Fall, als K. die Oma mit dem Kopf im Kühlenschrank gefunden hatte. Sie hatte sich große Vorwürfe gemacht, daß sie nicht schon lange nach der Oma geschaut hatte. Diese hatte sie nämlich viele Male angerufen und keine Antwort erhalten.

Vier Tage nach der Beerdigung des Vaters erfolgt wieder ein epileptischer generalisierter Krampfanfall. In den nachfolgenden Wochen noch mehrere Anfälle. - Immer auch Asthma-Anfälle.

HH mit perifocalem Ödem links im Top der Hirnrinde. Die Aufnahmeschichten sind nicht parallel der Schädelbasis, sondern fast koronar, dadurch „rutscht“ der HH im linken motorischen Zentrum (Konflikt des Nichtfesthalten-Könnens) nach hinten.



Im Januar '84 stirbt die andere Oma, mit der sich K. gut verstanden hatte, die sie aber aus Angst nicht in der Klinik besuchen wollte. Wieder macht sie sich bei deren Tod Vorwürfe deswegen. Wieder bekommt sie 14 Tage später einen generalisierten Krampfanfall, trotz Einnahme von Medikamenten seit 1975!, obwohl sie seit Juli '83 keinen epileptischen Anfall mehr erlitten hatte.

Im Vordergrund dieses Falles der jungen Patientin steht eindeutig die doppelte Konfliktschiene des Konfliktthemas „Tod“ und „Trennungen“, also eine Todesangst-Konfliktschiene gekoppelt mit dem motorischen (und auch sensorischen) Konflikt, jemanden nicht festhalten zu können. Hier bestand natürlich die Gefahr von Rezidiven und in der pcl-Phase erneuten epileptischen Anfällen immer, wenn in der Umgebung der Patientin irgend jemand sterben würde. Da der Tod nun einmal zum Leben gehört, konnte die Patientin mit Hilfe von Angehörigen zum Glück eine „geistige Lösung“ ihres Konfliktes finden: Sie setzte sich in der Folgezeit intensiv mit dem Thema „Tod“ auseinander, sie las viele Bücher über das Thema, es folgten unzählige Gespräche.

Heute kann sie sich diesem großen Thema ohne jede Angst stellen, wenn sie damit konfrontiert wird und hat folglich schon seit 14 Jahren keine epileptischen Anfälle mehr.

8.2.8 Fallbeispiel: Die vier bösen Geister

Unten sehen wir das Hirn-CT einer sehr religiösen 50jährigen Frau, die in panischer Angst vor Geistern lebte. Als die Tochter mit 15 Jahren einen epileptischen Anfall erlitt, glaubte sie allen Ernstes, es steckten in ihr 4 Geister von Verstorbenen. Sie erlitt ein DHS mit panischer Frontalangst, der zugehörige HH erscheint uns als großer, weißer Fleck rechts frontal. Die rechtshändige Patientin war bereits im Klimakterium¹¹⁴ als sie den Konflikt erlitt. Aber so seltsam er klingen mag: von diesem großen Herd, der in ständiger Rezidiv-Lösung ist, hat die 50jährige Patientin nicht ihre Epilepsie. Die hat sie von dem kleinen Herd direkt daneben (Pfeil) und hier sehen wir gleich etwas sehr Interessantes:

¹¹⁴ Klimakterium = Übergangsphase von der vollen Geschlechtsreife zum Senium (Greisenalter) der Frau

Innerhalb eines größeren HHs, der einem gelösten Revierangst-/ Revier-Konflikt entspricht, sehen wir im Inneren des HHs eine durch die Impression von frontal her nur mehr halbkreisförmig erscheinende scharfrandige Schießscheiben-Konfiguration im motorischen Bronchialmuskulatur-Zentrum und/oder im Relais der Muskulatur der linken Hand. Von hier bekommt die Patientin ihre epileptischen Anfälle.

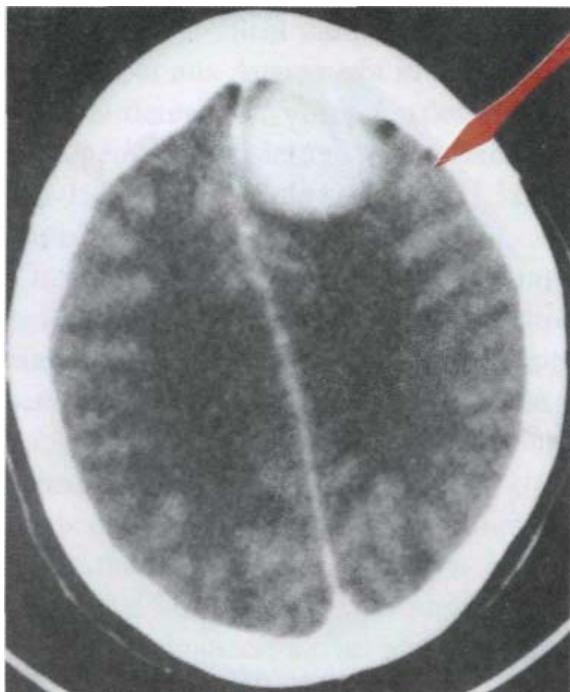


Das ist eigentlich einer der „schönsten“ für eine Epilepsie zuständigen HHe, welche sich ja durch die Rezidive auszeichnet, so daß man auf der aktuellen Aufnahme oftmals z.B. die Lösung des letzten epileptischen Anfalls und die Aktivität des nächsten Rezidivs sehen kann!

Interessant ist aber hier auch zu sehen, daß solch ein HH auch aus 2 verschiedenen Komponenten bestehen kann:

1. Revierangst- und Revier-Konflikt in pcl-Phase. Hier ist u.a. auch die Bronchialmuskulatur betroffen.
2. Motorische Teillähmung der linken (Mutter/Kind-) Hand mit epileptischem Anfall beginnend mit der linken Hand.

Die Geister wurden dann vermeintlich von einem österreichischen Geistheiler „exorziert“, d.h. ausgetrieben. Das war für die Patientin die Konfliktlösung.



Ein ganz gewaltiges Konflikt-DHS-Rezidiv erlitt die Patientin in praktisch gleicher Sache, als ihr Sohn mit 26 Jahren eine schizophrene Konstellation mit katatoner¹¹⁵ Starre erlitt. Als die Mutter an seinem Bett in der Klinik stand, wußte sie sofort, daß da wieder Geister am Werk waren, und zwar wieder die gleichen vier Geister von Verstorbenen, die auch schon bei der Tochter ihr Unwesen getrieben hatten. Der Hamersche Herd exazerbierte¹¹⁶, d.h. er bekam wieder Konfliktaktivität, bis auch bei dem Sohn endlich „durch

Fernwirkung“ von einem österreichischen Geistheiler die vier bösen Geister vertrieben wurden.

Diese Conflictolyse lag etwa 3 Wochen vor Anfertigung dieser Bilder. Wir sehen hier einen bereits konsolidiert gewesenen HH im rechten Frontalhirn, der nunmehr erneut aufquillt, der aber, wie gesagt, nicht zum Erscheinungsbild der Epilepsie geführt hat, sondern „nur“ zu Kiemenbogengangs-Zysten. Der eigentliche Epilepsie-Herd liegt direkt daneben rechts nach dorsal¹¹⁷ (Pfeil). Wenn man nun meint, wie in solchem Fall, man hätte den „Sündenbock“ für die epileptischen Anfälle gefunden und dieses Gebilde herausoperieren würde, würde die Patientin natürlich weitere epileptische Anfälle bekommen, da der HH für die Bronchialmuskulatur und die linke Hand natürlich weiter vorhanden ist. Man wußte eben bisher nicht, so seltsam das klingen mag, angesichts der tonisch-klonischen (motorischen) Krampfanfälle, was eigentlich die epileptischen Anfälle waren. Von jeder Stelle des motorischen Rindenzentrums kann der Anfall „generalisieren“. Wir sprechen dann von einem „großen Anfall“ oder „Grand mal“.

¹¹⁵ Katatonie = psychische Erkrankung, bei der Störungen der Willkürmotorik im Vordergrund stehen

¹¹⁶ exazerbieren = verschlimmern

¹¹⁷ dorsal = zum Rücken gehörig, nach dem Rücken hin liegend, rückseitig

Ich habe die Frau nie gesehen und die Geschichte nur vom Ehemann in Erfahrung gebracht. Wir sehen wie die Falx¹¹⁸, die knöcherne Sichel, die die beiden Hemisphären oben trennt, weit nach links hinüber verschoben ist. Solche großen, runden, vernarbten Hamerschen Herde werden gewöhnlich als „Meningeome“¹¹⁹ bezeichnet, weil sie so randständig erscheinen. Man stellte sich bisher vor, daß ein Tumor der Hirnhaut in das Gehirn einwachsen könnte, Phantasie mit Schneegestöber! Wartet man in Ruhe ab, bis diese dramatisch aussehenden HHe wieder friedlich abgeschwollen sind, passiert gar nichts mehr. Auch die epileptischen Anfälle hören auf, wenn nicht gerade wieder neue Konfliktrezidive kommen. Wenn aber Frontalhirnmasse herausoperiert wird, ist der Patient für den Rest seines Lebens charakterlich ein Krüppel, da besonders das Herausoperieren von Frontalhirn-Anteilen schwere psychische Veränderungen nach sich zieht, ganz abgesehen von der zu erwartenden Narben-Epilepsie.

8.2.9 Fallbeispiel: Verbotenes Petting

Diese Patientin, die mit 17 Jahren 1953 zum ersten Mal einen epileptischen Anfall bekam, hat ein Frontalhirn, das beiderseits voll ist von Hamerschen Herden. Die Patientin hat eine merkwürdige Geschichte: Sie ist jetzt 51 Jahre alt und Kaufmannsfrau in einem kleinen „Tante-Emma“-Laden.

Mit 17 Jahren hatte sie ihre erste Liebe, ihr Freund war ein weicher Junge, jünger als sie. Der junge Mann wollte mit ihr schlafen, das aber lehnte sie ab, weil sie dauernd Angst vor den Eltern und Großeltern hatte. Daher befriedigten sich die beiden nur mit Petting.

Schließlich trennte sich die Patientin von diesem Freund, was zwar sehr hart war, aber ihr Angst-Konflikt löste sich so vorübergehend und sie bekam ihren ersten epileptischen Anfall. Mit dem zweiten Freund kam auch die Angst wieder. Dieser Freund war ihre große Liebe. Die Patientin schließt praktisch auch mit ihm, in ähnlicher Weise, wie mit dem ersten. Dabei wurden sie jedoch „erwischt“ und die Patientin erlitt einen großen Schreckangst-Konflikt. Als sie sich wiederum von diesem zweiten Freund trennte, kam es zu einer zweiten Lösung und einem zweiten epileptischen Anfall.

Mit 30 Jahren heiratete die sehr religiöse Patientin, weil sie von ihrem nächsten Freund entjungfert worden war. Was sie damals nicht wußte: Ihr Mann war ein Exhibitionist.

¹¹⁸ Falx = Sichel

¹¹⁹ Meningeome = von meningea; Hirnhaut

Zustand nach Rezidiven einer schizophrenen Konstellation im Frontalhirn. Linker mittlerer Pfeil: HH für Konflikt „Man müßte doch was tun“.

Unterer Pfeil links: HH Schreckangst-Konflikt.

Rechter oberer Pfeil: HH Frontalangst-Konflikt.

Untere Pfeile rechts: HH für Revierangst-Konflikt

Schmaler mittlerer Pfeil: Angst-Ekel- und Sträubens-Konflikt



Pfeil links oben: Häßlicher, halbgennitaler Konflikt, HH für Sigma¹²⁰-Ca und Eileiter-Ca (pcl-Phase)

Pfeil rechts oben: Verhungerungskonflikt, HH für Leber-Ca und Hör-Konflikt (Konflikt, einen Informationsbrocken nicht zu kriegen)



Als die Frau im 5. Monat schwanger war, kam eines Tages die Polizei zu ihr nach Hause, ihr Mann sei verhaftet worden, er habe exhibitioniert, er sei ein Exhibitionist, und alle Leute in der kleinen Stadt wüßten es.

Das war für sie ein DHS! Es stellte sich heraus, daß ihr Mann das schon seit vielen Jahren machte.

Aber da sie schwanger war, lag der Konflikt „auf Eis“, d.h. die Aktivität des Konfliktes war während der Schwangerschaft storniert. Als sie nach der Geburt zu Hause anrief, war der Ehemann nicht da. Er exhibitionierte wieder irgendwo. Seither bekommt sie immer dann, wenn sie ihm „verziehen“ hat und er ihr hoch und heilig Besserung gelobt hat, wieder einen epileptischen Anfall.

¹²⁰ Sigma = Colon sigmoideum, Teil des Dickdarms

Seit 2 Jahren hat diese nunmehr fast 50jährige Frau einen 20jährigen Freund, mit dem sie schon Petting gemacht hat und mit dem sie gerne schlafen möchte, aber sie hat immer Angst vor Entdeckung.

Jetzt bekommt sie häufig epileptische Anfälle, oftmals zu Hause, wenn sie bei dem Freund war. Ich kann es nicht beweisen, aber ich glaube, daß der linke Pfeil den Schreckangst-Konflikt der rechtshändigen Frau darstellt samt Rezidiven, die sie jeweils beim Exhibitionismus des Ehemanns erleidet, während der rechte Pfeil die Frontalangst-HH zeigt, den die inzwischen maskulin reagierende Frau an ihrem 20jährigen Freund erleidet.

An diesem Fall könnt ihr auch ermessen, warum so viele Epilepsien so schwierig zu „heilen“ sind. Denn wo wollt Ihr hier anfangen? Die Katastrophe ist in beiden Richtungen vorprogrammiert: Die Angst vor dem Treiben des Ehemannes wird eher noch schlimmer werden, weil dessen Verhalten sich wohl kaum ändern läßt. Auch ihre eigene Sexualität wird so schnell nicht nachlassen und damit auch ihre Angst, mit ihrem Liebhaber entdeckt zu werden oder diesen zu verlieren ..

8.2.10 Fallbeispiel: Papa Noel

Der Epileptiker bekommt seinen Anfall immer in der pcl-Phase, z. B. nachts nach einem furchtbaren Angsttraum (Albtraum). Dabei hat jeder Epileptiker seinen speziellen Angsttraum. Bei den Epileptikern ist die Grenze fließend vom chronisch wiederkehrenden Rezidiv zum echten hängenden Konflikt, denn es findet ja immer eine Lösung statt, trotzdem ist der Konflikt nicht „vom Tisch“. Sehr instruktiv ist hier der Fall „Papa Noel“ (Weihnachtsmann): Jedesmal erreichte der Patient eine „kleine Lösung“, indem der Papa Noel wieder verschwand, bis er endlich auf meinen Rat die „große Lösung“ erreichte, quasi die definitive und Papa Noel verprügelte. Lösung ist eben nicht gleich Lösung ...

Ein junger, linkshändiger Mann von 26 Jahren aus Marseille, den ich gemeinsam mit seiner Ärztin in Marseille untersuchte, litt seit seinem 17. Lebensjahr unter Epilepsie. Es war für mich ein großer Kriminalfall. Denn als ich herauszufinden versuchte, was ihn denn mit 17 Jahren so geängstigt haben könnte, wußte er ganz ehrlich keine Antwort. Er beteuerte nur immer, der epileptische Anfall käme jede Nacht.

Frage: Wer hat ihn zum ersten Mal gesehen?

Antwort: Meine Freundin.

Frage: Gleich in der ersten Nacht?

Antwort: Ja, gleich in der ersten Nacht und seither sehr häufig!

Frage: (die Freundin war zugegen) Und seit wann sind Sie befreundet?

Antwort: Seit 10 Jahren.

Frage: Dann kann es also sein, daß Sie schon vorher jede Nacht einen epileptischen Anfall erlitten haben?

Antwort: Vielleicht ja.

Frage: Sind Sie mal bei einem solchen Anfall aufgewacht?

Antwort: Ja, aber erst, seit ich mit meiner Freundin schlafe und sie mich öfters wachgerüttelt hat.

Frage: Können Sie sich erinnern, was Sie geträumt hatten, als Ihre Freundin Sie wachgerüttelt hat?

Antwort: Ja, ganz gut, immer der gleiche Traum von Papa Noel.

Frage: Jedesmal, wenn Sie einen epileptischen Anfall hatten und wachgerüttelt worden waren von Ihrer Freundin, hatten Sie von Papa Noel geträumt?

Antwort: Ja, genauso war es.

Frage: Hatten Sie eine Aura vor dem Anfall oder Traum?

Antwort: Ja, immer die gleiche: Es ertönt ein Klingelzeichen.

Frage: Merken Sie morgens etwas nach einem Anfall?

Antwort: Ja, der linke Arm ist dann immer wie halb gelähmt, dann weiß ich, daß ich einen Anfall hatte. Außerdem habe ich dann fast immer eingenäßt.

Frage: Haben Sie auch schon solche Schmerzen im linken Arm gehabt und hatten bisweilen eingenäßt, bevor Sie Ihre Freundin kennengelernten?

Antwort: Ja, seit das mit Papa Noel war, bin ich Bettnässer. Und ich kann mich erinnern, daß oft schon damals, wenn ich eingenäßt hatte, der linke Arm nicht so richtig funktionierte.

Frage: Erzählen Sie mal, wie war das mit Papa Noel?

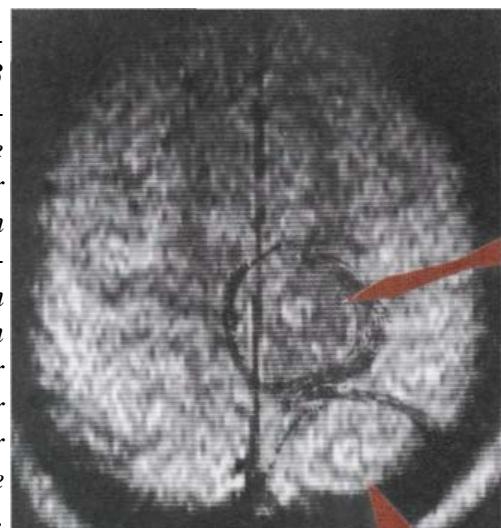
Antwort: Ja, das war so: Als ich drei oder vier Jahre alt war, war ich, wie man so sagt, ungezogen gewesen, nichts Schlimmes, so was kleine Kinder so machen. Es war in der Vorweihnachtszeit. Plötzlich ruft der Vater „Horch!“. Alles ist still, und es tönt ein Klingelzeichen, genauso, wie ich es immer höre, bevor ich meinen Albtraum habe, oder eigentlich fängt er immer so an. Ich bekam damals einen heiligen Schreck, als der Vater sagte: „Das ist Papa Noel, jetzt sieh dich aber vor!“ Mir fuhr der heilige Schreck in die Glieder. Ich hörte es jetzt im Nebenzimmer poltern und klopfen. Ich kriegte eine furchtbare Angst. Es dauerte 10 Minuten, aber es war wie eine Ewigkeit für mich, und ich dachte immer: Jetzt kommt er gleich zur Tür herein und holt mich. Ich zitterte am ganzen Leibe wie

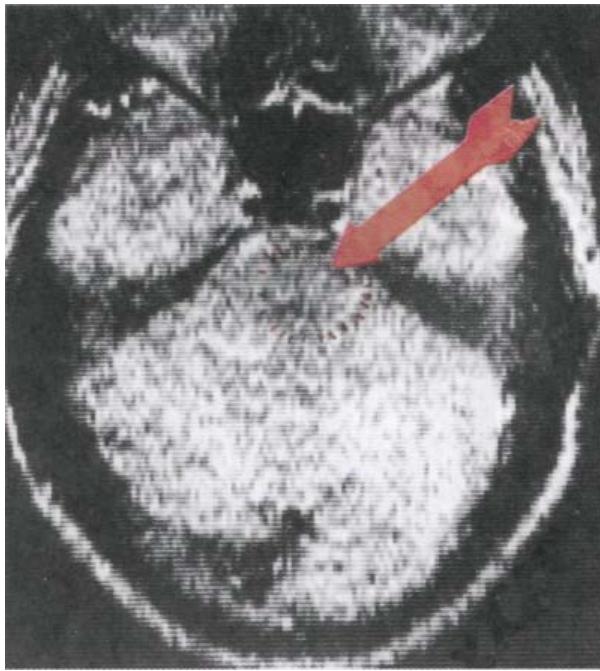
Espenlaub. Nach 10 Minuten hörte das Rumoren auf, aber ich war wie vom Blitz erschlagen. Und genau das gleiche habe ich immer geträumt, wenn meine Freundin mich wachgerüttelt hat. Immer der gleiche Traum mit Papa Noel.

Kernspin-Tomogramm Mai '86, Marseille, von dem Patienten mit seit 23 Jahren andauernder Epilepsie, der vollgepumpt war mit Barbiturataten, ohne jeden Erfolg. Er bekam laufend weiter seine epileptischen Anfälle. Wie wir nach kriminalistischen Recherchen herausbekamen, träumte er unmittelbar vor dem Anfall immer den gleichen Traum von Papa Noel, dem Weihnachtsmann, der ihn holen und mitnehmen wollte, wie er ihn als 3jähriger Knirps in grauenvoller Weise erlebt hatte. Jedesmal bestand die Aura in dem Klingeln des Papa Noel. Jedesmal hatte er nur eine „kleine Lösung“, wenn nämlich nach ewigen geträumten 10 Minuten der Papa Noel endlich aus dem Nebenzimmer wieder abzog. Als man später auf meinen Rat die Szene nachstellte und er dem „Double“ des Papa Noel gehörig das Fell gerbte, war der Spuk mit einem Mal verschwunden. Nie mehr hat er einen Anfall erlitten, er benötigte keine Medikament mehr.

Auf dem obigen Kernspin-Tomogramm kann man deutlich die zwei eingekreisten HHe erkennen: Sie liegen unmittelbar unterhalb der Hirnrinde im motorischen und sensorischen Rindenzenrum.

Der ventrale Herd liegt im Bereich des Gyrus praecentralis rechts, deshalb nach jedem Anfall die partielle Lähmung des linken Arms und (weniger) der linken Beckenmuskulatur und Oberschenkelmuskulatur. Der Junge hatte den motorischen Angst-Konflikt des Nicht-fliehen-Könnens, der in jedem Traum wieder neu reaktiviert wurde und anschließend wieder eine Conflictolyse hatte. Der im Bild untere dorsale HH liegt rechts weiter occipital und bedeutet, daß er ständig einen sensorischen Trennungs-Konflikt hatte, weil er ja Angst hatte, von Papa Noel mitgenommen zu werden. Diese beiden hängenden Konflikte haben jeweils die epileptischen Anfälle ausgelöst. Die Lösung war immer nur eine kleine vorübergehende, bis zur nächsten Nacht anhaltende Lösung, keine endgültige. Das ist das typische Zeichen der sog. Epilepsie.





Im Kernspin-Tomogramm HH im Stammhirns etwas schwieriger aber doch deutlich zu sehen. Wahrscheinlich ist es auch an dieser Stelle ein alter hängend-rezidivierender Flüchtlings-Konflikt im Stammhirn (Pons¹²¹), betreffend die rechte Niere, daher das nächtliche Einnässen).

Therapie:

Die Therapie ist rasch erzählt und ergibt sich logisch aus der Diagnose: Ich riet ihm, einen seiner Freunde zu engagieren für 300 Francs. Der solle damit einverstanden sein, sich von ihm verprügeln zu lassen.

Er meinte, das sei kein Problem, vor allem, wenn es einen Sinn habe, würde schon ein Freund mitmachen. Also gut, solle man eines Abends die ganze Szene nachstellen, aber so, daß er vorher nicht wisse, wann. Der Freund solle also mit Klingelzeichen kommen, wie damals, verkleidet sein als Papa Noel, wie dieser im Nebenzimmer herumrumoren. Aber entgegen der Wirklichkeit vor 23 Jahren solle er sich jetzt augenblicklich auf den Papa Noel stürzen und ihm das Fell gehörig gerben. Dann sei der Spuk zu Ende.

Der Patient dankte sehr höflich, die Ärztin war auch sehr angetan und ließ das Kernspin-Tomogramm anfertigen. Da stutzte sie allerdings. Woher konnte der Hamer wissen, daß der Patient in der Hirnrinde einen oder sogar zwei Hamersche Herde haben würde. Und sie sagte dem Patienten, vielleicht habe der Dr. Hamer dann auch mit dem anderen recht. Also schritt man zur Tat, setzte die Menge an Barbiturataten ab, stellte die Szene nach, wie ich geraten hatte, der Freund bekam das Fell gegerbt und anschließend die etwa

100 Mark, und - der Patient hat nie wieder einen epileptischen Anfall gehabt und nie mehr eingenäßt, ohne alle Medikamente. Er sagte, er fühle sich „wie erlöst, nicht nur, weil er keine Anfälle mehr habe, sondern er sei auch sonst wie aus einem Albtraum endgültig erwacht“.

¹²¹ Pons = Stammhirn

8.3 Die wichtigsten epileptischen und epileptoiden Krisen

Ihren Namen „Epilepsie“ oder „Fallsucht“ hat das Symptom natürlich von der epileptischen Krise der motorischen Konflikte. Ein solcher Anfall ist nicht zu übersehen. Er kann nur einzelne Muskelgruppen, z.B. eines Arms, eines Beins oder des Gesichts betreffen (sog. „focale Anfälle“) oder generalisieren, d.h. ein sog. generalisierter Krampfanfall sein mit Zungenbiß und Schaum vor dem Mund. Auch alle Zwischenstufen sind möglich. Die Epilepsie hieß im Altertum „morbus sacer“ = „die heilige Krankheit“, weil sie im Zusammenhang mit der Ekstase bei religiösen Feiern gesehen wurde. Das kann sicher auch öfteren zusammen vorkommen, sogar durch Autoprovokation, die Epilepsie ist aber im Prinzip nichts Einheitliches.

Die Anfälle oder tonisch-klonische Konvulsionen (= Zusammenziehen) zerstören nicht wie wir früher angenommen haben, das Gehirn, oder die Gehirnzellen, andererseits ist es wie mit jedem anderen Konflikt oder jeder Konflikt-Schiene auch: Je öfter ein Konflikt rezidiviert, desto mehr vernarbt die entsprechende Stelle im Gehirn, und da man die allermeisten dieser motorischen Konflikte relativ leicht herausfinden und die meisten auch definitiv lösen kann, d.h. die weiteren Rezidive samt Heilungsphase mit epileptischer Krise vermeiden kann, kann man die meisten Epilepsien „heilen“.

Wir haben schon gehört, daß jedes Sinnvolle Biologische Sonderprogramm seine spezielle epileptische Krise hat.

Die Patienten nennen sie meist „die kalten Tage“.

In diesen „kalten Tagen“ (oder Stunden) haben die Patienten wieder die ähnlichen oder gleichen Symptome oft noch sehr viel konzentrierter wie in der konflikt-aktiven Phase. Da die meisten konflikt-aktiven Phasen symptomarm oder jedenfalls unbemerkt verlaufen, merkt man auch die meisten epileptischen Krisen nur als „kalte Tage“ oder „kalte Stunden“, bei den üblichen epileptischen Anfällen nur als Minuten.

Anders ist das bei solchen SBS, die in der ca-Phase starke Schmerzen haben, z.B. Angina pectoris oder Magen-Ulcus. Im ersten Fall nennen wir die epileptoide Krise bekanntlich Linksherz-Infarkt, der von sehr starkem Schmerz begleitet sein kann, was wir früher mit starken Schmerzmitteln bzw. Morphin, zu behandeln versuchten in dem Wahn, „der Schmerz müsse weg“. Wir brachten den Schmerz auch weg, setzten damit ignoranterweise alle Regelkreise außer Kraft und brachten den Patienten damit meist um. Genauso ging es uns mit dem in der pcl-Phase blutenden Magen-Ulcus, das ebenfalls oft von starken Schmerzen begleitet wird. Fast immer

wird dann eine „Magen-Perforation“ vermutet und operiert. Auch bei dieser unsinnigsten Aktion innerhalb der kritischen Phase des SBS starben uns Zauberlehrlingen die meisten unserer Patienten, weil nicht nur durch die Operation, sondern auch durch die dadurch notwendig gewordenen Morphine ebenfalls die natürlichen Regelkreise außer Kraft gesetzt wurden.

Seit wir die Zusammenhänge durch die Neue Medizin kennen, können wir unsere Patienten motivieren, solche Schmerzen als etwas Normales zu sehen, etwas Gutes sogar, das für die nachfolgende Renormalisierung notwendig ist. Denn wenn der Patient weiß, daß er durch die Annahme von Morphin seine Heilungschancen quasi auf Null setzt, wird er das Morphin gar nicht mehr annehmen. Der Doktor würde es bei sich selbst schon erst gar nicht nehmen.

Da die Großhirnrinden-Epilepsien die eindrucksvollsten und auch die gefährlichsten sind, so wollen wir die wichtigsten im nachfolgenden besonders behandeln.

Wenn wir ganz grob 4 große Gruppen machen, so können wir aufteilen in:

1. Frontale corticale epileptische Krisen:
Migräne-Anfälle.
2. epileptische Krisen des motorischen Rindenzyklus:
 - a) alle sog. epileptischen Anfälle einschließlich Gesichtszucken, Bronchialasthma-Anfall, Laryngealasthma-Anfall¹²², Status-asthmaticus-Anfall, Myokardinfarkt-Anfall¹²³ der quergestreiften Herzmuskelanteile.
3. epileptoide Krisen des sensorischen (Haupt-Epithel) und postsensorischen (Periost) Rindenzyklus:
 - a) Absencen bei Neurodermitis.
 - b) Absencen bei Periost-Betroffenheit.
 - c) Herzinfarkt mit Absence bei Koronararterien-Ulcera (Linksherzinfarkt).
 - d) Koronarvenen-Ulcera-Epilepsie mit Lungenembolie und gleichzeitig Gebärmutterhals-Ulcera (Rechtsherz-Infarkt).
 - e) Lebergallengangs-Ulcera-Epilepsie mit Absence „Leber-Koma“ bei Hepatitis.
4. epileptische Krise des „grünen Stars“:
Glaukom-Anfall, der in Wirklichkeit eine starke Augendruckschwankung innerhalb des Glaukoms (= Augendruck-Erhöhung in der

¹²² laryngeal = den Kehlkopf betreffend

¹²³ Myokard- = Herz-

hinteren Augenkammer) in der pcl-Phase der Glaskörper-Trübung (Glaukom) ist.

8.3.1 Migräne-Anfälle

Die Migräne wurde früher die „kleine Epilepsie“ genannt, weil jeder gute Doktor wußte, daß sie stets nur in der Abschlaffungs- oder Ruhephase kam. Deshalb wußte aber auch nie jemand, wie man sie „behandeln“ könnte. Sollte man Sympathicotonica geben, um die Ruhephase abzuschwächen oder sollte man Vagotonica geben, weil doch die Migräne ein sympatheticotischer Vorgang ist? Jeder „Migräniker“ hatte so seine Mittelchen oder Anwendungen. Der eine setzte sich in die warme Wanne, der andere versuchte es mit kalter Dusche. Niemand wußte ja die Zusammenhänge.

Wir wissen in der Neuen Medizin, daß es stets fronto-cortical gesteuerte Vorgänge bzw. SBS sind, die in der pcl-Phase als epileptoide Krise die akute Migräne (Migräne-Anfall) machen. Weil da gewisse Gemeinsamkeiten mit den epileptischen (motorischen, bzw. tonisch-klonischen) Anfällen bestanden, nannte man die Migräne eben die „kleine Epilepsie“.

Im akuten Migräne-Anfall, den wir ja als guten und notwendigen Vorgang verstehen, würden wir dem Patienten „seine symptomatischen Mittelchen“ nicht ausreden. Dann aber beginnt unsere eigentliche Arbeit. Denn der letzte Migräne-Anfall kam ja nur deshalb, weil der Patient durch ein Konfliktrezidiv wieder auf eine entsprechende Schiene aufgesetzt ist. Das aber braucht im Prinzip nicht wieder zu passieren, wenn wir den zu Grunde liegenden Konflikt und seine Schiene finden und das Problem mit dem Patienten besprechen und endgültig zu lösen vermögen. Das ist keine Hexerei. Erwähnt werden muß auch die „frontal-corticale schizophrene Konstellation“, die gelegentlich auf beiden Hemisphären gleichzeitig ihren Migräne-Anfall (= epileptoide Krise) haben können.

Dann berichten die Patienten, so etwas Schlimmes gebe es überhaupt sonst nicht. Einfach furchtbar! Aber natürlich kann auch ein Migräne-Anfall auf einer Hemisphäre mit einer motorischen oder einer anderen, nicht frontalen corticalen epileptischen oder epileptoiden Krise, zusammen vorkommen. Auch dann können nicht nur die Symptome grausam sein, sondern die Patienten sind ja dann während der sympatheticotonen (!) doppelseitigen epileptischen Krise in schizophrener Konstellation.

8.3.2 Die epileptischen Krisen (Anfälle) des motorischen Rindenzenzrums

Zu diesen epileptischen Krisen, die wir früher „epileptische Anfälle“ nannten, gehören einmal die tonisch-klonischen Anfälle, die manchmal nur tonisch (Muskelkrampf) sein können, meistens aber tonisch-klonisch sind, d.h. mit rhythmischen Konvulsions-Krämpfen¹²⁴ der Muskulatur auftreten. Diese können dann wieder kombiniert sein mit der für den sensorischen Konflikt (Trennungs-Konflikt) typischen Absence (= Bewußtseinsverlust).

Bei allen sog. motorischen epileptischen Anfällen ist auch stets der entsprechende, für die Muskulatur zuständige HH im Großhirn-Marklager gleichzeitig in Aktion, so daß wir selbst im einfachsten Falle immer ein kombiniertes Geschehen vorfinden.

Man kann durchaus die überschießende motorische Aktivität (Epilepsie) in der pcl-Phase - nach voraufgeganger Lähmung in der ca-Phase - vergleichen mit der Leukozyten-Schwemme (Leukämie) in der pcl-Phase - nach voraufgeganger Leukopenie in der ca-Phase. Beide Vorgänge in der gleichen sog. „Luxusgruppe“ des Großhirn-Marklagers.

Die Bronchial-Muskulatur ist zum Teil alte peristaltische¹²⁵ Muskulatur, denn die Lungen-Alveolen (im Krebsfall Adeno-Karzinom!) sind entwicklungsgeschichtlich eine Ausstülpung des Darms. Aber der andere Teil der Bronchial-Muskulatur ist quergestreifte Muskulatur, eingewandert zusammen mit der Bronchial-Schleimhaut und wird vom motorischen Rindenzenrum der rechten Hemisphäre gesteuert.

Ein epileptischer Anfall der Bronchial-Muskulatur bedeutet also tonische (Bronchial-Spasmus¹²⁶) oder tonisch-klonische Konvulsionen der Bronchial-Muskulatur und zwar Richtung Mund, was wir als sehr starken Husten bezeichnen (= sog. „Bronchial-Husten“). Typisch ist hier das verlängerte Exspirium¹²⁷.

Das Gleiche gibt es bei der Kehlkopf-Muskulatur, die vom motorischen Rindenzenrum der linken Hemisphäre gesteuert wird (= sog. „Kehlkopf-Husten“). Hier ist die Richtung der Konvulsionen nach einwärts. Deshalb

¹²⁴ Konvulsion = Schüttelkrampf

¹²⁵ Peristaltik = fortschreitende Bewegung in Hohlorganen infolge meist ringförmiger Einschnürungen durch Muskelkontraktion

¹²⁶ Spasmus = Krampf, unwillkürliche Muskelkontraktion

¹²⁷ Exspirium = Ausatmen

ist hier das verlängerte Inspirium¹²⁸ während des epileptischen Anfalls das Typische.

8.3.2.1 *Asthma bronchiale*

Ist der quergestreifte Anteil der Bronchialmuskulatur-Motorik durch ein SBS betroffen und zwar in der konflikt-aktiven Phase, dann sehen wir ja eine teilweise Muskellähmung der Bronchial-Muskulatur. Ist nun auf der linken Hemisphäre noch ein corticaler HH in Aktivität, dann ist zwar eine schizophrene Konstellation gegeben, aber man merkt quasi nichts.

Ganz anders wird das in dem Fall der epileptischen Krise, sofern auf der gegenüberliegenden Seite noch oder wieder Konflikt-Aktivität im corticalen Bereich ist.

Exakt diese Konstellation ..

links cortical Konflikt-Aktivität	rechts im motorischen Rindenzentrum epileptische Krise mit tonisch-klonischen Krämpfen der Bronchial-Muskulatur
-----------------------------------	---

... nennen wir Asthma bronchiale mit verlängertem Exspirium.

Die Konstellation...

links motorisches Kehlkopf-HH aktiv	rechts cortical Konflikt-Aktivität
-------------------------------------	------------------------------------

... nennen wir Asthma laryngeale mit verlängertem Inspirium.

Sind der motorische Bronchial-HH und der motorische Kehlkopf-HH beide gleichzeitig in der epileptischen Krise, dann sprechen wir vom

Status asthmaticus

= verlängertes Exspirium und verlängertes Inspirium!

8.3.2.2 *Der Myokard-Infarkt*

Der Myokard-Infarkt (= Nekrose der quergestreiften Herzmuskulatur) muß vom Koronar-Infarkt getrennt werden. Der Koronar-Infarkt ist die epileptoide Krise des Koronar-Ulcus-SBS beim Revier-Konflikt (Rote Spalte der Tabelle, ektodermal, bzw. cortical periinsulär rechts).

Den Myokard-Infarkt dagegen können wir als „Herzmuskel-Epilepsie“ des quergestreiften Herzmuskel-Anteils verstehen. Der HH liegt sowohl im mo-

¹²⁸ Inspirium = Einatmen

torischen Rindenzenzum als auch im Marklager des Großhirns, dem großen Relais für die gesamt quergestreifte Muskulatur. Der sog. Myokard-Infarkt ist also der epileptische Krampfanfall in der Heilungsphase nach voraufgegangener Teillähmung eines Herzmuskel-Teils mit Nekrose (Myokard-Nekrose) dieses Muskelbereichs.

Die Schulmedizin konstruiert sich das früher mit vielen Hypothesen so: Der Herzinfarkt mit Myokard-Nekrose sollte dadurch zustande gekommen sein, daß ein Koronargefäß verstopft ist, dadurch ein gewisser Muskelbereich nicht mehr mit Sauerstoff versorgt wird und dadurch nekrotisiert.

Das war eine abenteuerliche Konstruktion wie wir heute wissen. Denn man konnte sehr vieles nicht erklären:

1. Bindet man im Tierversuch die Koronargefäße operativ nacheinander mit gewissem Abstand ab, dann passiert dem Tier nichts, sondern die sog. kollateralen Gefäße (Umgehungsgefäße) stellen die Versorgung des Herzmuskels problemlos sicher.
2. Niemand konnte je erklären, wieso der Herzinfarkt bei dieser Vorstellung akut dramatisch stattfindet.
3. Durch Koronar-Angiographie¹²⁹ weiß man heute längst, daß die Hypothese „Koronar-Verstopfung“ zum Zeitpunkt des Herzinfarktes weitgehend falsch war.

Zwar erfolgt vom Zeitpunkt der Conflictolyse des Revier-Konfliktes der Beginn einer Intima-Schwellung¹³⁰ im Koronargefäß, aber sie macht in den meisten Fällen noch keine Total-Okklusion¹³¹ des Koronargefäßes zum Zeitpunkt des Herzinfarktes, sofern nicht alte Narbenschwielen hinzukommen. Und selbst in den Fällen, wo es zu einer Okklusion kommt, macht es ja nichts, wie wir aus den Tierversuchen wissen, schon gar nicht resultiert daraus eine Herzmuskel-Nekrose wie man postuliert.

Die ganze Hypothesen-Konstruktion war einfach falsch, weil wir ja nie Zusammenhänge, wie sie die Neue Medizin aufgezeigt hat, gekannt hatten.

¹²⁹ Angiographie = Röntgendarstellung der Gefäße nach Injektion eines Röntgenkontrastmittels

¹³⁰ Intima = Innenhaut

¹³¹ Okklusion = Verschluß

8.3.3 Die epileptoiden Krisen des sensorischen (Haut- und Schleimhaut-Plattenepithel) und des postsensorischen (Periost) Rindenzyentrums

8.3.3.1 Absencen bei Neurodermitis und Psoriasis

Das sensorische Rindenzyentrum für das Plattenepithel der Haut und der Schleimhaut und das postsensorische Rindenzyentrum für das in frühem Entwicklungsstadium des Menschen mit Plattenepithel überzogen gewesene Periost (Knochenhaut) machen größtmäßig in der Hirnrinde ein Vielfaches des motorischen Rindenzyentrums aus.

Daraus ersehen wir die ungeheuer wichtige biologische Bedeutung sensorischer Konflikte.

Es ist nicht nur „ein bißchen an der Haut oder am Periost“ (am Periost kann man nicht einmal etwas sehen), sondern diese Konflikte haben biologisch große Bedeutung! Ab der äußeren Haut sind die organischen Auswirkungen sichtbar als Neurodermitis oder Psoriasis.

Die epileptoide Krise der Trennungskonflikt-SBS ist stets die Absence, die bei entsprechend langem Konfliktverlauf eben auch entsprechend länger sein kann: Stunden oder Tage.

Natürlich sind alle höchst beunruhigt und meinen, daß der Patient sofort zum Aufwachen gebracht werden müsse. Das ist falsch. Denn während der epileptoiden Krise wird ja bekanntlich der notwendige Kraftstoff getankt, -um über den zweiten Teil der Heilungsphase hinweg zur Renormalisierung zu kommen.

Natürlich bedeutet das nicht, daß die Iatroi der Neuen Medizin dabei leichtsinnig sein dürften oder gar die Absence bagatellisieren dürfen. Sondern sie müssen sich laufend davon überzeugen, daß die vegetativen Funktionen (Atmung, Kreislauf, Blutzuckerspiegel etc.) gewährleistet sind. Der gute Therapeut kann ja schon vor der Absence einigermaßen abschätzen, wie lange die erwartete Absence etwa dauern wird.

Deshalb ist Panik völlig unnötig.

Bringt man solche Patienten in die Klinik, so meint man dort, der Patient sei „im Schock“, aus dem er schleunigst herausgeholt werden müsse. Das ist ein Irrtum. Die Folgen des Irrtums ist nur zu oft der Tod des Patienten, der völlig unnötig ist, wenn der Arzt die Neue Medizin gekannt hätte.

8.3.3.2 Absence bei Periost-Betroffenheit

Die Absence der epileptoiden Krise des SBS mit brutalem Trennungs-Konflikt (Periost) unterscheidet sich quasi nicht von der Absence beim normalen Trennungs-Konflikt mit Plattenepithel-Ulcera der Haut oder Schleimhaut. Das Tückische daran ist, daß man ja äußerlich nichts sieht. Zwar fühlen sich die Partien um das betroffene Periost für den Patienten subjektiv kalt an, auch kann die äußere Haut etwas kühler sein, aber welcher Untersucher achtet darauf so genau? Der Patient könnte uns noch am ehesten selbst weiterhelfen, indem er uns sagt, z.B.: „Das rechte Bein und der rechte Am sind immer kalt. Ich ziehe mir nachts einen Strumpf an, weil er sich so kalt anfühlt und lege die Hand an den Bauch, um sie zu wärmen“.

8.3.3.3 Die Absence beim Linksherz-Infarkt mit Koronar-Ulcus und Kammerbrady-Arrhythmie¹³²

Ein Blick auf unseren Homunkulus zeigt uns, daß die Koronar-Intima ebenfalls zum sensorischen Rindenzenrum gehört, deshalb in der konfliktaktiven Phase Schmerzen (Angina pectoris) und Ulcera macht und in der Heilungsphase außer der beginnenden okkludierenden Schwellung der Plattenepithel-Schleimhaut (= Kiemenbogen-Abkömmling!) in der epileptoiden Krise

- a) einen starken Schmerz („Super-Angina pectoris“) und
- b) eine Absence hat, deren Dauer von der voraufgegangenen Konfliktdauer abhängt.

Nicht nur bei vielen, sondern bei sehr vielen Patienten wird diese Absence fälschlicherweise schon mit dem Tod gleichgesetzt. Das macht, so glaube ich zu wissen, die überwiegende Zahl der sog. „Scheintoten“ aus.

Leider haben viele solcher Patienten in unseren seelenlosen Kliniken gar nicht mehr die Chance, aus der biologisch normalen Absence aufzuwachen, weil ihnen schon in dieser Absence die Organe zur Organspende entnommen werden.

¹³² brady- = verlangsamt

8.3.3.4 Koronarvenen-Intima-Ulcera-Epilepsie mit Lungenembolie (Rechtsherz-Infarkt) mit gleichzeitigen Gebärmutterhals-Ulcera

Genau wie die Intima der Koronararterien - eine originäre Entdeckung der Neuen Medizin! - als Abkömmlinge der Kiemenbögen mit Plattenepithel ausgekleidet ist, das hochsensibel versorgt ist, so gilt das gleiche für die Koronarvenen, die ihr venöses Blut ins rechte Herz abgeben. Vom rechten Herzen gelangt das Blut bekanntlich in die Lunge. Die Heilungskrusten der Koronarvenen-Ulcera werden in der epileptoiden Krise in die Lunge gespült, wo sie die sog. Lungenembolie bewirken.

Dieser Vorgang der Verstopfung der kleinen, venösen Körperblut führenden Lungenarterien, die sog. Lungenembolie, kommt dadurch zustande, daß in der epileptoiden Krise ja der Vorgang der Heilung für die Dauer der epileptoiden Krise unterbrochen wird. Die gerade in Abheilung (mit Heilungskrusten) begriffen gewesenen Ulcera der Koronarvenen-Ulcera ulcerieren nun plötzlich wieder weiter. Dadurch werden die Heilungskrusten abgestoßen und vom rechten Herzen in die Lungenarterie geschwemmt. Bei diesem Rechtsherz-Infarkt mit Tachykardie¹³³ hat der Patient auch Herzschmerzen, allerdings meist weniger als beim Linksherz-Infarkt.

Aber auch hier geht eine Absence mit einher, die oft fälschlicherweise für den Tod gehalten wird.

Unsere Patientinnen sterben, wenn wir sie verlieren, nie an den Gebärmutterhals-Ulcera, sondern an der fast stets in der epileptoiden Krise mit einhergehenden Lungenembolie.

Allerdings gilt das nur für Fälle, die einen langen Konfliktverlauf und keine schizophrene Konstellation gehabt haben.

Bei kurzem Konfliktverlauf (z.B. 3 Monate) oder schizophrener corticaler Konstellation während der konflikt-aktiven Phase, wird die „kleine Lungenembolie“ meist übersehen („ein bißchen Atem-Beschwerden“). Die Dauer der Absence richtet sich auch hier nach der konflikt-aktiven Phase und danach, ob schizophrene Konstellation bestanden hat.

Das gleiche gilt im Prinzip natürlich ebenfalls für den Rechtsherz-Infarkt.

¹³³ Tachykardie = schnelle Herzfrequenz

8.3.3.5 Die epileptoide Krise der Lebergallengangs-Ulcera mit Absence innerhalb der Hepatitis, was bisher als Leber-Koma bezeichnet wurde

Auch hier gilt das oben Gesagte - mutatis mutandis - in ähnlicher Weise. Auch hier wird während der sog. „Hepatitis“ die Heilung der Ulcera durch die epileptoide Krise, die ja sympatheticon, also quasi konflikt-aktiv ist, unterbrochen, nur daß die Krusten oder Plaques der nunmehr wieder kurzfristig weiter-ulcerierenden Geschwürchen der kleinen oder großen Gallengänge ungefährlicherweise mit der Galle in den Darm ausgeschwemmt werden können.

Da aber auch die Gallengänge innen von Plattenepithel ausgekleidet sind und auch dies vom sensorischen Rindenzenrum gesteuert wird, sehen wir auch hier die übliche Absence. Sie wird von uns oft nicht bemerkt, wenn sie im Schlaf kommt. Bisher wurde sie von uns, wenn sie bemerkt wurde, als „Leber-Koma“ bezeichnet.

Wenn Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal das wissen und sich entsprechend verständnisvoll und nicht erschreckt verhalten, kann man die Panik vermeiden, die stets dadurch verbreitet wird, daß von Ärzten und Pflegepersonal verkündet wird: „Das ist schon das Leber-Koma, der Anfang vom Ende!“ Dabei ist eine Absence in der epileptoiden Krise innerhalb der Hepatitis (= Heilungsphase des Revierärger-SBS) eigentlich völlig normal.

8.3.3.6 Die epileptoide Krise der Bronchialschleimhaut-Ulcera mit Absence innerhalb der „Bronchitis“, Bronchial-Atelektase¹³⁴, bzw. Pneumonie¹³⁵

Die epileptoide Krise der Bronchial-Schleimhaut-Ulcera soll hier der Vollständigkeit halber noch erwähnt werden. Auch bei diesem dem sensorischen Rindenzenrum zugehörigen Plattenepithel-Ulcera-SBS finden wir eine Absence, die wir aber meist nicht bemerken, besonders wenn sie im Schlaf kommt.

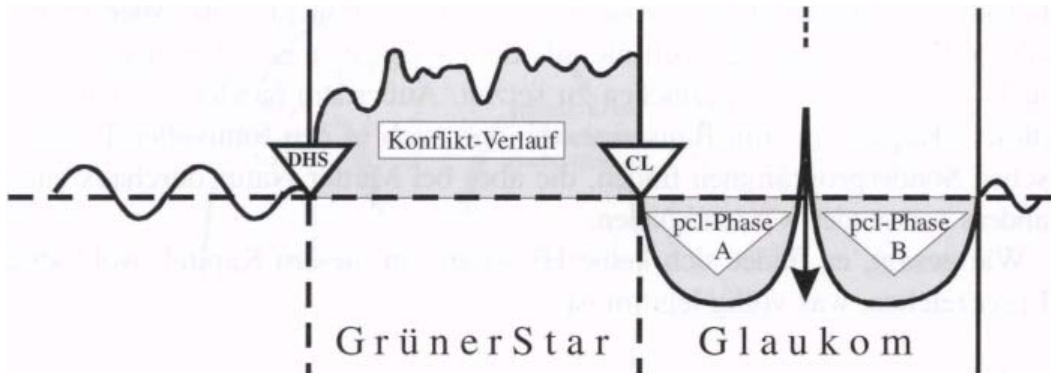
8.3.3.7 Die epileptoide Krise des sog. „Grünen Stars“ (Grüner Star = Glaskörper-Trübung des Auges)

Das sog. Glaukom, die Augendruck-Erhöhung in der hinteren Augenkammer samt Glaskörper, galt bisher als therapiebedürftig, weil wir glaubten, es

¹³⁴ Atelektase = nicht belüfteter Lungenabschnitt

¹³⁵ Pneumonie = Lungenentzündung

zerstöre das Auge. Das Gegenteil ist der Fall. In der epileptoiden Krise resultiert als Ausdruck der kurzfristigen Konflikt-Aktivität ein Abfall des erhöhten Augendruckes.



Das Glaukom mit seiner typischen (epilept.) Glaukom-Krise ist der notwendige erhöhte Augeninnendruck der hinteren Augenkammer, damit das Auge bei der Wiederauffüllung der entleerten Teile prall bleibt. Gäbe es kein Glaukom, dann würde der Augapfel „knautschen“ und die Sehfähigkeit wäre nicht mehr gewährleistet.

8.4 Der Orgasmus

8.4.1 Der einseitige Orgasmus

Eine Art epileptische oder epileptoide Krise

8.4.2 Der doppelseitige Orgasmus

Eine Art kurzfristige Psychose oder schizophrene Konstellation mit 2 epileptoiden Krisen in Hemisphären-Opposition stehender HHe.

8.4.3 Der sog. „Liebesrausch“

Dieses Kapitel muß ich bewußt zur Diskussion stellen. Die Lektoren dieses Kapitels haben bereits heftig protestiert, das könne man doch alles nicht so sagen. Niemand wisse so genau, wie es bei Naturvölkern wirklich auf dem Gebiet der Liebe zugehe. Außerdem will ein jeder oder eine jede sich als „Normalfall“ hier wiederfinden. Ich habe zwar früher jahrelang im Rahmen der Humanbiologie Sexualkunde unterrichtet aber dieses Kapitel geht einen

völlig neuen Weg: Es leitet sich ab von den Verhältnissen im Gehirn. Trotzdem viele Fragezeichen.

Ich wurde gewarnt, die klare Neue Medizin nicht durch Einlassungen zu belasten, bei denen ich den größeren Teil evtl. noch nicht weiß. Aber ich bin echter Herausforderung noch nie aus dem Weg gegangen. Ich empfinde es nicht als Schande, Fragezeichen zu setzen. Außerdem handelt es sich ja in diesem Kapitel nur um Bausteine, die wir auch in den Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen finden, die aber bei Mutter Natur durchaus auch anders verwendet werden können.

Wie gesagt, es findet sich keine Hypothese in diesem Kapitel, wohl aber Fragezeichen, was völlig legitim ist.

8.4.4 Der (hirn-) einseitige Orgasmus

Mutter Natur benutzt ihre „Bausteine“, wie es ihr nützlich und sinnvoll dünkt. Solche archaischen Bausteine hat sie auch benutzt beim Phänomen des Orgasmus in der Liebe bei Mensch und Tier.

Wenn ihr mit Eurem(r) Partner(in) in ein weiches, warmes Bett geht, um den heiligen Akt der Liebe zu zelebrieren, dann hat dies mit (vagotonem!) Wohlgefühl, Kuscheln, Streicheln, Schmusen - kurz mit Vagotonie zu tun!

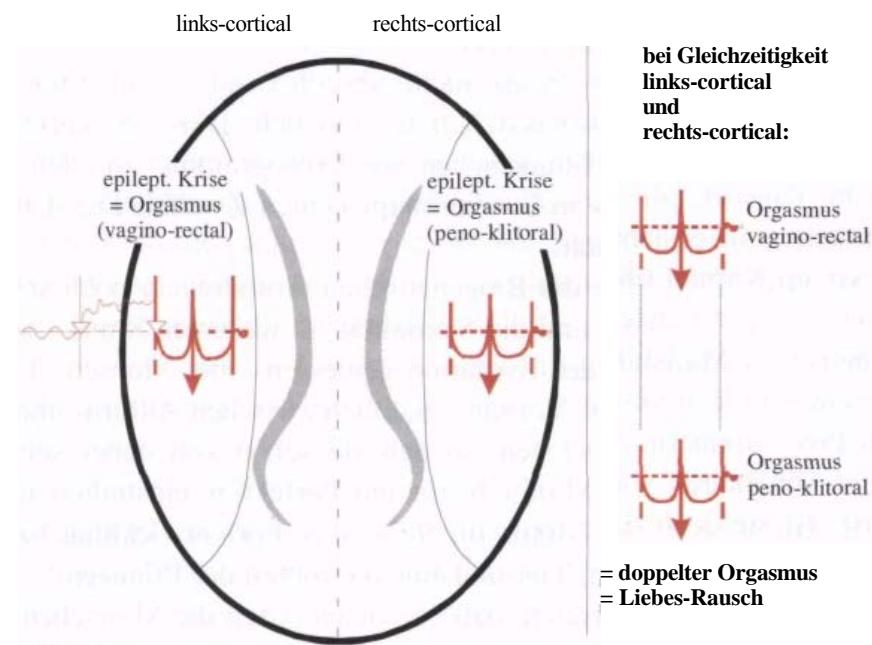
Darin fügt sich nahtlos der Beginn des eigentlichen Liebesspiels ein, beim Mann gut zu sehen an der Erektion des Penis. Von da ab zählt die „Zacke“ der epileptoiden Krise und epileptischen Krise, die mit der Ejakulation beim Mann bzw. bei der Frau mit dem Orgasmus (klitoral oder vaginal) ihren Höhepunkt findet.

Diese ganze Zacke ist sympathetic! Dieses Phänomen der epileptischen oder epileptoiden Krise kennen wir bei den Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen ja auch. Nach dem Orgasmus herrscht wieder Vagotonie: post coitum omnis animal triste = Vagotonie! Die Erektion verschwindet zwangsläufig. Aus dem Beischlaf wird meist der „Einschlaf“.

Was aber ist mit der konflikt-aktiven Phase, der ca-Phase?

Wenn zwei Liebende miteinander ins Bett gefunden haben, ist das ja auf jeden Fall die Lösungsphase, die Realisation aller Träume. Die konflikt-aktive Phase muß also vorangegangen sein. Und das geht sie auch: Als immer wiederkehrendes Rezidiv („Schlüsselreize“)! Es ist im Grunde genommen nichts anderes als z.B. bei einer sog. Epilepsie: Der Patient träumt auf seiner alten Schiene und wird durch irgend etwas an einen alten Konflikt erinnert, bzw. auf eine alte Schiene gesetzt. Kurze Zeit später, immer in der Abschlaffungsphase, bekommt er seinen epileptischen Anfall!

Orgasmus-Schema



Bei der Epilepsie kennen wir den motorischen biologischen Konflikt. Aber hat die konflikt-aktive Phase nur „rezidiv-ähnliche Schlüsselreize“ und kein DHS? Muß es überhaupt ein DHS haben, wenn es sich nur um Bausteine handelt und nicht um ein richtiges SBS?

Wir verstehen jetzt viel besser, daß in diesem Fall, bei dem wir von „Bausteinen“ sprechen, die von Mutter Natur verwendet werden, der Begriff „Konflikt“ nicht gleich verstanden wird, weil er bei uns belastet ist mit „psychisch“.

Wenn wir allerdings von Biologischem Konflikt und Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen sprechen, haben wir keine Verstehensprobleme.

Genauso wie ein sexueller Biologischer Konflikt gelöst werden kann durch den biologischen Vorgang einer Überflutung mit Östrogenen z.B. beim Eierstock-Blastom (= indurierte Eierstocks-Zyste), so kann offenbar auch durch das natürliche Ausfluten der Östrogene (beim pubertierenden Mädchen) und der Testosterone beim pubertierenden Jungen eine Art Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms in Gang gesetzt werden, das dann einen ähnlichen Verlauf hat, ohne ein wirkliches durch biologischen Konflikt ausgelöste SBS zu sein.

Ich finde da keinen Widerspruch und wir dürfen nicht päpstlicher sein als der Papst, wenn Mutter Natur für solche wichtigen biologischen Vorgänge ihre selbst entwickelten Bausteine verwendet - wie man sieht, mit großem Erfolg!

Die nächste Frage, die jetzt zwangsläufig folgt, lautet: Ist die „erste große Liebe“ das DHS oder handelt es sich hier um ein quasi „natürliches Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm“?

Ich kann und will diese Frage nicht abschließend beantworten. Beide Möglichkeiten halte ich grundsätzlich für möglich. Daß der Verlauf dem Rezidiv eines „Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms“ in allen Phasen entspricht, darüber gibt es m.E. überhaupt keinen Zweifel. Die Tatsachen sind einfach zu offensichtlich!

Wie wir im Kapitel über die Biogenetischen Grundregeln noch sehen, ist die Zweigeschlechtlichkeit und die Sexualität im weitesten Sinne - auf dem ontogenetischen Maßstab der Evolution gemessen - bei Mensch, Tier und Pflanze ein geradezu uralter Vorgang, nämlich zwischen Althirn- und Großhirnzeit-Programmierung gelegen, so daß sie schon von daher seit vielen Millionen von Jahren von Mutter Natur mit Perfektion einstudiert und eingeübt ist. Ist sie doch der Motor für 98% aller Fortentwicklung bzw. Artenentwicklung bei Mensch, Tier und einem Großteil der Pflanzen.

Wir wissen aus dem Tierreich, daß bei vielen Arten die Männchen unmittelbar nach der vollzogenen Begattung sterben oder sogar von den Weibchen getötet oder gefressen werden (z.B. Spinnen). Der Begattungsakt ist deshalb biologisch ein geradezu elementarer Akt, er ist bei jeder Tier- und Pflanzenart in einem eigenen speziellen Sexualprogramm festgelegt. Das Funktionieren dieser Spezialprogramme hat über Millionen von Jahren darüber entschieden, ob die Art überleben konnte, sich weiterentwickeln konnte. Es war weiterhin integriert in ein Sozialprogramm jeder einzelnen Art, d.h. der Verteilung der verschiedenen Funktionen auf die Mitglieder eines Rudels, Herde, Familie oder bei den Pflanzen einer „Kolonie“ einer Pflanzenspezies oder mehrerer Kolonien etc. (z.B. männliche und weibliche Kiwi-Pflanzen, d.h. Zweihäusigkeit).

8.4.5 Die Häufigkeit des Orgasmus

Wenn wir die Verhaltensweisen uns verwandter Säugetierarten mit den Verhaltensweisen bei uns Menschen vergleichen, dann tun wir das zum besseren Verständnis, weil wir Menschen uns durch unsere Zivilisation schon so weit von den natürlichen, unreflektierten und weltanschauungsfreien Verhaltensweisen entfernt haben. Wir tun es mit allem Vorbehalt und selektiv, angesichts der Verschiedenheit der Rassen. Eigentlich brauchten wir diese Vergleiche nicht, wenn wir uns an den sog. Naturvölkern orientieren würden, die noch entsprechend ihrem natürlichen Code zusammenleben. Von diesen sind wir Zivilisationsmenschen jedoch inzwischen meilenweit ent-

fernt, obwohl gerade sie es sind, die nach dem uns eingegebenen natürlichen Programm als einzige optimal angepaßt leben.

Gehen wir mit unserem domestizierten Wolfsrüden (= Hund) durch einen Park spazieren, so trifft er leicht drei oder vier domestizierte Wölfinnen (= Hündinnen), die häufig und empfängnisbereit sind und die er bespringen möchte. Ein frei in der Natur in seinem Rudel lebender Wolfs- "Chef" macht das aber nur höchst selten und zwar nur dann, wenn das Rudel nach Verlusten aufgefüllt werden muß. Und selbst bei Beutetieren, die durch Überschüßvermehrung ihre Art zu erhalten versuchen (Kaninchen, Schafe etc.) erfolgt der Begattungsakt mit Sinn und nach Plan.

Der natürliche Plan sieht für uns Menschen wahrscheinlich vor, daß eine Frau nach Schwangerschaft und dreijähriger Stillzeit nur alle 4 Jahre etwa wieder empfängnisbereit ist, einen Eisprung hat und möglicherweise *nur* dann den Liebesakt vollzieht. Statt dessen wird bei uns Zivilisationsmenschen zunehmend der biologisch „heilige Liebesakt“ zum billigen täglichen Amüsierspielchen herabgewürdigt, zu dem speziell die Frau immer bereit sein soll.

Mir liegt nichts ferner, als mit meinen humanbiologischen Betrachtungen ein weiteres Kapitel der mehr oder weniger schlüpfrigen Sexualliteratur zu liefern, sondern ich möchte mir mit Dir, lieber Leser, ernsthaft biologische Gedanken machen über den biologisch heiligen Akt der Liebesvereinigung zwischen Mann und Frau zum Zweck der Zeugung eines neuen Menschen.

8.4.6 Welche Relais im Gehirn reagieren als Hamersche Herde beim einseitigen oder sog. einfachen Orgasmus?

Nun, vorausgesetzt es besteht kein hängend aktiver Vorkonflikt cortical, dann reagiert beim rechtshändigen Mann und bei der linkshändigen Frau die rechte Hirnseite, wenn der Orgasmus eintritt.

Woran kann man das sehen?

Sehr einfach: Es ist schon so viel über die Liebe geschrieben worden, so viel über den Orgasmus. Aber nie hat jemand konsequent beobachtet. Man hat immer versucht, das Phänomen psychologisch zu verstehen, hat gemeint, verschiedene Orgasmen hingen nur mit der Intensität der Engagements zusammen. Das war so nicht richtig.

Der rechtshändige Mann und die linkshändige Frau, sofern sie eben nur einen einfachen Orgasmus haben und zwar einen klitoralen, können mit dem gesamten Revierbereich rechts reagieren einschließlich Geruchsbereich

(fronto-basal rechts) und Hörbereich (temporo-basal rechts). Es kann aber auch sein, daß nur ein einziges oder zwei Relais als Hamersche Herde reagieren, je nachdem wie die Schienen gelegt sind. Diesen Mechanismus werde ich später noch genauer erklären.

Wenn also z.B. das motorische Bronchial-Relais mitreagiert, und das ist sehr häufig der Fall, dann haben beide Gruppen ein sog. „verlängertes Exspirium“ (verlängerte Ausatmungs-Phase bei jedem Atemzug), ähnlich wie beim Bronchialasthma. Es ist aber kein Bronchialasthma, das gibt es nur beim sog. „doppelten Orgasmus“, sondern wir nennen es ein Bronchial-Keuchen mit verlängertem Exspirium.

Die Begriffe Ejakulation beim rechtshändigen Mann und klitoraler Orgasmus bei der linkshändigen Frau, beide dem rechts-cerebralen Revierbereich zugehörig, entsprechen sich beim sog. „einfachen Orgasmus“.

Vom „einfachen“ oder „einseitigen“ Orgasmus sprechen wir, unabhängig davon, wieviele Relais als Hamersche Herde auf dieser rechten Hirnseite mitreagieren. Wieviele mitreagieren, hängt von der oder den „Schienen“ ab. Diese Schienen können bei der ersten Liebe gelegt werden, sie können aber auch bei späteren „Rezidiven“ hinzukommen.

Umgekehrt ist es natürlich bei der rechtshändigen Frau und beim linkshändigen Mann. Während die rechtshändige Frau aber durchaus „nur“ einseitig, d.h. mit „einfachem“ (vagino-rectalen) Orgasmus reagieren kann, kommt ein recto-analer einseitiger oder einfacher Orgasmus beim linkshändigen Mann eigentlich fast nur bei Homosexuellen vor (durch Analverkehr ohne Ejakulation).

Normalerweise reagiert der nicht impotente linkshändige Mann „doppelhirnseitig“ oder mit „doppeltem“ Orgasmus, was in Abschnitt 3 behandelt wird und praktisch stets eine kurzfristige schizophrene Konstellation darstellt. In Abschnitt 2 soll die Frage behandelt werden, ob nicht solche doppelseitigen pcl-Phasen mit beidseitigem oder doppeltem Orgasmus auch zwei kontra-laterale (d.h. auf beiden Hemisphären) konfliktaktiv-ähnliche Prozesse vorangegangen sein müssen.

Die Symptomatik der rechtshändigen Frau beim einfachen (vagino-rectalen) Orgasmus kann u.a. ein Kehlkopf-Stöhnen mit verlängertem Inspiration (Einatmungs-Phase bei der Atmung) sein, („ihr bleibt die Luft weg.“ u.a.). Natürlich können hier wieder alle konsekutions-pflichtigen¹³⁶ Relais der linken Hirnseite (cortical) mitreagieren, insbesondere die des links-cerebralen Revierbereichs, immer natürlich vorausgesetzt, es besteht kein hängend-aktiver corticaler Vorkonflikt.

¹³⁶ konsekutiv = folgend, Folge

Bei der rechtshändigen Frau sehen wir also beim einfachen Orgasmus häufig ein verlängertes Inspirium, sie „schnappt nach Luft“.

Bei diesem ganzen Thema muß noch ein Moment besonders betont werden: In der Natur ist der Orgasmus und der gesamte Begattungsakt eine sehr ernste Angelegenheit. Das können viele Menschen heute nicht mehr verstehen, denen ein „quicky“ nicht mehr bedeutet als der Genuss einer Zigarette. Für unseren Computer Gehirn ist dieses zentrale biologische Moment - ohne Pille, Abtreibung und Kondom nach wie vor eine äußerst ernste biologische Sache geblieben. Ein erneuter Blick hinüber ins Tierreich zeigt, wie ernst der Begattungsakt dort empfunden wird. Folglich muß er biologisch auch entsprechend wichtig sein, aber eben nur „zu seiner Zeit“. Denn dieser Akt ist ja integriert in den Gesamtlebensplan einer Art, setzt neue Programme (Schwangerschaft) und evtl. Sonderprogramme in Gang, z.B. wenn es Störungen bei der Aufzucht der Jungen gibt.

8.4.7 Das sog. „Springen“ („Springen“ = von einer Hemisphäre auf die Gegenhemisphäre) eines Konfliktes und damit auch der Art des Orgasmus bei hängend-aktivem Vorkonflikt oder Änderung der Hormonlage. Die Impotenz.

Unsere biologische Sicht des Liebesaktes, die den Vorteil hat, reproduzierbar und damit im naturwissenschaftlichen Sinne beweisbar zu sein, erklärt uns so ziemlich alle Phänomene, die wir bisher teilweise gesehen hatten aber nie einzuordnen vermochten, auf eine ganz einfache und einleuchtende Art. Schon gar nicht kann man diese Phänomene des Liebesaktes psychologisch erklären, was wir ja immer ohne Erfolg versucht hatten. Diese archaischen Dinge laufen biologisch ab und haben auch ihren Biologischen Sinn! Daß wir ihn bisher nicht verstanden hatten, ändert daran nichts.

Ändert sich bei einer rechtshändigen Frau die Hormonlage, entweder durch einen Konflikt im weiblichen Revierbereich links mit SBS oder durch Schwangerschaft, Verlust-Konflikt mit Eierstocks-Nekrose, Klimakterium oder Anti-Baby-Pillen-Einnahme, dann reagiert sie von da ab auf der rechten Hirnseite und der Eisprung bleibt aus. Bei einem sexuellen Konflikt z.B. mit Gebärmuttermund/hals-Ulcera und Koronarvenen-Ulcera ändert sich mit Ausbleiben des Eisprungs und Wechsel der Hirnseite nach der akuten Phase des Konflikts auch das Gefühl, d.h. die Frau fühlt jetzt „männlich“. Sie wird jetzt entweder maskulin lesbisch oder bevorzugt einen weiblichen Mann, für den „sie“ der „Mann“ ist. Aber mit diesem Wechsel auf die

rechte Hirnseite wechselt auch die Art des Orgasmus: Eine solche Frau bekommt jetzt den männlichen, klitoralen Orgasmus. Sie würde damit innerhalb der natürlichen Großfamilie eine ganz andere Stellung einnehmen, die „sie“ bei länger andauerndem Konflikt auch behalten würde, weil dann die natürlichen Mechanismen einsetzen würden, diesen Konflikt bis ans Lebensende nicht mehr zu lösen (zur Vermeidung eines tödlichen Rechtsherz-Infarktes mit Lungenembolie). Gegenüber ihrem Ehemann ist eine solche männlich reagierende Frau nun „frigide“.

Die sog. Frigidität gilt bei uns derzeit als krankhaft oder unnormal. Nun, die Frigidität wäre für die Frauen des „homo sapiens“, wie ein Blick zu den Naturvölkern zeigt, sicherlich für 95% der Zeit im geschlechtsfähigen Alter das Normale. Denn während der Schwangerschaft und der dreijährigen Stillzeit ist eine Frau normalerweise nicht bereit zum Liebesakt. Unsere parabiologische sog. Zivilisation will uns einreden, die Frauen müßten jede Nacht zum Liebesakt, zu den sog. „ehelichen Pflichten“, bereit sein und das sogar noch mit der Pille, dem Schwangerschafts-Verhütungsmittel, das die Frauen (passager) maskulin macht. Wenn sie das nicht sind, gehören sie psychotherapiert...

Wie unsinnig das alles ist, sehen wir erst jetzt, wo wir die Sache ursächlich verstehen können. In Wirklichkeit haben wir so ziemlich alles falsch gemacht, was wir nur falsch machen konnten. Und in diesem zunehmend immer schlimmeren biologischen Chaos siedelten dann die Religionen und Konfessionen ihre willkürliche Sexualmoral an, mit der sie - man denke nur an die aus religiösen Ursachen veranlaßten Abtreibungen - unendliches Leid und Not über die armen Frauen gebracht haben.

Da die kirchliche Sexualmoral, besonders in der katholischen Kirche, fast ausschließlich von unverheirateten (und zumeist schwulen) Männern sanktioniert wurde, wurde den Frauen nur die gerade eben unvermeidliche Sexualität zugestanden, die im Idealfall „unbemerkt“ wie bei der Zeugung Jesu durch den „Heiligen Geist“, Maria unbemerkt und unsexuell begattet hatte.

Zugegebenermaßen wäre eine solche „Minimalsexualität“ der Frau, d.h. eine Sexualität nur zum Zweck der Zeugung der Biologie noch einigermaßen nahe gekommen, wenn man nicht im 13. Jahrhundert die sog. „Einehe“ für das einfache Volk eingeführt hätte. Dagegen hatten die Grafen (= grafoi = Gerichtsvollzieher), Ritter, Fürsten, Äbte und Fürstbischöfe das sog. „ius primae noctis“, d.h. das „Recht“ der ersten Nacht. Sie durften also jedes unschuldige Mädchen ihrer Untertanen nach Belieben und so oft sie wollten vergewaltigen. Aus diesem Sexualsklaventum der Frau hat sich unsere Sexualmoral entwickelt.

Beginnen wir beim *Springen der Hirnseiten* ganz systematisch:

L Die rechtshändige Frau empfindet als Regelfall den vagino-analen (oder vagino-rectalen) Orgasmus. Allerdings kann man natürlich durch entsprechende Stimulation auch den klitoralen Orgasmus auslösen.

Der vaginale wird von der linken Hirnseite ausgelöst, der klitorale von der rechten Hirnseite.

2. *Die linkshändige Frau* empfindet als Regelfall den klitoralen Orgasmus, ausgelöst von der rechten Hirnseite.

Allerdings kann durch entsprechende Stimulation auch der vagino-recto-anale Orgasmus von der linken Hirnseite ausgelöst werden.

3. *Der rechtshändige Mann* empfindet im Regelfall den peno-klitoralen (von Penis und Klitoris) Orgasmus, ausgelöst von der rechten Hirnseite.

Allerdings kann durch entsprechende Stimulation auch der recto-anale Orgasmus durch die linke Hirnseite ausgelöst werden.

4. *Der linkshändige Mann* hat im Regelfall den recto-analen Orgasmus, dazu aber im Regelfall ebenfalls den peno-klitoralen Orgasmus, durch den ja nur die Ejakulation ausgelöst werden kann. Also den „doppelten“ Orgasmus. Der linkshändige Mann hat also im Regelfall den stärksten, weil doppelten, Orgasmus.

Wird durch einen Biologischen Konflikt oder Änderung der Hormonlage die Hirnseite gewechselt (sog. Springen), dann ergeben sich folgende Möglichkeiten:

1. *Die rechtshändige Frau* wird im Regelfall vaginal impotent, dafür kann sie jetzt den klitoralen Orgasmus als Regel-Orgasmus empfinden. Sie wünscht nun, wenn überhaupt, Sex mit weiblichen Männern („Softies“) und den Liebesakt in männlicher Art mit klitoralem Orgasmus. Da die Männer dafür meist nicht sehr viel Verständnis haben, gilt sie als „frigide“, was sie im Falle eines Biologischen sexuellen Konfliktes auch wirklich ist.

2. *Die linkshändige Frau* hat, das sieht man hier besonders gut, biologisch eine ganz andere Funktion als die Rechtshänderin. Auch sie ist, so widersprüchlich sich das auch anhört, passager sexuell blockiert, empfindet aber nun, wo sie die rechte, männliche Gehirnhälfte zugeschlossen hat, erstmals im Regelfall den vaginalen Orgasmus und kann eigentlich besser schwanger werden als vorher, als sie mit der rechten Hirnseite im Regelfall den klitoralen Orgasmus empfunden hatte. Sie wird, trotz oder wegen des sexuellen Konflikts, geradezu

zur Schwangerschaft gezwungen, im biologischen Sinne, versteht sich.

3. *Der rechtshändige Mann* empfindet, nachdem bei Nichtlösen seines Konfliktes die rechte Hirnseite zugeschlossen ist, im Regelfall nur noch den recto-analen Orgasmus. D.h. er ist homosexuell bzw. bezüglich des Penis mehr oder weniger (*impotentia coeundi*) *impotent!*
4. *Der linkshändige Mann* ist zwar psychisch passager blockiert aber er empfindet nun erstmals im Regelfall den auf der rechten Hirnseite ausgelösten peno-klitoralen Orgasmus, so daß ein solcher Linkshänder mit Revier-Konflikt wenigstens eine Zeit lang als Revierchef-Ersatz fungieren kann, was die Begattung betrifft, auch wenn er bei länger anhaltendem Revier-Konflikt zum „Macho-Schwulen"¹³⁷ wird.

Ob ich dies alles schon jetzt beim ersten Mal gleich ganz richtig einordne, biologisch richtig einordne, weiß ich nicht. Zu schwer fällt gerade uns Ärzten, die wir Jahrhunderte gewöhnt waren, diese Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme als Bösartigkeiten, „krankhafte Störungen“, Insuffizienzen, Pannen oder dgl. anzusehen, nunmehr sofort zu verstehen, daß diese SBS von Mutter Natur auch dafür eingesetzt werden, soziale Relationen und Zusammenhänge, Familien, Herden, Rudel, Sippen etc. zu bilden, für die diese vermeintlichen „Störungen“, Funktionsänderungen und „Impotenzen“ sogar ausgesprochen sinnvolle und überlebensnotwendige Vorgänge sind, eben Sinnvolle Biologische Sonderprogramme der Natur (SBS).

Ich hoffe, Ihr werdet, liebe Leser, nicht enttäuscht sein, wenn Ihr nun, sofern Ihr sie lest, Beschreibungen des Liebesaktes, der stets als irrational und eigentlich „unbeschreiblich“ galt, in Zukunft ganz anders lesen und verstehen werdet! Noch viel phantastischer als bisher - allerdings weniger irrational!

Der doppelseitige oder kurz „doppelte Orgasmus“ der „Liebesrausch,“ das, wofür Schriftstellern bei der Beschreibung des Glücks des Liebesaktes die Worte ausgehen, nämlich der „doppelte Orgasmus“, das können wir jetzt in wissenschaftliche Worte fassen, ohne daß es dadurch an Faszination verliert.

¹³⁷ Näheres hierzu im Kapitel „Die Entstehung der spontanen Verbrechen bzw. Straftaten“

Definition:

Der „doppelte“ Orgasmus ist die gleichzeitige von den beiden Revierbereichen beider Hemisphären ausgelöste epileptoide Krise des natürlichen Begattungs-SBS, nämlich

- a) die von der linken Hirnseite gesteuerte vagino-recto-analen und
- b) die von der rechten Hirnseite gesteuerte peno-klitoralen epileptoide Krise.

Im Augenblick der gleichzeitigen, beidhirnseitigen, corticalen epileptoiden Krise ist der Liebende in der schizophrenen Konstellation. Dieses Gefühl des kurzzeitigen „Wahnsinns“ hat bisher einen Großteil der Faszination des Liebesaktes ausgemacht. Wir nannten es „Liebesrausch“.

Bei den Tieren, die ja, was die weiblichen Tiere betrifft, diesen Liebesakt nur in der Zeit vor dem Eisprung und nur zum Zweck der Zeugung vollziehen, sehen wir diesen „doppelten Orgasmus“ viel häufiger als bei den Menschenfrauen, wo ja die Zeugung gerade vermieden werden soll und nur der Lustgewinn gewollt ist.

Im Normalfall, d.h. ohne Konflikt und ohne Hormonveränderung, haben der linkshändige Mann und die rechtshändige Frau einen gewissen „Vorteil“, den „Liebesrausch“ zu erleben: Der linkshändige Mann erlebt ihn quasi im Regelfall, weil er den recto-analen Orgasmus aufgrund seiner Linkshändigkeit und den peno-klitoralen zur Ejakulation notwendigerweise erlebt. Die rechtshändige Frau erlebt den vagino-recto-analen Orgasmus als Regelfall und kann dazu leicht durch entsprechende Liebestechnik den klitoralen Orgasmus gleichzeitig dazu erleben.

Es ist auch hier, wie bei so vielen Dingen in der Neuen Medizin: Theoretisch ist die Sache wohl einfach zu verstehen. Aber mit den Details beginnen die Probleme des Verständnisses. Wir müssen ja immer daran denken, daß die verschiedenen Orgasmen bei uns Menschen weitgehend künstlicher bzw. unbiologischer Art sind. Sie werden durch die unbiologischen Vorschriften unserer verschiedenen Großreligionsstifter noch komplizierter und unverständlicher.

8.4.8 Sexualität in der sog. „Schizophrenen Konstellation“

Betrachten wir wieder unsere 4 Gruppen:

L die rechtshändige Frau, die ja möglicherweise biologischerweise nur alle 3-4 Jahre (nach Schwangerschaft und anschließender Stillzeit) einen Or-

gasmus erleben würde, und zwar vor einem Eisprung, würde sich in der schizophrenen Konstellation beider Revierbereiche, die wir hier untersuchen wollen, ganz verschieden verhalten können.

Grundsätzlich würden wir ja einen solchen Zustand eine „postmortale Konstellation“, bisweilen bei Akzentuierung des linken Hirnseiten-Konfliktes eine „suizidale Konstellation“ oder, wenn beide Schienen sexuellen Charakter haben, eine „nymphomanische Konstellation“ nennen. Denn ein Revierbereichs-Konflikt braucht ja noch nicht unbedingt ein sexueller Konflikt im speziellen Sinne zu sein.

Hier ist der Begriff der sog. Schiene von großer Bedeutung: Denn es gibt nur zwei Möglichkeiten:

- a) wenn die Schiene ein- oder doppelseitig nicht die eigentliche Sexualität betrifft, kann, mit epileptoiden Krisen in der pcl-Phase, trotzdem eine ein- oder doppelseitige Impotenz (*impotentia coeundi aut/et generandi*) resultieren.
- b) betrifft die Schiene aber ein- oder doppelseitig die eigentliche Sexualität, dann erfolgt bei jedem ein- oder doppelseitigen Rezidiv auch eine nachfolgende epileptoide Krise, allerdings sehr abgeschwächt, wie das ja in der schizophrenen Konstellation üblich ist.

Wir sehen also, wie hier Impotenz und abgeschwächter, sogar doppelseitiger oder einfach „doppelter“ (abgeschwächter) Orgasmus eng beieinander liegen. Selbstverständlich wären solche Vorgänge in der Natur oder bei Naturvölkern sehr selten.

In der Zivilisation hat man den Menschen eingeredet, daß Sexualität zum täglichen Bedürfnis gehöre wie Essen, Trinken oder Schlafen. Das ist natürlich biologisch quasi „ohne Sinn und Verstand“, was da willkürlich manipuliert wird. Aber selbst wenn etwas biologisch völlig Unsinniges geschieht, verläuft es doch stets nach den archaischen 5 Biologischen Naturgesetzen.

Konkret: Die rechtshändige Frau, die in schizophrener Konstellation beider Revierbereiche ist, die keinen Eisprung mehr gehabt hatte und nach einer gewissen Zeit nach dem 1. DHS (linke Hirnseite) zunächst männlich reagiert hat, keinen vagino-recto-analen Orgasmus mehr bekommen konnte - außer bei der Schiene - die nach dem 2. DHS, diesmal auf der rechten Hirnseite, auch nicht mehr richtig männlich reagiert, d.h. auch keinen klitoralen Orgasmus mehr bekommt, (außer bei der Schiene) die ist in manisch-depressiver, postmortaler, nymphomanischer Konstellation (letzteres nur sofern der Konflikt auf der linken Hirnseite betont ist). Wir nennen dies dann Nymphomanie.

Solche Frauen sind z.B. häufig auf „platonischer Männer-Anmache“ oder sie wollen z.B., wenn das die Schiene war, dauernd klitoral masturbieren werden oder machen es durch Selbstbefriedigung. Dabei, das dürfen wir nicht vergessen, können solche Frauen in der schizophrenen Konstellation, die ja durch den 2. Konflikt (auf der rechten Hirnseite) ihren Eisprung und sog. Periode wiederbekommen haben, durchaus schwanger werden: Die biologische Lösung dieses Zustandes.

2. *Die linkshändige Frau*, die ja biologischerweise auch nur alle 3-4 Jahre (nach Schwangerschaft und Stillzeit) einen Orgasmus in der Zeit vor dem Eisprung bekommt und dann regulärerweise einen klitoralen, hat nach dem 1. biologischen Konflikt im Revierbereich auf der rechten Hirnseite, ein ganz und gar anderes Hormonprofil als die Rechtshänderin nach dem 1. Konflikt (auf der linken Hirnseite). Denn sie hat ja weiter einen Eisprung und einer sofortigen Schwangerschaft steht trotz eines möglicherweise sexuellen Konflikts im rechten Revierbereich nichts im Wege.

Auch wenn diese Linkshänderin noch einen 2. Konflikt erleidet, diesmal auf der linken Hirnseite, ebenfalls im (weiblichen) Revierbereich, verliert sie trotzdem nicht ihren Eisprung, wenn sie nicht schon im Bereich der Wechseljahre ist.

Auch sie hat nun die manisch-depressive, postmortale und obligat nymphomanisch-depressive Konstellation. Denn sie erleidet ja 2 mal hintereinander einen sexuellen Konflikt, zuerst auf der rechten Seite, dann auf der linken nochmals. Der Zustand kann im Prinzip „nympho-depressiv“ sein und nymphomanisch, sofern der Konflikt auf der linken Hirnseite akzentuiert ist. In der schizophrenen Konstellation sind Links- und Rechtshänderin wieder vergleichbar.

Auch hier gilt, hinsichtlich Frigidität (Impotenz) das gleiche wie für die Rechtshänderin. Auch hier kommt es darauf an, ob die Sexualität die eigentliche Schiene war, entsprechend ist der Orgasmus. Allerdings kommt hinzu, daß durch Gewöhnung, z.B. Selbstbefriedigung, eine Art „Bahnung“ gesetzt ist, wie wir das früher vielleicht richtig benannt hatten. Und, wie gesagt, müssen wir uns ja immer darüber im klaren sein, daß diese Dinge mehr oder weniger künstlich ausgelöst und in Gang gehalten werden, denn die biologische Lösung ist ja meist sehr einfach: Schwangerschaft! Und nach 3-4 Jahren werden „die Karten neu gemischt“!

3. *Der rechtshändige Mann* hat als Regelorgasmus den peno-klitoralen Orgasmus, von der rechten Hirnseite ausgelöst. Kann er seinen ersten Revier-Konflikt, den er ja auf der rechten Hirnseite erleidet, längere Zeit nicht lösen, dann darf er ihn biologischerweise auch nicht mehr lösen, weil er

sonst am Linksherz-Infarkt sterben würde. Er wird homosexuell und kann nun den recto-analen Orgasmus empfinden. Allerdings kann der Partner oder die „maskuline Partnerin“ den Penis-Orgasmus, wenn das die Schiene war, noch manuell oder oral künstlich auslösen, so daß er sogar, wenn auch den peno-klitoralen in herabgesetzter Stärke, einen gleichzeitigen doppelten Orgasmus erleben kann. Daher röhrt die weit verbreitete Ansicht der Homosexuellen, daß ja die „Normalen“ den Orgasmus gar nicht so intensiv erleben könnten wie die Homosexuellen. Gemeint ist dabei stets dieser doppelte Orgasmus.

4. Der linkshändige Mann erleidet den 1. Revier-Konflikt links-cerebral, wird dadurch manisch und anal orgasmus-unfähig. Er ist dann ein „psychisch quasi kastrierter“ Macho. Er ist aber in diesem Zustand immer noch begattungsfähig und auch bereit. Deshalb wird er naturgemäß vom Rudelführer gnadenlos gestellt und auch bei jeder Gelegenheit niedergemacht, so lange, bis er einen 2. Revier-Konflikt erleidet, diesmal auf der rechten Hirnseite, wodurch er in die schizophrene Konstellation kommt.

Er bleibt zwar noch erektionsfähig und manipulativ ejakulationsfähig, aber die Libido¹³⁸ ist quasi Null. Er kann „es auch ganz lassen“. Als solcher wird z.B. ein Wolf vom Rudel-Chef nunmehr akzeptiert. Im Kapitel über Psychosen werden wir sehen, daß diese Konstellationen auch nicht etwa Pannen der Natur sind, sondern ihren biologischen Sinn haben. Denn solche links-pfötigen Wölfe in schizophrener Konstellation sind im Falle des Todes des Rudel-Chefs und dem Fall, daß die Alpha-Wölfin aus irgendeinem Grund die vorübergehende Führung des Rudels nicht übernehmen kann, die einzigen, die die Nachfolge des Rudel-Chefs übernehmen könnten, wenn sie beide Konflikte lösen, denn alle anderen Zweit-Wölfe mit einseitigem Revier-Konflikt dürfen und wollen ihren Konflikt instinktiv nicht lösen, weil sie sonst an Links- oder Rechtsherz-Infarkt sterben würden.

Was für homosexuelle Männer gilt, gilt - mutatis mutandis - auch für die lesbischen Frauen, die diese Effekte mit Vibratoren zustande bringen. Bei der schizophrenen Konstellation, der manisch-depressiven, postmortalen, casanova-manischen Konstellation der Männer ist wieder alles möglich, je nachdem, welche Seite betont ist, welche Schienen bestehen, und welche Stimulations-Gewohnheiten. Leider gibt es bisher in dieser Hinsicht natürlich noch keine systematischen Hormonparameter, so daß wir nur Vermutungen anstellen können, aber keine Beweise haben. Das könnte sich in kürzester Zeit ändern, sollte ich eine Klinik haben.

¹³⁸ Libido = Kraft, mit der der Sexualtrieb auftritt

Selbstverständlich spielen auch die möglichen Verlust-Konflikte und die am Ende der pcl-Phase vermehrten Testosteron-Werte hier eine wichtige Rolle. Aus diesen vielen Einzelteilen kann man in etwa die Art des (einfachen oder doppelten) Orgasmus (Schienen!) oder der Impotenz berechnen, immer in dem Bewußtsein, daß das ja mit der Biologie meist nur noch die archaischen Grundmechanismen der 5 Biologischen Naturgesetze gemeinsam hat.

9 Der vegetative Rhythmus / Sympathicotonie - Vagotonie

Hätte ein einziger Arzt dieser Welt sich für den fundamentalsten Rhythmus der Biologie interessiert, den Tag/Nacht-Rhythmus oder Sympathicotonie Vagotonie Rhythmus und hätte er nur drei seiner an Krebs erkrankten Patienten daraufhin gewissenhaft untersucht, er hätte die Zusammenhänge des Krebses nicht übersehen können. Mich selbst schließe ich für die ersten fast 20 Jahre meiner ärztlichen Tätigkeit gleich mit ein.

Leider genießt die Beschäftigung mit Fragen des Biorhythmus in unserer Medizin kein hohes Ansehen, man kann sogar sagen, dieses Gebiet fristet ein Schattendasein. In den Büchern der Psychosomatik größter Dimension sind jeweils nur wenige Zeilen dafür vorbehalten. Und diese wenigen Zeilen sind noch höchst kümmerlich. Motto: Wenn es dort eine Störung gibt, nennt man es „vegetative Dystonie“, Punktum.

Auf dem Gebiet der Krebsentstehung, des Krebsverlaufs und der Heilung spielt der vegetative Rhythmus eine ganz zentrale Rolle!

Merke:

Die Änderung des vegetativen Rhythmus (Biorhythmus) ist das wichtigste diagnostische Kriterium der Krebserkrankung und zwar sowohl der Krebsentstehung als auch der Krebsheilung (DHS und CL).

Die Entstehung einer Krebserkrankung, also die Einleitung eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms, besteht, was den Biorhythmus anbelangt, in einer durch ein DHS entstandenen *Dauer-Sympathicotonie*, der post-conflictolytische Heilverlauf in einer *Dauer-Vagotonie!* Die endgültige Heilung besteht in einer Rückkehr zur *Normotonie!*

Der vegetative Zustand eines Patienten ist der Diagnostik bestens zugänglich. Man braucht dem Patienten nur die Hand zu geben um festzustellen, ob er kalte oder warme Hände hat d.h. ob er in Sympathicotonie oder Vagotonie ist.

Rhythmuschwankungen gelten als Kreislaufstörungen und werden auf „Normwert“ gebracht. Eine Woche oder 14 Tage halten das viele Menschen aus, wenn sie sich anschließend zu Hause vom Stress im Krankenhaus erholt haben können. Aber bei mehr als 4 Wochen wird es schon schwieriger. Er schwerend hinzu kommt noch das mangelnde Verständnis der Neuen Medizin durch die Ärzte: Wenn ich irgendeinen Patienten mit einer Komplikation (z.B. Pleurapunktion oder Bluttransfusion) in ein Krankenhaus geschickt

hatte, der bereits in der Heilphase (pcl-Phase) war, dann hieß es stets gleich: „Ach, da machen wir nichts mehr, der Kreislauf ist ja schon völlig zusammengebrochen vom Krebs. Unser Chef hat Morphium angeordnet.“ Den Angehörigen erzählte man dann, es habe doch keinen Zweck mehr mit dem Patienten, der Kreislauf sei doch schon völlig zusammengebrochen, man solle den in Ruhe sterben lassen. Nach wenigen Tagen war er dann auch wirklich unter Morphium verschieden.

Ich kenne sehr viele Patienten, die monatelang in solcher tiefen Dauer-Vagotonie gelegen haben in solcher vermeintlichen „Dauer-Kreislaufstörung“, die heute wieder fröhlich herumlaufen. Denn die Vagotonie-Phase, die Heilungsphase nach Conflictolyse ist ja eben auch nur eine Phase. Sie hat ihr ganz natürliches Ende, wenn der Organismus wieder in die Normotonie findet. Das darf aber von Natur aus erst sein, wenn der Organismus sowohl das Gehirn als auch das Organ wieder repariert hat, so daß das Individuum sich dem Kampf des Lebens wieder stellen kann. Würde ein Mensch oder Tier vor Abschluß der Reparatur seines Defekts wieder aufstehen und sich schon wieder in den Kampf ums Dasein stürzen, so wäre das glatter Selbstmord. Genauso wie der Organismus in der konflikt-aktiven Phase alle Kräfte mobilisiert, um den Konflikt zu seinen Gunsten zu entscheiden, genauso versucht er in der Heilungsphase völlige Ruhe zu haben, damit der Hamersche Herd im Gehirn und die Krebsgeschwulst am Organ abheilen können.

Ebenso wie man den 24-Stunden-Tag in eine Tag- und eine Nachtphase unterteilen kann, so könnte man eigentlich auch die Krebserkrankung in eine dauer-sympathicotone Tag- oder Konfliktphase und eine dauer-vagotone Nacht- oder Erholungsphase unterteilen. Und genauso wie der Mensch nachts nicht etwa krank ist, weil er schläft, und tagsüber nicht krank ist, weil er nicht schläft, genauso ist im Prinzip sowohl die konflikt-aktive Phase als auch die Heilungsphase etwas Normales.

Im Grunde ist deshalb auch die ganze Krebserkrankung etwas ganz und gar Normales. Es ist nichts weniger als eine wild gewordene Zelle, die da vermeintlich verrückt spielt und alles durcheinander bringt, die völlig unkontrolliert wächst und sich vermehrt und ihren angeblichen „Wirtsorganismus“ bekämpfen würde. Die Krebsgeschwulst, auf die sich der Ingrimm der Mediziner richtet, ist nur ein relativ harmloser Gradmesser für die eigentliche „Krankheit“ in der Psyche und im Gehirn. Im Grunde können wir einen Konflikt, den wir im Augenblick des DHS erleiden, auch als Test der Natur auffassen, ob unser Organismus noch in der Lage ist, mit einem solchen anschließenden Sonderprogramm fertig zu werden. Bestehen wir den Test nicht, müssen wir unseren Platz auf dieser Welt frei machen

für einen anderen Artgenossen, der diesen Test bestehen kann. Die Geschwulst am Organ aber zeigt nur, daß wir schon längere Zeit diesen Test nicht bestanden haben und es nun höchste Zeit wird, ihn zu bestehen. Diese Geschwulst wegzuschneiden, in der Hoffnung, nun sei die ganze Krankheit geheilt, ist so, als würde sich zur Mittagszeit ein Mensch die Augen zuhalten und sich einbilden, nun sei die Sonne untergegangen.

Solange wir den vegetativen Rhythmus, gleichsam den Pulsschlag der Natur, nicht begreifen, können wir auch die ganze Neue Medizin nicht begreifen. Alle Prinzipien und Gesetze in der Natur hängen zusammen, im Grunde sind es sogar am Ende nur wenige, auf die sich alles zurückführen läßt. Ein solches Prinzip ist der Rhythmus in der Natur, den wir, bezogen auf unseren Organismus, den vegetativen Rhythmus nennen.

Meine Patienten begrüßten sich morgens mit Handschlag: „Ach, schöne warme Hände haben Sie, dann scheinen ja bei Ihnen alle Sicherungen drin zu sein!“ Sicher, wenn man es jetzt weiß, ist es leicht zu sagen, man hätte es leicht herausfinden können müssen, weil doch jeder konflikt-aktive Krebs eine Dauer-Sympathicotonie und jeder Krebs in der Heilungsphase nach Konfliktlösung eine Dauer-Vagotonie zeigt. (Das gleiche gilt natürlich für die Krebsäquivalente).

Wie hängt denn nun dieses Phänomen mit unserem Biorhythmus zusammen? Wo liegt die Störung? Oder ist es überhaupt eine Störung? Die Fragen röhren an die Wurzel des Verständnisses von Krebs überhaupt.

Fangen wir ganz von vorne an: Es gibt zwei Phasen in unserem Tagesrhythmus:

1. die Tag-Phase:

In dieser Phase arbeiten und kämpfen wir. In dieser Phase müssen wir hellwach sein! Sie dauert etwa von morgens 4 Uhr bis abends 8 Uhr im Sommer, und von morgens 6 Uhr bis abends 6 Uhr im Winter. Die sog. „ergotropen¹³⁹“, Organe sind innerviert, d.h. die „Arbeitsorgane“ Muskeln, Herz, Gehirn.

2. die Nacht-Phase:

In dieser Phase schlafen wir. Psyche, Gehirn und Organe erholen sich von der Arbeit. In dieser Phase sind die sog. „trophotropen¹⁴⁰“, Organe innerviert und vermehrt durchblutet: Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse. Die Nahrung wird in Ruhe verdaut. Psyche, Gehirn und Organe, der ganze Organismus sammelt Kraft für den nächsten Tag.

¹³⁹ergotrop = physisch wirksam im Sinne einer Leistungssteigerung

¹⁴⁰trophotrop = auf die Ernährung (Nahrung) gerichtet, wirkend

Die sog. moderne Medizin hat jedoch versucht, diesen Tag/Nacht-Rhythmus zu ignorieren. Auf den Intensivabteilungen gibt es keinen Tag/Nacht-Rhythmus mehr. Es brennt immer Neonlicht, der Blutdruck, sicheres Anzeichen für den Unterschied von Tag- und Nacht-Rhythmus, wird rund um die Uhr, wie man so schön sagt, „stabil“ gehalten.

Schon da beginnt der Unsinn. Um also den Blutdruck, der bei jedem gesunden schlafenden Mensch systolisch¹⁴¹ unter 100 mm Hg sinkt, künstlich hochzuhalten, bekommt der Patient laufend „Kreislaufmittel“, was nichts anderes ist als Sympathicotonica. Praktisch wird es dem Patienten unmöglich, richtig tief zu schlafen.

Erinnern wir uns an das Schema über den zweiphasigen Verlauf aller sinnvollen Biologischen Sonderprogramme aus dem 7. Kapitel über die Zweiphasigkeit aller Erkrankungen bei Lösung des Konfliktes: Der normale Tag/Nacht-Rhythmus ist die Normotonie, in der 1. konfliktaktiven Stressphase herrscht Sympathicotonie, in der 2. konflikt-gelösten Heilungsphase Vagotonie, nach Abschluß der pcl-Phase wieder Normotonie. Zwischen DHS, CL und Re-Normalisation zur Eutonie hin, liegt z.B. eine Krebserkrankung.

Um den Sinn und das Wesen der Änderung des Biorhythmus verstehen zu können, wollen wir uns noch einmal am Beispiel des Hirschs einen typischen Revier-Konflikt vorstellen: Ein junger Hirsch bricht ins Revier des alten Hirsches ein, nutzt den Überraschungseffekt und jagt den alten Hirsch aus dem Revier. Der alte Hirsch erleidet ein DHS mit andauerndem Revier-Konflikt. Dieses DHS mit dem dazugehörigen Revier-Konflikt bedeutet gleichzeitig das Umschalten auf ein Sonder- bzw. Notprogramm. Es kann den alten Hirsch zu Tode bringen, aber es bedeutet auch seine Chance. Denn hätte er kein DHS erlitten, so sähe sein Organismus keinerlei Veranlassung, alle Kräfte zu mobilisieren. So aber mobilisiert er jetzt alle Kräfte, sein ganzer Organismus läuft auf Hochtouren. Er bereitet sich gründlich vor, dann trägt er einen Angriff an geeigneter Stelle vor, spielt seine ganze Kampfeserfahrung aus vielen Jahren aus. Dem ist der junge Hirsch nicht gewachsen. Er muß das Feld räumen. Der alte Hirsch hat seine Chance wahrgenommen, vielleicht für ein Jahr, vielleicht für zwei oder sogar drei Jahre, wer weiß. Irgendwann wiederholt sich das Gesetz des Kampfs um das Revier. Dann wird der alte Hirsch geschlagen von der Walstatt gehen, dem jungen Nachfolger gehört nun das Revier. Der alte Hirsch wird dann

¹⁴¹ Systole = Kontraktion eines muskulären Hohlorgans, im eigentlichen Sinne des Herzmuskels

von Kräften kommen, abmagern und schließlich an Entkräftung sterben wie ein Mensch, der an Krebs erkrankt ist und seinen Konflikt nicht zu lösen vermocht hat.

Sagt selber, ist ein DHS mit Sympathicotonie und Umschalten auf ein Sonderprogramm nun eine Störung oder ist es ein notwendiger Vorgang zum Überleben in der Natur? Die Natur hat viele Millionen von Jahren gebraucht, um dieses phantastische System in Hunderten von Variationen zu schaffen. Es hat sich bewährt. Deshalb kann ich nicht glauben, daß es nicht seinen Sinn hat, auch wenn wir kurzsichtigen Menschen das alles nur als „Störung, Krankheit“ etc. anzusehen in der Lage sind.

Sicher, den einzelnen Kranken kann das nicht trösten, wenn man ihm sagen würde, daß auch der Tod etwas biologisch Normales ist. Wir sind ja gewohnt, alle Krankheiten, Tumoren, Bakterien, ja selbst die einzelnen Symptome wie Fieber, Brechreiz, Oedeme etc. zu „bekämpfen“. Sie sind etwas „Schlechtes, Böses, Feindliches“, das den Menschen zerstören will. Ich glaube, wir müssen dringend lernen, ein neues Verständnis für das Wesen der Krankheit zu gewinnen.

Wenn wir so wollen, dann ist die konflikt-aktive, Krebsentstehungs-Phase gleichsam eine *Dauertag-Phase*. So ähnlich wird uns in der Ilias¹⁴² der „rasende Achilles“ beschrieben, der so lange rasend war, bis er Hektor getötet hatte, der ihm seinen Freund Patroidos getötet hatte. Kurz darauf erlag Achilles einem Herzinfarkt...

Der Patient, der im Dauertag-Rhythmus ist, kann nicht schlafen, hat erhöhte Adrenalin-Ausscheidung, nimmt an Gewicht ab, bis er endlich seinen Konflikt gelöst hat - oder ihn nie lösen kann.

Normalerweise folgt auf die konflikt-aktive Dauertag-Phase die post-conflictolytische Phase, die Heilungs- oder *Dauernacht-Phase*.

Jede Krebs- bzw. Krebsäquivalent-Erkrankung ist demnach ein in eine größere Dimension prolongierter Tag/Nacht-Rhythmus-Vorgang. Kaum anzunehmen, daß ein so geordneter Vorgang „zufällig“ sein könnte. Ausgeschlossen auch die Vorstellung der Zauberlehrlinge, daß ein solch geordneter Vorgang das zufällige Werk einer „wildgewordenen“ Zelle sein sollte ...

So läuft also unser gesamter Organismus an den zwei Zügelenden, der sympathischen und der parasympathischen Innervation, dem Tag/Nacht-Rhythmus zwischen Anspannung und Erschlaffung, zwischen Stressphase und Heilungsphase, zwischen konflikt-aktiver und konflikt-gelöster Phase, zwischen Krebsentstehung und Krebsheilung.

¹⁴² Ilias = Homers Epos über den Kampf der Griechen gegen Troja

Dieses vegetative Nervensystem ist das Zweitälteste Nervensystem unseres Körpers. Es stammt aus der Zeit, als die sog. Brücke oder Pons unseres jetzigen Hirnstamms quasi das „Großhirn“ unserer primitiveren Vorfahren war. Es muß vor etwa 80 bis 100 Millionen Jahren gewesen sein; noch bevor es Säuger gab, als erstmals der Tag/Nacht-Unterschied Bedeutung bekam, die Körpertemperatur regulierbar wurde und der Organismus eine Art Rhythmus-Uhr bekam, die den Tag/Nacht-Rhythmus anzeigen.

9.1 Das vegetative Nervensystem, Computerzentrale des biologischen Rhythmusgeschehens unseres Körpers

Wenn unser Organismus gesund ist, schwingt er in sog. Rhythmen und gleichzeitig in größeren Zyklen. Rhythmus nennen wir den Tag/Nacht-Rhythmus oder auch Wach/Schlaf-Rhythmus oder Anspannungs/Erholungsrhythmus oder sympatheticer/parasympatheticer (= vagotoner) Rhythmus.

Dieser Tag/Nacht-Rhythmus schwingt bei Mensch und Tier wie eine Uhr, wobei durchaus manche Tierarten („Nachttäger“) nachts die Anspannungsphase haben und tagsüber die Ruhephase. Dieser Rhythmus, den wir auch vegetativen Rhythmus nennen, ist ein zentraler Bestandteil unseres ganzen Organismus, ja unseres ganzen Lebens. Die Funktion aller unserer Organe wird von diesem vegetativen Rhythmus koordiniert. Das Nervensystem, das diese Koordination besorgt, nennt man das vegetative oder autonome Nervensystem. Man vergleicht es auch oft mit den beiden Zügelenden bei einem Pferd, zwischen denen unser Organismus gleichsam gehe wie ein Pferd. Der eine Zügel, der Sympathicus, zieht in Richtung Anspannung, der andere, der Parasympathicus, in Richtung Erholung, Ruhe.

Da der Hauptnerv der ganzen Gruppe des parasympathischen Nervensystems der Nervus Vagus ist, nennen wir die Ruheinnervation auch Vagotonie. Die sympathische Innervation und die parasympathische haben jede ihr eigenes „Telegraphennetz“, wie wir an den nachfolgenden Innervations-Schemata ersehen können.

Wichtig ist für uns im Rahmen dieses Buches das Verständnis dieser „nervösen Zügel“ unseres Organismus. Denn jede Zelle unseres Körpers wird von diesen Zügen gesteuert. Wir sehen das an der Dauer-Sympathicotonie während der konflikt-aktiven Krebswachstums-Phase und der Dauer-Vagotonie während der pcl-Heilphase Für das parasympathische

Telegraphennetz scheint eine „Linie“ ausreichend zu sein. Die zuständigen Poststationen, sog Ganglien, ziehen sich vom Hals bis zum Becken hinunter. Für das sympathische „Telegraphennetz“ scheint es zwei „Linien“ zu geben, ganz grob gesagt: eine, die parallel zur parasympathischen „Telegraphenleitung“ läuft, jedoch laufend ihre Impulse von der „Hauptleitung“, nämlich vom Rückenmark, bekommt, die zweite Telegraphenleitung ist die nervös-hormonale:

- Thalamus - Hypophyse - Schilddrüse
- Thalamus - Hypophyse - Inselzellen (α und β)
- Thalamus - Hypophyse - Nebennierenrinde

9.2 Parasympathicotonie = Vagotonie und Sympathicotonie

Wir hätten in der alten Schulmedizin mit den Begriffen Parasympathicotonie = Vagotonie und Sympathicotonie, nicht sehr viel anfangen können. Wir nannten das Ganze das vegetative Nervensystem. Und wenn jemand nicht schlafen konnte, nervös gereizt war oder dauernd müde war, dann sprachen wir von „vegetativer Dystonie“.

Inzwischen sind für uns in der Neuen Medizin Sympathicotonie und Vagotonie zentrale Begriffe geworden, seit wir wissen, daß sich ja alle Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme, sofern eine Lösung des biologischen Konflikts erfolgt, in diesem zweiphasigen Rhythmus abspielen. Darüber könnt Ihr Euch genügend informieren, liebe Leser, im Kapitel über das 2. Biologische Naturgesetz.

Aber der unterschiedliche vegetative Rhythmus, den man früher auch die beiden Zügel genannt hat, mit denen Mutter Natur jedes Individuum steuert, die gibt es ja nicht nur bei den Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen (SBS) sondern auch die sog. Normotonie ist ja zweiphasig. Von wenigen Tierarten abgesehen, den sog. „Nachtjägern“, ist ja die Tag-Phase die sympathicotone Stress-Phase (beginnend im Sommer um 3 Uhr, im Winter um 5 Uhr), die Nacht-Phase die Erholungs- oder Ruhe-Phase = vagotone Phase.

Die Chinesen nennen sie Yin und Yang, wobei Yin für das weibliche passive Prinzip steht und Yang für das männliche aktive. Im weiteren Sinne könnte man das weibliche Prinzip für Vagotonie und das männliche Prinzip Yang für die Sympathicotonie ansehen.

In den meisten Kulturen und Religionen sind solche Dualismen bekannt. Allerdings sind diese nie naturwissenschaftlich biologisch gemeint gewesen.

Denn alle Vergleiche würden hinken: In fast allen Kulturen steht Nacht für Finsternis, Kälte, Tod, der Tag für Leben, Licht und Wärme. In der Natur ist aber in der Nacht Erholung, Ruhe, Vagotonie, am Tag Streß und Konflikte, wenn man, wie gesagt, von den sog. „Nachtjägern“ absieht, die einen umgekehrten Rhythmus haben wie ihre Beutetiere. Dem trägt die Natur wiederum selbst Rechnung, indem die in der pcl-Phase befindlichen Beutetiere (beim SBS) erst gegen Morgen um 3 oder 4 Uhr, wenn es hell wird, schlafen können, um nicht vom Nachtjäger in der Dunkelheit im Tiefschlaf angefallen und getötet zu werden.

Wir wollen für dieses Auf und Ab in der Biologie einen neuen Begriff prägen:

der Biologische Wellen-Rhythmus

Sowohl die Normotonie als auch die Zweiphasigkeit des Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms sind dann Spielarten dieses Biologischen Wellen-Rhythmus. Dieser Biologische Wellen-Rhythmus ist meiner Meinung der Urmotor des Lebens überhaupt.

Wenn wir zunächst mal den allerersten Teil der Schöpfung von Mutter Natur überspringen bis zur ersten haploiden¹⁴³ Zelle, dann können wir sagen: Die erste haploide Zelle brauchte Sympathicotonie nach Althirn-Schema, um sich quasi innerlich zu verdoppeln und zur diploiden¹⁴⁴ Zelle zu werden, die wir fälschlicherweise stets in der Biologie als die erste Zelle ansehen (siehe Kapitel über die Biogenetischen Grundregeln). Mit dieser allerersten haploiden Zelle sind nicht die Ei- und Samenzelle gemeint, die sich zur befruchteten diploiden Zelle vereinigen.

Innerhalb des großen Biologischen Wellen-Rhythmus der Zellvermehrung nach Althirn-Schema mit Sympathicotonie verlaufen die „kleinen Biologischen Wellen“, denn jede „innere Zellvermehrung“ auf den vierfachen Chromosomensatz als sympathetic Phase ist gefolgt von einer Zellteilung oder Teilung des doppelten Chromosomen-Satzes als vagotone Phase.

Die „große Biologische Welle“ setzt dann wie mit einer Konfliktlösung in der Schwangerschaft z.B. bei Mutter und Kind mit dem Ende des 3 Schwangerschafts-Monats mit der vagotonen Teilung der Keimbahnzellen noch nach Althirn-Schema und des nunmehr folgende 2. (vagotonen) Teils der „Biologischen Welle“ mit Zellvermehrung nach Großhirn-Schema.

¹⁴³ haploid = mit einfachem Chromosomensatz

¹⁴⁴ diploid = zwei übereinstimmende Chromosomensätze im Zellkern von Organismen mit sexueller Fortpflanzung

Diese Dinge kann der daran interessierte Leser im Kapitel über die Biogenetischen Grundregeln in diesem Buch nachlesen. Hier geht es mir hauptsächlich darum zu zeigen, daß in der Natur praktisch alles in dieser Wellenform, diesem „Biologischen Wellen-Rhythmus“, verläuft, dem Urmotor des Lebens.

Über den Biologischen Wellen-Rhythmus ist alles Leben dieser Welt miteinander vernetzt: zum

Lebenswellen-Rhythmus, Jahreswellen-Rhythmus, Monatswellen-Rhythmus und Tageswellen-Rhythmus

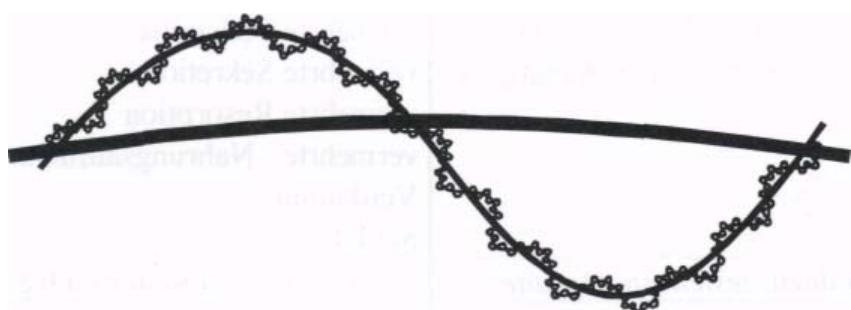
kommen die immanenten kleinen Wellen-Rhythmen hinzu, die die gesamte Natur miteinander vernetzen.

Wir Menschen kommen uns schon sehr klug vor, wenn wir drahtlos über Radiowellen miteinander um den Erdball herum telefonieren können.

Aber wir wissen ja längst, daß auch zwei Gehirne (sog. Telepathie!) ohne technische Hilfsmittel miteinander kommunizieren können. Und wir wissen auch, daß Mensch und Tier nicht nur die Wellen der Angehörigen ihrer eigenen Art miteinander austauschen können, sondern auch die anderer Rassen und Arten. Ja, im Grunde ist die ganze Natur, einschließlich der Pflanzen, ein einziger riesiger Wald von Sender- und Empfängermasten.

Alle Individuen senden und alle empfangen.

Der Biologische Wellen-Rhythmus



Betrachten wir jetzt die sog. vegetative Innervation des Menschen, so sehen wir, daß die

sympathicotone Innervation durch den Grenzstrang des Sympathicus verläuft,
dagegen die

parasympathische (= gegen-sympathische) oder vagotone Innervation durch den Nervus Vagus, den 10. Kopfnerv.

Beide Innervationen waren entwicklungsgeschichtlich schon verlegt, und zwar außerhalb des Rückenmarks, als es zu dem entwicklungsgeschichtlich so bedeutsamen Aufbrechen der Ringstruktur unserer „Vorfahren“ kam.

Die bereits entwicklungsgeschichtlich in den Kot ausführenden Darmteil eingewanderte quergestreifte Muskulatur und Plattenepithel-Haut und -Schleimhaut, hatte nun keine Innervation mehr, denn die ursprüngliche Innervation der eingewanderten Muskel- und Haut-Anteile war ja miteingewandert.

Ab dem 5. Lumbal-Segment mußte nunmehr die ganze Innervation für die „eingewanderten Anteile“ über das Rückenmark neu verlegt werden. Deshalb sind bei einer Querschnittslähmung diese Anteile (Blasen- und Anal-Schließmuskel, Gebärmutterhals-Muskulatur und Scheiden-Muskulatur, sowie Blasen- und Rektumampullen-Muskulatur und die zugehörigen sensiblen Plattenepithel-Schleimhäute) gelähmt, während der gesamte Magen-Darm-Trakt sympathisch und parasympathisch durch den Grenzstrang des Sympathicus und Vagus innervativ versorgt bleiben. Denn deren Versorgung läuft eben nicht durch das Rückenmark.

Bei der Sympathicotonie und Parasympathicotonie (= Vagotonie) muß man nun gut unterscheiden:

Sympathicotonie		Vagotonie
<i>althirn-gesteuerte Organe</i>		<i>althirn-gesteuerte Organe</i>
Ruhe verminderte Tätigkeit des Magen-Darm-Trakts und seiner Anhangsorgane		vermehrte Tätigkeit z.B.: vermehrte Peristaltik vermehrte Sekretion vermehrte Resorption vermehrte Nahrungsaufnahme und Verdauung Schlaf
<i>großhirn-gesteuerte Organe</i>		<i>großhirn-gesteuerte Organe</i>
vermehrter Streß, Kampf ums Da-sein, Organismus ist hellwach. Alle großhirn-gesteuerten Organe haben vermehrten Stoffwechsel, sind dauernd in Alarmbereitschaft. Der Organismus ist hinsichtlich seiner Umgebung zu Höchstleistungen fähig.		Ausruhen von den Höchstleistungen. Erholung und Regeneration aller großhirn-gesteuerten Organe im Schlaf oder in der Ruhe. Nur die notwendigsten Wächter (Ohren, Geruch, ...) sind noch eingeschaltet, um das Anschleichen eines Feindes zu melden.

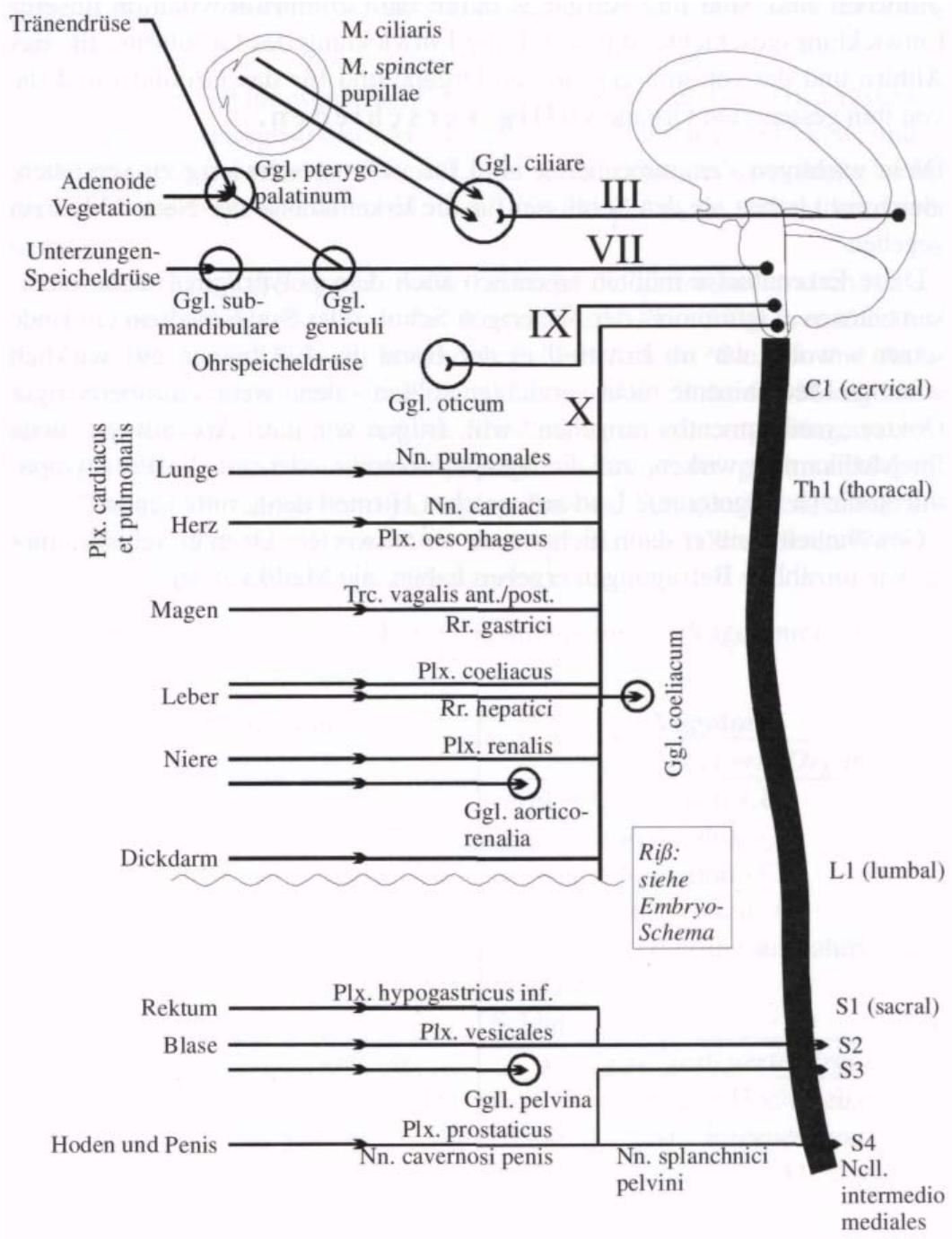
Obwohl von der frühesten Entwicklungsstufe bis zur heutigen Entwicklungsstufe die Sympathicotonie und die Parasympathicotonie immer gleich geblieben sind, sind ihre Aufgaben durch die Großhirn-Revolution unserer Entwicklungsgeschichte, d.h. durch die Entwicklung des Großhirns, für das Althirn und die von ihm gesteuerten Organe und für das Großhirn und die von ihm gesteuerten Organe **völlig verschieden**.

Diese wichtigen Zusammenhänge sind für viele so schwierig zu verstehen, gleichwohl haben sie den Schlüssel für die Erkenntnisse der Neuen Medizin gegeben.

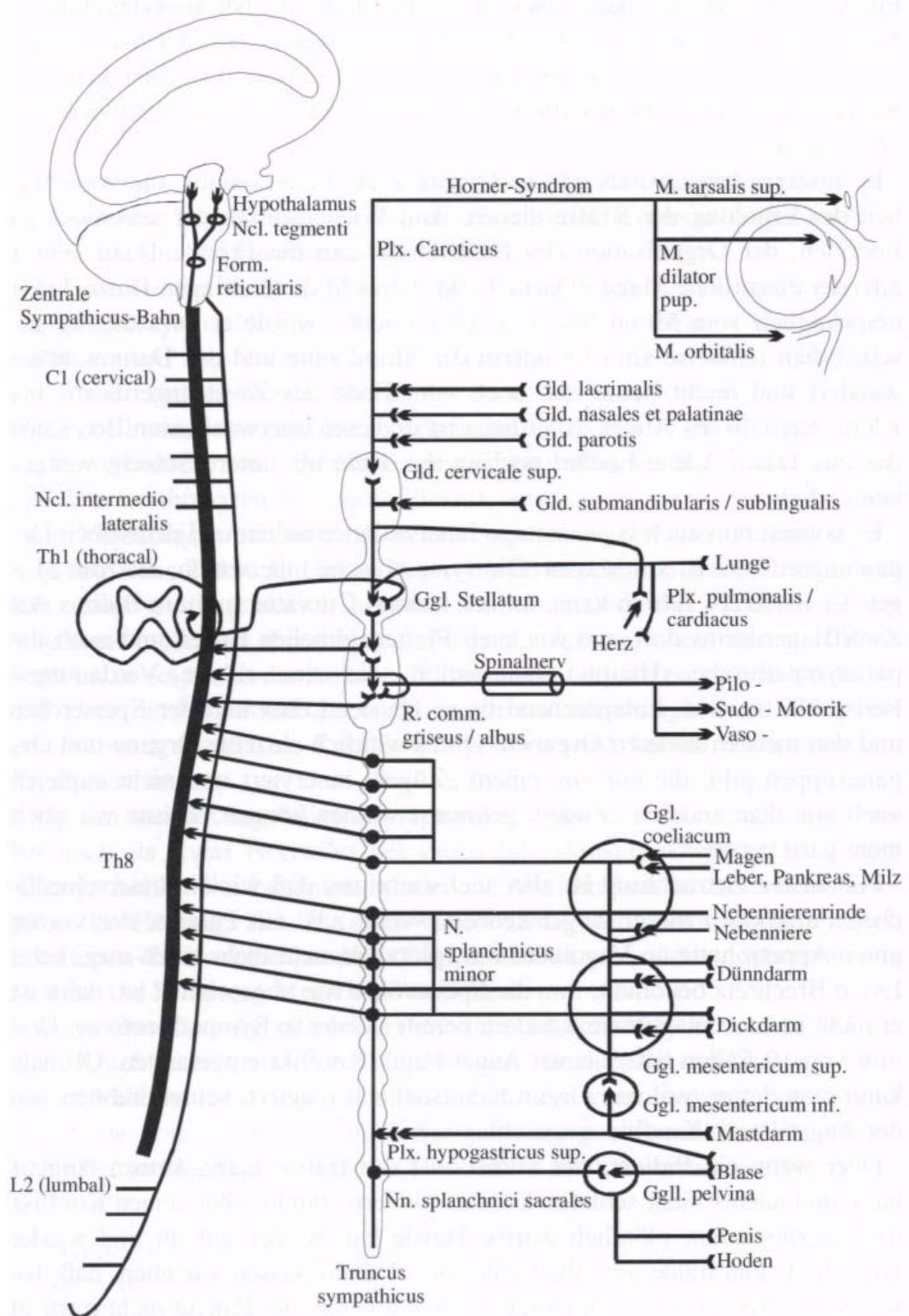
Diese Erkenntnisse müßten eigentlich auch dem polypragmatischen medikamentösen „Gefummel“ der bisherigen Schul- oder Staatsmedizin ein Ende setzen - wobei wir im Ernstfall in der Hand des Erfahrenen auf wirklich wichtige Medikamente nicht verzichten sollten - denn wenn ein übereifriger Doktor „medikamentös rangehen“ will, fragen wir ihn: „Worauf soll denn Ihr Medikament wirken, auf die Sympathicotonie oder auf die Parasympathicotonie (= Vagotonie)? Und auf welches Hirnteil denn, bitte schön?“

Gewöhnlich weiß er dann nichts mehr zu antworten. Denn er selbst nimmt ja, wie unzählige Befragungen ergeben haben, nie Medikamente!

9.3 Das parasympathische Nervensystem



9.4 Das sympathische Nervensystem



Gerade das sympathische „Telegraphennetz“ ist beim Menschen und den höheren Tieren zur Perfektion ausgebildet, denn im Falle einer notwendigen Flucht, Verteidigung oder eines Angriffs, muß die nervös-sympathische Nachrichtenübermittlung augenblicklich funktionieren. Jede kleinste Verzögerung hätte evtl. den Tod des Individuums zur Folge. Dagegen kann die Abschaffung oder das Ausruhen vom Kampf gerne ein paar Sekunden länger dauern.

In unserem Organismus gibt es Organe und Organsysteme, die vornehmlich der Erholung der Kräfte dienen, dem Wiederaufbau der verbrauchten Energien, der Organisation des Nachschubs „an die Front“. Dazu gehört z.B. der eigentliche Magen-Darm-Trakt. Obwohl dieser Magen-Darm-Trakt ursprünglich vom Mund bis zum After reichte, wurde er entwicklungs geschichtlich teilweise vom Ektoderm der Mundhöhle und des Damms überwandert und reicht heute nur noch vom Ende des Zwölffingerdarms bis 12cm oberhalb des Afters. Allerdings ist in diesen überwachsenen Bereichen das alte Darm-Adeno-Epithel noch in der Tiefe als untere Schicht weitgehend erhalten.

Es können nun auch gegensinnige Innervationen an ein und demselben Organ angreifen, z.B. am Magen: Die sympathische Innervation, die zum Magen-Ulcus-Krebs führen kann, an der kleinen Curvatur und am Bulbus des Zwölffingerdarms dort, wo wir auch Plattenepithelien finden und auch die parasympathische (Haupt-) Innervation, die eine ruhige Verdauungs Peristaltik bewirkt. Entsprechend ist es bei der Leber und der Speiseröhre und den meisten anderen Organen. Ob es wirklich einzelne Organe und Organgruppen gibt, die nur von einem „Zügel“ innerviert und nicht zugleich auch von dem anderen „Zügel“ gebremst werden können, wissen wir noch nicht ganz genau.

Für unsere Betrachtung ist aber viel wichtiger, daß wir die unterschiedlichen Funktionen dieser Zügel kennen. Wenn z.B. ein Patient, der vorher guten Appetit hatte, in Vagotonie war, plötzlich nicht mehr essen mag, beim Essen Brechreiz bekommt, ihm die Speiseröhre wie zugeschnürt ist, dann ist er nicht mehr in Vagotonie, sondern bereits wieder in Sympathicotonie. Und in 9 von 10 Fällen hat er einen Angst-Panik-Konflikt eingefangen. Oftmals kann man daran, welches Organ hauptsächlich reagiert, schon erahnen, wo der Angst-Panik-Konflikt eingeschlagen hat.

Oder wenn ein Patient, der vorher eiskalte Hände hatte, keinen Appetit hatte und nachts nicht schlafen konnte, sondern ständig über seinen Konflikt nachgegrübelt hat, plötzlich warme Hände hat, wieder gut ißt und wieder gut schläft und müde und abgeschlagen ist, dann wissen wir eben, daß das vegetative Nervensystem umgeschaltet hat und daß der Patient nicht mehr in

der Sympathicotonie ist, sondern in die Parasympathicotonie oder Vagotonie gefunden hat. Beides hat für den guten Arzt sofort therapeutische Konsequenzen. Das eine Mal weiß er, daß er sobald als möglich, falls tunlich, den Konflikt des Patienten zu lösen versuchen muß, das andere Mal, daß er jetzt auf die Komplikationen des Heilverlaufs achten muß!

Immer ist der Innervationszustand des vegetativen Nervensystems oder die vegetative Situation, die heutzutage in keinem Krankenblatt überhaupt erwähnt wird, von entscheidender Wichtigkeit! Und da man dieser bisher keine Bedeutung beigemessen hat, hat man auch keine Untersuchungsmethoden entwickelt, um den Unterschied zu messen.

Wir werden bei der Besprechung der Leukämie sehen, daß man zwar mit der Erythrozytenzahl¹⁴⁵ pro Kubikmillimeter und mit dem Hämatokrit die Relation vom Ery-Volumen zum Blutplasma bestimmen kann, nicht aber damit auch messen würde, wieviel das denn nun insgesamt ausmacht. Denn wenn der Patient während der leukämischen (vagotonen) Phase „nur“ einen Erythrozytenwert von 2 Millionen pro Kubikmillimeter hat, und einen Hämatokrit Erythrozyten-Volumen/ Plasma von 17%, dann wäre das für normale Verhältnisse schlecht. Berechnet man aber, daß der Patient in der Vagotonie das 2- bis 3fache an Blutvolumen in seiner Blutbahn zirkulieren läßt, dann ist es praktisch normal! Natürlich sind alle Patienten in der Vagotonie müde und abgeschlagen. Ist der Leukämie-Patient das auch, dann heißt es, er sei durch die Anämie¹⁴⁶¹⁴⁷ so müde und abgeschlagen. Dadurch, daß eben die Vagotonie gar nicht in ihrer Andersartigkeit als Heilphase erkannt wird, sondern als Krankheit angesehen wird, kamen völlig unsinnige Ergebnisse heraus.

Mit den meisten vegetativen Symptomen ist das genauso: Früher galt Fieber noch als etwas Normales bei vielen Infektionskrankheiten. Heute muß das mit Antibiotika bekämpft werden. In Wirklichkeit ist es ein Hirnsymptom der Heilung, Zeichen eines Hirnoedems, weit davon entfernt durch „Bakterien-Stoffwechselprodukte“ entstanden zu sein oder zu entstehen, wie sich das die Symptom-Mediziner vorstellen.

Wenn aber das vegetative Nervensystem so entscheidend wichtig ist für alle „Krankheiten“, sprich SBS, zumindest für die allermeisten, und wenn unsere Medizin diese vegetative Diskrepanz zwischen Sympathicotonie und Vagotonie überhaupt noch nicht zur Kenntnis genommen hat, dann kann sich jeder ausmalen, auf welchem Stand diese Medizin bisher gearbeitet hat!

¹⁴⁵ Erythrozyten = rote Blutkörperchen

¹⁴⁶ An- = Wortteil mit der Bedeutung Un-, -los, -leer

¹⁴⁷ Anämie = Blutarmut

Der vegetative Rhythmus zwischen Anspannung und Erholung, Tag und Nacht, Konfliktaktivität und pcl-Phase der Heilung hat noch größere Dimensionen: Er fügt sich nämlich in größere rhythmische Kreisläufe ein wie Mondzyklus, Jahreszeitenzyklus und Lebenszyklus. Dazu werden die großen Rhythmen jeweils verändert durch die Einflüsse der Planeten und großen Gestirne, allen voran der Sonne.

Immer haben sich die Menschen den Morgen als neugeborenes Kind vorgestellt, so wie sie sich auch den Frühling als ein neugeborenes Kind vorgestellt haben. Entsprechend stellten sie sich Abend und Nacht und Herbst und Winter als Ende des Lebens vor. Dazwischen liegt der Höhepunkt des Lebens, die Schaffenskraft, Nachkommenschaft, aller sog. Erfolg der Menschen. Übertragen wir das Bild dieser von ihrem Wesen her vegetativen Rhythmen auf die Innervations-Verhältnisse der „Krebserkrankung“, dann ist doch eigentlich die konflikt-aktive, sympatheticone Phase eine Phase der geballten potenzierten Kraft, mit der ein Problem konzentriert angegangen wird. Der Organismus zieht alle Register und läßt alles auf Hochtouren laufen, um mit gesammelter Kraft den Konflikt zu bewältigen! Wenn ein Feldherr in gleicher Weise sein Heer mit gesammelter Kraft gegen das Heer der Feinde führt, empfindet das jeder als klug und weitsichtig. Wenn unser eigener Organismus das gleiche macht, empfinden wir Zauberlehrlinge das als krank. Daß wir nachts ausruhen müssen vom Tagwerk und Stress, daß die Tiere im Winter ihren Winterschlaf halten bis zum Frühjahr, all das finden wir ganz normal. Aber daß unser eigener Organismus, wenn er monatelang durch einen Konflikt gekämpft hat unter Aufbietung auch der allerletzten Kraftreserven, nach der Lösung dieses schwierigen Konflikts auch mal einige Monate Erholung und Ruhe braucht, dann kann das keiner verstehen, das gilt als krankhaft!

Im Grunde ist unsere „Krebserkrankung“ „nur“ ein sehr sinnvoller und notwendiger, in die Länge gezogener, vegetativer Rhythmus, wie uns die Natur das Muster dafür überall liefert. Das Modell des vegetativen Rhythmus ist ein Naturprinzip!

10 Die Entdeckung der HAMERschen HERDE - ein historischer Abriß

Wenn man im Hirn-Computertomogramm, seit es dieses gibt, Glia-Ansammlungen im Gehirn findet, die auch noch mit Kontrastmittel gut anfärbar sind, dann steht in der Regel die Diagnose fest: Hirntumor.

1982 gelang es mir-also ein Jahr nach der Entdeckung der Neuen Medizin - schon prospektiv einen Hamerschen Herd (HH) riesigen Ausmaßes bei einem Patienten mit Revier-Konflikt in der Heilungsphase und Herzinfarkt-Geschehen in der epileptoiden Krise zu finden. Von da ab wußte ich, daß es keine Hirntumoren gibt, sondern daß diese Phänomene alle im Zusammenhang mit der Heilungsphase eines biologischen Konfliktgeschehens stehen müssen.

Die Hamerschen Herde - der Ausdruck stammt von meinen Gegnern, die diese von mir gefundenen Gebilde im Gehirn abfällig „die komischen Hamerschen Herde“ nannten - diese Hamerschen Herde beobachtete ich nun genau und konnte bald solche erkennen, deren vermeintliche Entstehung ich vom Beginn der Heilungsphase an verfolgen konnte. Da ich aber schon damals sehr schnell das Gesetz von der Zweiphasigkeit der Erkrankungen gefunden hatte, wußte ich natürlich, daß zu jedem solchen Heilungsphasen-Vorgang eben auch ein konflikt-aktiver Vorgang gehört.

Das Unglück für viele Patienten wollte es, daß die Hamerschen Herde in der Heilungsphase durch Einlagerung von Gliazellen (Bindegewebe) repariert werden. Das geht einher mit vermehrter Rigidität des Gewebes, bleibt jedoch solange ohne Beschwerden, wie der Organismus nicht wieder an einem Konflikt an der gleichen Stelle erkrankt.

Es tauchten enorme Schwierigkeiten auf:

1. Bei Krebs - und auf diese Erkrankung konzentrierte ich mich natürlich damals, weil ich glaubte, lediglich die Mechanismen der Entstehung des Krebs entdeckt zu haben - war und ist es nicht üblich, ein Computertomogramm des Gehirns zu machen, außer, es bestanden berechtigte Gründe zur Annahme von „Hirnmetastasen“. Es war also im Einzelfalle sehr schwierig, solch ein CT des Gehirns überhaupt anfertigen zu lassen. Da die Computertomogramme damals unverhältnismäßig teuer waren, war man glücklich, wenn man überhaupt eine einzige Serie eines Computertomogramms des Gehirns bekommen konnte.

2. Ich begann nun zunächst einmal die Topographie¹⁴⁸ der Hamerschen Herde im Gehirn zusammenzustellen und das war sehr schwierig, denn wenn man im Gehirn irgend etwas sieht, dann kann es ja auch ein alter bereits abgelaufener Prozeß sein, der eben nichts mehr mit dem aktuellen Konfliktgeschehen des Patienten zu tun hat. Außerdem wußte ich nicht, ob der Patient noch weitere Karzinome hatte, die bisher nur noch nicht diagnostiziert waren, was auch bei frischen Prozessen bzw. ganz aktuellen biologischen Konflikten möglich war.
3. Ich fand übergreifende Konflikte mit ähnlichem Konfliktinhalt, von denen ich heute weiß, daß sie mehrere Relais mit einem einzigen Hamerschen Herd überzogen hatten, d.h. der Patient hatte einen Konflikt oder mehrere erlitten, die verschiedene Konfliktaspekte hatten, die alle in der gleichen Sekunde des DHS beim Patienten eingeschlagen hatten und alle in einem großen Hamerschen Herd zusammengefaßt waren.
Daneben gab es auch Patienten, die gleichzeitig mehrere HHe an ganz verschiedenen Stellen des Gehirns hatten. Alle diese Herde aber hatten eins gemeinsam, sie mußten die Heilungsphase darstellen, wenn der Patient ansonsten alle Symptome der konflikt-gelösten pcl-Phase aufwies.
4. Zu all diesen Hamerschen Herden in der Heilungsphase mußte es nun auch irgendeine Formation im Gehirn geben, die man mit irgendeinem Apparat sichtbar machen müßte, die diesem Konflikt in der aktiven Phase entsprechen würde. Da sah ich manchmal solche schießscheibenförmigen Kreise, die aber von den Radiologen bei Nachfrage stets milde lächelnd als Rundartefakte des Apparates abgetan wurden. Es gab auch halbkreisförmige Strukturen, sowohl solche, die von der Falx¹⁴⁹ begrenzt wurden als auch solche, die vom lateralen Bildrand des CT begrenzt schienen.
5. Die Mitarbeit der Radiologen war quasi gleich null. Eine Reihe von ihnen hatte ein Bestrahlungsgerät und machte sog. Röntgenbestrahlungstherapie. Und solche ehemaligen Kollegen konnten es sich nicht leisten, meine Ergebnisse überhaupt nur für möglich zu halten. Die übrigen sagten mir ganz unverblümt - damals hatten noch nicht sehr viele Radiologen ein CT-Gerät -, daß sie von dem Moment an, wo sie Hamers Theorien für möglich hielten, keinen einzigen Auftrag der Kliniken mehr bekamen. Wenn bei denen ein Hirn-CT angefertigt wurde, dann normalerweise

¹⁴⁸ Topographie = Beschreibung der Orte

¹⁴⁹ Falx = sichelförmige, bindegewebige Trennplatte zwischen beiden Hirnhemisphären

se ausschließlich zum Auffinden eines „Hirntumors“ oder von „Hirnmetastasen“.

6. Da ich kein eigenes CT-Gerät hatte, hatte ich auch nicht die Möglichkeit, systematische Untersuchungen durchzuführen oder die Untersuchungen mit einem anderen Schnittwinkel zu wiederholen. Wir konnten halt nur das bekommen, „was von unserer Herren Tische fiel“, und das war nicht viel. Oft kam es vor, daß die Computertomogramme den Patienten nicht mitgegeben wurden. Mit dem schriftlichen Befund konnte man aber so gut wie nichts anfangen.
7. Ich wußte und kannte die Hamerschen Herde oder die, die ich dafür hielt, die aber der Heilungsphase angehörten. Ich postulierte, daß es diese HH auch schon in der konflikt-aktiven Phase gegeben haben müsse, was aber von den Radiologen nicht akzeptiert wurde: „Herr Hamer, da sehen wir nichts“.
8. Viele Hamersche Herde sah ich, konnte mir aber dazu gar keinen Krebs vorstellen, das waren z.B. die motorischen, sensorischen¹⁵⁰ und periost-sensorischen Relais im Gehirn, die ja auf der Organebene keinen Krebs machen, sondern allenfalls ein Krebsäquivalent darstellen. Ich hatte aber mit diesen Krankheiten nicht gerechnet, sondern nur mit Krebs. Und deshalb passierte es mir oft, daß ich viel mehr HH hatte, als ich eigentlich suchte, und in den Fällen, wo der Patient nur eine Konfliktaktivität hatte und noch keine Lösung seines Konfliktes, da fand man nichts.

Oft kam es vor, daß der Patient einen riesigen Tumor hatte und man im Computertomogramm des Gehirns „nichts“ fand. Andere hatten einen kleinen Tumor, der in der Heilungsphase war und man fand einen ausgedehnten Hamerschen Herd im Gehirn.

Es blieb mir nichts anderes übrig, als den Weg jedes Naturwissenschaftlers zu gehen und als braver Handwerker mit 99% Transpiration und 1% Inspiration alle nur irgend erreichbaren Computertomogramme des Gehirns, samt den dazugehörigen oder vermeintlich dazugehörigen Organbefunden zu vergleichen mit anderen Hirn-CTs, die wiederum andere Organbefunde hatten.

Anfangs kam eine weitere Schwierigkeit hinzu, daß ich die Links- und Rechtshändigkeit nicht unterscheiden konnte, so daß ich, wie ich im nachhinein weiß, noch häufiger einem Irrtum aufgesessen wäre, wenn ich nicht immer vom Organ ausgegangen wäre. Vom Organ zum Gehirn oder vom Gehirn zum Organ ist die Korrelation nämlich immer eindeutig. Lediglich

¹⁵⁰ sensorisch = den Gesichts-, Gehör-, Geschmacks-, Geruchssinn betreffend

bei der Korrelation zwischen Psyche und Gehirn oder Gehirn und Psyche ist die Links- und Rechtshändigkeit von Wichtigkeit.

Also ein Beispiel: Hämorrhoiden bekommt entweder eine rechtshändige Frau bei einem Identitäts-Konflikt in der Heilungsphase oder ein linkshändiger Mann bei einem Revierärger ebenfalls in der Heilungsphase. Sehe ich aber auf der linken Großhirnseite im linken Temporallappen¹⁵¹ an bestimmter Stelle einen Hamer sehen Herd mit Oedem, dann muß der Patient immer ein Hämorrhoiden- d.h. Rektumplattenepithel-Ulcus in der Heilungsphase haben. Umgekehrt, wenn der Patient Rektum-Ulcera in der Heilungsphase hat, also Hämorrhoiden, dann hat er stets im Gehirn an dieser Stelle des linken Temporallappens einen HH in der Heilungsphase.

Es gelang nur zunächst anhand vieler hunderter später vieler Tausender Computertomogramme des Gehirns endlich zwischen Krebs und Krebsäquivalenten unterscheiden zu lernen, dann die richtige Lokalisation bzw. korrelative Topographie zum Organ festlegen zu können. Es muß noch betont werden, daß es für viele körperliche Funktionen, wie z.B. die Periost-Sensibilität, die ja unser gesamtes Skelettsystem überzieht, nur einen weißen Fleck auf der Landkarte des Gehirns und auf der Landkarte der Organe gab, weil man dieses Periost so schlecht oder gar nicht untersuchen konnte. Von einer Periost-Sensibilität wird in keinem Lehrbuch berichtet.

10.1 Die von den Neuroradiologen fast zwei Jahrzehnte fehlgedeuteten vermeintlichen Ringartefakte des Gehirns im Computertomogramm

Es blieb der Streit um die sog. Ringartefakte, die es zwar gibt, die ich damals aber nur bei jedem etwa hunderten Patienten einmal sah und von mir als Hamersche Herde in Schießscheiben-Konfiguration, sprich der konfliktaktiven Phase, angesehen werden. Die vermeintlichen Ringartefakte, die von mir, bis auf wenige ganz eindeutige Ausnahmen, heftig bestritten wurden, bzw. eben als HHe in Schießscheiben-Konfiguration reklamiert werden, werden von den Radiologen stets als Fakten verneint und eben als Artefakte, d.h. Kunstprodukte des Apparates angesehen.

Jahrelang wurde versucht, diese Phänomene einfach beiseite zu schieben. Schließlich kam mir eine gute Idee, wobei mir mein 12semestriges Phy-

¹⁵¹ temporal = zur Schläfe gehörend

sikstudium zugute kam. Ich meldete mich mit einem „Anliegen“ bei dem Chef der Computertomographie-Abteilung der Herstellungs firma Siemens, Herrn Feindor. Wir hatten eine angenehme Besprechung, in deren Verlauf ich ihn bat, daß wir beide miteinander zusammen festlegen möchten, welche Kriterien beim Ringartefakt erfüllt sein müßten und wann sicher kein Ringartefakt vorliegen könne. Herr Feindor ist Ingenieur, und wir hatten überhaupt keine Probleme die Bedingungen festzulegen, die in diesem oder in jenem Fall erfüllt oder nicht erfüllt sein dürften. Das war am 18.5.90. Am 22.5.90 wurde das endgültige Protokoll unterzeichnet. Seitdem ist unter den Neuroradiologen echte Panik ausgebrochen. Das bekamen wir gleich zu spüren, als wir im zweiten Halbjahr bei Siemens eine Testreihe planten.

Dokument der Firma Siemens:

Erlangen, 22.12.89

Sog. fragliche Ringstrukturen/Artefakte im Hirn-CT

Die Unterzeichner haben folgende 8 Ausschlußkriterien erarbeitet, die das Vorliegen von sog. Ringartefakten ausschließen.

Ein Ringartefakt liegt demzufolge sicher nicht vor,

1. wenn im NMR eine vergleichbare eindeutige Ringformation sichtbar ist,
2. wenn die Ringe nicht rund, sondern "eingedellt" sind, d.h. offensichtlich Raumforderungen miteinhergehen,
3. wenn eine Kreisformation offensichtlich Gliaeinlagerungen hat,
4. wenn der oder die Ringe nicht im Dreh-Zentrum der Anlage liegen ("parazentrale Schießscheibenkonfiguration"),
5. wenn mehrere Kreise gleichzeitig nebeneinander bestehen, kann höchstens 1 Ringformation Ringartefakt sein,
6. wenn die Ringformationen einen klinisch-radiologischen "Verlauf" haben, d.h. daß sie auf nachfolgenden Kontroll-CTs wieder an gleicher Stelle, aber verändert sichtbar sind.
7. Die geräteabhängigen Artefakte sind kreisförmige oder kreis-segmentförmige Strukturen um das Drehzentrum der Anlage.
Wenn solche Strukturen echten anatomischen Gegebenheiten entsprechen können, empfiehlt sich die Wiederholung des Scans mit seitlich oder in der Höhe verschobener Patientenposition.
Wenn die Struktur in dem wiederholten Tomogramm bezüglich markanter, patienteneigener Strukturen nicht verschoben ist, liegt kein Artefakt vor.

Siemens Aktiengesellschaft
Bereich Medizinische Technik
Henkestraße 127 - Telefon (0 91 31) 840
Postfach 3260
8520 Erlangen

Entwurf für ein weiteres gemeinsames Protokoll einer geplanten Studie an CT-Serien freiwilliger Patienten mit Rundstrukturen im Hirn-CT, die aber (siehe Text) verhindert wurde...

SIEMENS

Erlangen, 18.05.90

Betrifft: sog. Ringstrukturen, Rundformationen, Schießscheiben-Formationen oder HAMERSche HERDE im Hirn-CT

Die Fa. Siemens und Herr Dr. Hamer bestätigen folgende physikalisch-technische Zusammenhänge:

Die Unterzeichner haben schon am 22.12.89 folgende 8 Ausschlußkriterien erarbeitet, die das Vorliegen von sog. Ringartefakten ausschließen:

Ein Ringartefakt liegt demzufolge sicher nicht vor,

1. wenn im NMR eine vergleichbare eindeutige Ringformation sichtbar ist,
2. wenn die Ringe nicht rund, sondern "eingedellt" sind, d.h. offensichtlich Raumforderungen miteinhergehen,
3. wenn ein Kreis ganz offensichtlich oedematisierte Ring-Begleiterscheinungen hat ("Odem-Ringe")
4. wenn der oder die Ringe nicht im Dreh-Zentrum der Anlage liegen ("parazentrale Schießscheibenkonfiguration")
5. wenn eine Kreisformation offensichtlich Gliaeinlagerungen hat,
6. wenn mehrere Kreise gleichzeitig nebeneinander bestehen, könnte höchstens 1 Ringformation sog. "Ringartefakt" sein,
7. wenn die Ringformationen einen klinisch-radiologischen "Verlauf" haben, d.h. daß sie auf nachfolgenden Kontroll-CTs wieder an gleicher Stelle, aber verändert sichtbar sind.
8. Es liegt auch kein Artefakt vor, wenn die Rundformationen nur auf einem Teil der CT-Schichten sichtbar sind, auf anderen aber fehlen.
9. Die geräteabhängigen sog. "Artefakte" sind kreisförmige oder kreissegmentförmige Strukturen um das Drehzentrum der Anlage. Wenn solche Strukturen echten anatomischen Gegebenheiten entsprechen können, empfiehlt sich die Wiederholung des Scans mit seitlich oder in der Höhe verschobener Patientenposition. Wenn die Struktur in dem wiederholten Tomogramm bezüglich markanter, patienteneigener Strukturen nicht verschoben ist, liegt kein Artefakt vor.

Ich bat Herrn Direktor Feindor, mir am werkseigenen Siemensgerät in Erlangen Gelegenheit zu einer Testreihe zu geben, die sich etwa über vier Wochen erstrecken sollte. Danach sollten eine Reihe von Neuroradiologen eingeladen werden, die dann zusammen mit Siemens bestätigen sollten, daß die vorgeführten Fälle keine Artefakte sein konnten, sondern echte Befunde, also Fakten darstellen.

Der Termin für diese vorgesehene Konferenz wurde nun dauernd hinausgezögert, bis mir ein Verantwortlicher der Firma Siemens eines Tages im Vertrauen sagte: „Herr Hamer, wir haben die allerschlimmsten Schwierigkeiten bekommen mit den Radiologen.“ Es war eindeutige Mißbilligung signalisiert worden ...

Zur Vorbereitung dieser Konferenz hatten wir alle möglichen ursprünglich mit Siemens vereinbarten Untersuchungen gemacht, wie z.B. den Patienten bei der CT-Untersuchung aus der Mittellage 2 cm nach links zu verschieben oder ihn dann noch mal 2 cm nach rechts zu verschieben, um zu sehen, ob die Schießscheiben-Konfiguration immer an der gleichen Stelle des Gehirns bleibt, was sie auch wirklich tat. Oder wir versuchten bei dem gleichen Patienten in möglichst regelmäßigen Abständen Verlaufskontrollen zu machen, möglichst an verschiedenen Apparaten, um zu sehen, welchen Verlauf die Schießscheiben-Konfiguration nahm.

Auch war es ein sicheres Kriterium für einen echten Befund, wenn die Schießscheiben-Konfiguration nur in einer bestimmten Anzahl von Schichten vorkam, in anderen Schichten jedoch nicht mehr.

Bei all diesen Untersuchungen, die viel Zeit und Mühe in Anspruch nahmen und viel gutes Zureden bei den Radiologen, fanden wir eine ganz erstaunliche Sache: Ein Radiologe meinte nämlich einmal, er sähe diese Schießscheiben auch an Organen und da müßten sie ja nun wirklich Artefakte sein.

Von diesem Augenblick an war mein helles Interesse für solche Organschießscheiben-Konfigurationen geweckt, und ich untersuchte sie systematisch. Ich fand dabei heraus, daß in den kompakten Organen, an denen wir CTs machen können, wie Leber, Milz, Nierenparenchym¹⁵², Knochen etc. wirklich Schießscheiben-Konfigurationen vorkamen, die aber meist nur am Anfang sichtbar waren, evtl. beim Knochen später wieder sichtbar wurden, wenn der Knochen rekalfizizierte. Es ergab sich die erstaunliche Tatsache, daß offenbar das Gehirn und das Organ in Schießscheiben-Konfiguration miteinander korrespondieren und diese Schießscheiben auch am Organ einen bestimmten Verlauf haben. So sehen wir z.B. in der Leber nur am Anfang

¹⁵² Parenchym = spezifisches Organgewebe

beim solitären¹⁵³ Leber-Ca die klassische Schießscheiben-Konfiguration. Später wird das solitäre Leber-Ca in der Tomographie dunkel und läßt keine Schießscheiben-Konfiguration mehr erkennen. Bei der natürlichen Heilung durch Tbc sehen wir durchaus angedeutete Kalkringe, besonders wenn es nicht zur totalen Kaverne, sprich einem Loch in der Leber gekommen war, sondern wenn das Leber-Ca auf halbem Wege stehen geblieben war und bei der natürlichen tuberkulösen Heilung der solitäre Rundherd nur ausgedünnt zu werden brauchte. („Schwamm-Kaverne“).

10.2 Das Kopf-Gehirn und das Organ-Gehirn

Wenn man die ganze Sache richtig besieht, dann haben wir zum einen das uns allen bekannte Kopfgehirn. Demgegenüber stehen die Organzellen, die jede einen Zellkern haben. Alle Organzellen sind miteinander vernetzt und auch jeder Zellkern, sprich Mini-Gehirn, ist mit allen Mini-Gehirnen des Körpers vernetzt.

Die Summe dieser Mini-Gehirne können wir als zweites Gehirn ansehen. Das würde dann bedeuten, daß im Falle eines biologischen Konflikts ein Areal des Kopf-Gehirns, das wir Hamerschen Herd nennen, mit einem anderen Areal des Organ-Gehirns, das wir bisher Krebs oder Krebsäquivalent oder Organveränderung nannten, in Korrespondenz zueinander stehen.

Im Falle eines sensorischen Reizes z.B. liefert das Organ-Gehirn Informationen an das Kopf-Gehirn, anders herum, bei einer motorischen Antwort liefert das Kopf-Gehirn Informationen und Befehle an das Organ-Gehirn.

Wir wissen zwar noch nicht, was sich nun ganz genau elektrophysiologisch an den einzelnen Zellen des Gehirns und der Organe oder was sich in übergreifenden Arealen oder Relais abspielt, aber diese Kenntnis ist nicht Voraussetzung für unser klinisches Arbeiten mit diesen klaren Befunden.

10.3 Der Hamersche Herd in der ca-Phase und in der pcl-Phase

Beim DHS wird das zuständige Relaiszentrum im Gehirn markiert, und zwar durch eine sog. Schießscheiben-Konfiguration. Um das Zentrum dieses Relais' bilden sich scharfe Kreise, wir sagen auch konzentrische Kreise, die wie Schießscheiben aussehen. „Schießscheibe“ bedeutet, der Hamersche Herd ist in der konflikt-aktiven Phase.

¹⁵³ solitär = vereinzelt, Einzel-

Dabei ergibt sich die Stelle nicht zufällig, sondern sie ist das Computerrelais, das das Individuum in der Sekunde des DHS dem Konfliktinhalt entsprechend „assoziiert“; von diesem Hamerschen Herd aus wird wiederum in eben der gleichen Sekunde des DHS das mit dem Hamerschen Herd korrelierende Organ von Krebs betroffen.

Mit fortschreitendem Konflikt schreitet auch der Hamersche Herd im Gehirn fort, d.h. es wird ein immer größeres Areal betroffen oder das einmal betroffene Areal intensiver alteriert, gleichzeitig schreitet auch der Krebs am Organ fort, d.h. der Tumor wird durch echte Zellmitose an Masse größer (so beim inneren Keimblatt sowie beim kleinhirn-gesteuerten Teil des mittleren Keimblatts), an Nekrose „größer“ (so beim großhirnmarklager-gesteuerten Teil des mittleren Keimblatts), ulcerös größer, ausgedehnter, durch viele kleine Ulcera (so beim äußeren Keimblatt).

In meinem ersten Taschenbuch von 1984: „Krebs - Krankheit der Seele, Kurzschluß im Gehirn ...“ hatte ich diesen Hamerschen Herd in der konflikt-aktiven Phase noch als Kurzschluß bezeichnet, weil wir über die bioelektrischen Vorgänge nichts wußten. Heute nenne ich ihn nicht mehr so, denn unter Kurzschluß verstehen wir im allgemeinen eine Störung des Programms. Das ist beim Hamerschen Herd aber nur bedingt der Fall. Wir können sagen, es ist eine Störung des normalen Programms, mit der der Organismus aber durchaus schon rechnet.

Aber schon das Wort Störung ist nicht angemessen, denn es ist eine Art Not- oder Sonderprogramm. D.h. wenn das Individuum in einer Situation, mit der es nicht gerechnet hatte, unerwartet „auf dem falschen Fuß erwischt“ wird, setzt ein Notprogramm ein, das wir biologischen Konflikt nennen und das zum Ziel hat, das Individuum wieder in den normalen Rhythmus zu bringen. Dieses Notprogramm bezieht sich nicht nur auf das Individuum allein, sondern schließt je nachdem mehrere oder viele Artgenossen mit ein, indem es sich auch auf Familie oder Sippe beziehen kann.

Ein Beispiel: Eine Mutter erlebt, wie vor ihren Augen ihr dreijähriges Kind verunglückt und bewußtlos ist. Ist dies für die Mutter ein DHS, löst es einen biologischen Konflikt aus, und zwar einen ganz bestimmten, nämlich einen Mutter/Kind-Sorge-Konflikt. Dieser biologische Konflikt hat auf allen 3 Ebenen eine ganz besondere sinnvolle Bedeutung: auf psychischer Ebene dreht sich das ganze Denken und Tun darum, daß das Kind wieder gesund wird. Auf cerebraler Ebene sehen wir bei einer rechtshändigen Frau im rechten seitlichen Kleinhirn einen schießscheibenförmigen Hamerschen Herd der uns zeigt, daß Konfliktaktivität in diesem Mutter/Kind-Konflikt herrscht. Auf organischer Ebene sehen wir, daß das Brustdrüsen-Gewebe

der Frau und Mutter wächst. Die linke Brust vermehrt sich also um eine bestimmte Menge von Brustdrüsen-Gewebe, das in die Milchproduktion eingeschaltet wird. Ebenso vermehren sich, falls vorhanden, synchron die Mykobakterien Tbc. In der Natur bzw. bei den Naturvölkern stillt eine gesunde Frau im gebärfähigen Alter praktisch immer, außer während des letzten Teils der Schwangerschaft. So produziert die Mutter in der „Kind-Brust“ also wesentlich mehr Milch als vorher. Die Folge ist wieder, daß das Kind mehr Milch bekommt und dadurch die Chance hat, rascher gesund zu werden. Ist das Kind wieder gesund, setzt die Konfliktlösung ein, d.h. nun werden die überzähligen Brustdrüsen-Zellen nicht mehr gebraucht, weil das Kind nun wieder mit der üblichen Menge an Milch auskommen kann. Die weitere Folge ist, daß während des Stillvorgangs eine Tuberkulose einsetzt, so daß das Kind praktisch tuberkulöse Milch bekommt, was ihm aber gar nicht schadet. Die Tuberkulose verkäst die neu gewachsenen Brustdrüsen-Zellen und baut sie ab. Zurück bleibt eine Kaverne. Eben diesen ganzen Vorgang nennen wir jetzt ein sinn- und planvolles, aktiv gewelltes, biologisches Sonderprogramm der Natur.

Was aber sind nun diese Hamerschen Herde im Gehirn, die, wenn sie gut sichtbar, d.h. schon in der Heilungsphase sind, von den Neuroradiologen als Hirntumoren oder Hirnmetastasen bezeichnet werden; wenn sie weniger deutlich zu sehen sind, allgemeine Ratlosigkeit hervorrufen; die, wenn sie ein sehr starkes perifocales Oedem zeigen und der Hamersche Herd gut anfärbbar ist, als rasch wachsende Hirntumoren bezeichnet werden; die, wenn sie ein großes Oedem machen, jedoch der Hamersche Herd nicht sichtbar ist, wie das meist bei den Hamerschen Herde des Marklagers der Fall ist, wiederum allgemeine Ratlosigkeit hervorrufen, die, wenn sie an der Hirnrinde gelegen sind, als Geschwülste der Hirnhäute mißdeutet werden, die aber im Grunde immer das gleiche sind: jeweils nur *die verschiedenen Stadien des Verlaufs eines Hamerschen Herdes!*

Die Hamerschen Herde in der konflikt-aktiven Phase, nämlich die Schießscheiben-Konfigurationen, wurden bisher stets als Artefakte des Apparates fehlgedeutet. Wenn sie später Oedem bekamen und zu sog. Hirntumoren wurden, machte sich der Radiologe gewöhnlich nicht die Mühe festzustellen, daß dieser vermeintliche Hirntumor schon früher als Schießscheiben-Konfiguration d.h. als Hamerscher Herd in der konflikt-aktiven Phase sichtbar gewesen war. Seit die Firma SIEMENS und ich das in diesem Kapitel angeführte Papier unterschrieben haben, dürfte die Diskussion um die vermeintlichen Artefakte endgültig beendet sein. Sie waren Fakten: d.h. die

Schießscheiben bedeuteten die konflikt-aktive Phase in einem bestimmten Relais oder einer Relaisgruppe des Gehirns.

Hirntumoren gibt es per definitionem nicht: Hirnzellen können sich nach der Geburt nicht mehr teilen, auch nicht unter Bedingungen, die bisher als Hirntumor fehlgedeutet werden. Also schlicht unter gar keinen Bedingungen. Was sich vermehren kann, ist harmlose Glia, Bindegewebe des Gehirns, das genau die gleiche Funktion hat wie das Bindegewebe unseres Körpers. Niemand kann die Gliazellen entwicklungsgeschichtlich ganz sicher einordnen. Danach, wie sie sich im Gehirn verhalten, liegt der dringende Verdacht nahe, daß sie mesodermalen Ursprungs sind. Darauf deutet hin, daß die Glia-Einlagerung stets in der Heilungsphase in den Hirn-Relais erfolgt. Andererseits wissen wir aber, daß die Neurofibrome in der konflikt-aktiven Phase entstehen bzw. Zellvermehrung machen. Das ist aber kein Widerspruch, denn wir wissen ja, daß zu den mesodermalen Organen sowohl die Kleinhirn-gesteuerten Organe als auch die Großhirnmarklager-gesteuerten Organe gehören. Die ersten machen Zellvermehrung in der konflikt-aktiven Phase und die zweite Gruppe macht Zellvermehrung in der Heilungsphase. Wir müssen deshalb annehmen, daß die Gliome *beide* Fähigkeiten des Mesoderms besitzen. Diese hellen gliaverdichteten Hamerschen Herde sind Reparaturen des Organismus an den Hamerschen Herden, Grund zur Freude statt zum Erschrecken oder gar zur Hirnoperation.

Gehen wir mal der Reihe nach durch, wie so etwas abläuft: Bei einem DHS wird das „zuständige Relaiszentrum“ im Gehirn markiert und damit Hamerscher Herd in Schießscheibenformation. Sobald wir in einem bestimmten Relais diese Schießscheiben-Konfiguration im CCT sehen, wissen wir, daß in diesem Relais ein Sonderprogramm läuft, d.h. der Organismus wurde in diesem Konflikt-, Gehirn- und Organbereich „auf dem falschen Fuß erwischt“ und hat ein Sonderprogramm eingeschaltet.

Dieses Sonderprogramm sorgt dafür, daß der Organismus mit der unvermutet eingetretenen Situation fertig wird, die nicht nur den Patienten als Individuum betreffen kann, sondern evtl. z.B. auch seine biologische Gruppe (Sippe, Familie etc.). Die Konfliktaktivität, d.h. die Schießscheiben-Konfiguration im Gehirn dauert dann solange, bis die Konfliktsituation gelöst ist und der Organismus wieder zur Normalität zurückkehren könnte. Bis er das kann, muß jedoch der Organismus den Preis dafür zahlen, daß das Sonderprogramm mit einer Art Kurzschluß eingeleitet wurde, das eine Art Notprogramm darstellt. Der Preis ist die Heilungsphase, d.h. die Reparatur auf psychischer, cerebraler und organischer Ebene, um den vorher gewesenen möglichst optimalen Zustand wieder zu erreichen. Erst wenn dieser durch die Heilungsphase, bzw. die Reparatur auf allen 3 Ebenen

erreicht ist, erst dann kann der Organismus wirklich zur Normalität zurückkehren. Solange in dem Hamerschen Herd das Sonderprogramm in Form von Schießscheiben-Konfiguration d.h. also der konflikt-aktiven Phase, auch Dauer-Sympathicotonie genannt, besteht, wird das Hirn-Relais - so können wir uns das vorstellen - deutlich in Mitleidenschaft gezogen.

Wir können es uns so vorstellen, daß eine zu große Strommenge bei zu großer Spannung durch eine zu enge Leitung gejagt wird. Die Leitung schmort durch, d.h. natürlich zunächst die Isolierung. In der Bio-Elektrik ist es noch wieder ein bißchen anders, und im Gehirn müssen wir uns die Hirnzellen wie in einem unendlich komplizierten Gitternetz angeordnet vorstellen. Durch die Dauer-Sympathicotonie, die ja im Prinzip etwas Eingeplantes ist, (nur eben zu viel des Guten) kommen jetzt die Kommunikationsleitungen der Hirnnerven in zunehmendem Maße zu Schaden, genauso wie das Körperorgan durch den Krebs vergrößert, verkleinert oder jedenfalls verändert wird, um der besonderen neuen unvermuteten Situation Rechnung zu tragen. Bis zum Ende der konflikt-aktiven Phase passiert am Hamerschen Herd, zumindest was das CCT anbetrifft, scheinbar nichts Aufregendes, außer, daß die Schießscheiben-Konfiguration konstant bleibt. Im Kernspin-Tomogramm können wir z.B. sehen, daß da ein Unterschied zur Umgebung ist, der jedoch völlig undramatisch aussieht.

Die Wirklichkeit ist jedoch ganz anders, und die Schädigung abschätzen können wir erst, wenn die Conflictolyse eingetreten ist. Jetzt in der pcl-Phase können wir das ganze Ausmaß der Veränderung bzw. Schädigung übersehen. Denn exakt mit Beginn der pcl-Phase beginnt der Organismus mit der Reparatur der Schäden dieses Sonderprogramms - sei es Zellvermehrung am Körperorgan, sei es eine Zellverminderung am Körperorgan - und natürlich des betroffenen Hirnrelais.

Systematisch zusammengefaßt passiert nach einem DHS auf den drei Ebenen unseres Organismus also folgendes:

psychisch:

A.) Konflikt-aktive Phase (ca-Phase):

Dauer-Sympathicotonie, d.h. maximaler Stress. Der Patient denkt Tag und Nacht über seinen Konflikt nach und versucht, ihn zu lösen. Er schlafst nicht mehr und wenn, dann nur in der ersten Hälfte der Nacht, halbstundenweise, er nimmt an Gewicht ab, er hat keinen Appetit.

B.) Konflikt-gelöste Phase (pcl-Phase):

Es findet eine Ruhigstellung statt. Die Psyche muß sich erholen. Der Patient fühlt sich schlapp und müde, ist aber wie erlöst, guter Appetit, der Körper ist heiß, oft Fieber, oft Kopfschmerzen. Die Patienten schlafen

gut aber meist erst ab drei Uhr morgens. Dieser Mechanismus ist von der Natur so eingerichtet, daß die Individuen in Vagotonie erst schlafen, wenn der Tag anbricht, damit eine potentielle Gefahr (z.B. Raubtier) sie nicht im Schlaf überrascht. Die Patienten schlafen alle am Tage sehr viel und sehr gern.

cerebral:

A.) Konflikt-aktive Phase (ca-Phase):

Schießscheiben-Konfiguration im zugehörigen Hamerschen Herd (siehe Tabelle), d.h. daß hier ein Sonderprogramm läuft.

B.) Konflikt-gelöste Phase (pcl-Phase):

Der Hamersche Herd wird unter Oedembildung repariert und im betroffenen Relaisbereich Glia eingelagert. Dadurch wird der vorhergehende Zustand weitestgehend wieder hergestellt, was wichtig ist für spätere Konflikte, aber der Preis ist der, daß das Gewebe weniger elastisch ist, als vorher. (Etwaige Komplikationen durch das Hirnoedem werden in Therapiekapitel behandelt.)

organisch:

A.) Konflikt-aktive Phase (ca-Phase):

Entsprechend der Tabelle und dem Schema des ontogenetischen Systems der Tumoren und Krebsäquivalente entsteht in der konflikt-aktiven Phase entweder eine Zellvermehrung, die biologisch einen ganz bestimmten Sinn hat, oder eine Zellnekrose, d.h. Zellschwund oder ein Loch, das biologisch auch einen ganz bestimmten Sinn hat. Der Sinn besteht darin, daß diese ganz besondere Überraschungssituation, die wir den biologischen Konflikt nennen, mit Hilfe der organischen Veränderung, die vorgenommen wird, gelöst werden kann. Dem biologischen Sinn nach sorgt z.B. ein Koronar-Ulcus dafür, daß in der konflikt-aktiven Phase die Koronararterien aufgedehnt werden, wodurch mehr Blut durch die Koronararterien fließen kann und die Kraft und Ausdauer des Individuums heraufgesetzt ist. Eine Vermehrung der Brustdrüsen-Zellen z.B. dient dazu, dem Kind mehr Milch anzubieten um die Wiedergesundung des verunglückten Kindes z.B. zu beschleunigen. Gleichzeitig werden bei althirn-gesteuerten Erkrankungen (jetzt sinnvolle biologische Sonderprogramme genannt) synchron Mykobakterien vermehrt

B.) Konflikt-gelöste Phase (pcl-Phase):

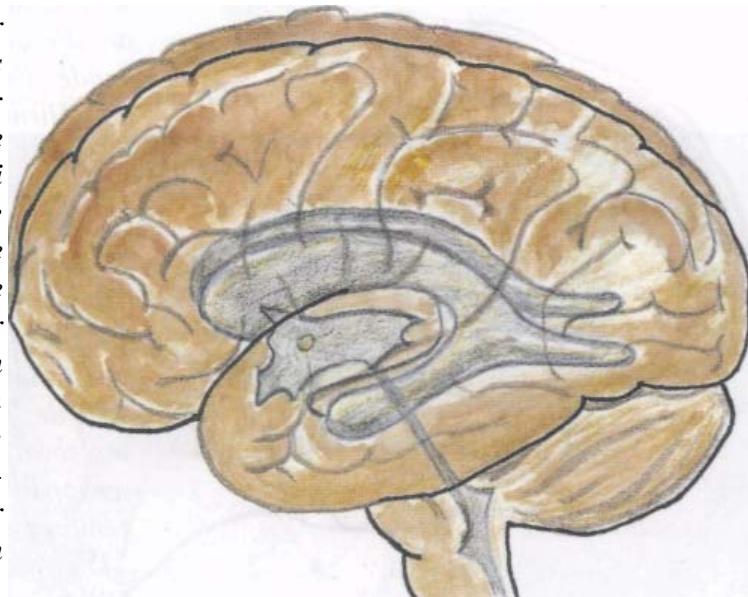
Es wird die Reparatur der Krebsgeschwulst durch mikrobiellen Abbau oder der Krebsnekrose durch mikrobiellen Aufbau in Angriff genommen, (siehe Tabelle und Schema des ontogenetischen Systems der Tumoren und Krebsäquivalente). Immer finden wir sowohl im Gehirn als auch am

Organ das Oedem als Zeichen der Heilung. Bei den althirn-gesteuerten Organen vermehrt sich am Ende der Heilungsphase das durch die Kavernen verkleinerte Parenchym um eben diese Gewebemasse mit bleibenden Zellen. D.h.: am Ende einer Leber-Tuberkulose bzw. vorangegangenen Leberkrebs, ist die Leber wieder genauso groß, hat gleich viele Zellen als sie vorher hatte (Prometheus-Phänomen).

Im nachfolgenden sollen eine Reihe von Schemata und eine Reihe typischer Hamerscher Herde in verschiedenen Phasen gezeigt werden, um meine Ausführungen anhand von Beispielen zu belegen.

10.4 Gehirn-Schemata

Das Hirn von der linken Seite aus gesehen, und zwar so, als wenn die Hirnsubstanz quasi durchsichtig wäre und man durch die Hirnsubstanz die Hirnventrikel oder Hirnkammern sehen könnte. Wir sehen im Zentrum die beiden Seitenventrikel, die miteinander in Kommunikation stehen durch den 3. Ventrikel, den wir darunter sehen. Vom 3. Ventrikel kann der Liquor cerebrospinalis¹⁵⁴ abfließen durch den Aquädukt¹⁵⁵ in den 4. Ventrikel, den wir unten in Höhe des unteren Pons¹⁵⁶ und der oberen Medulla oblongata¹⁵⁷ sehen.



Die Seitenventrikel bestehen aus den Vorderhörnern (frontal), den Hinterhörnern (occipital) und den Unter- oder Temporalhörnern, die rechts und links außen in die Temporallappen verlaufen. Das ganze Ventrikelsystem ist in Kommu-

¹⁵⁴ Liquor cerebrospinalis = Flüssigkeit von Hirn und Rückenmark

¹⁵⁵ Aquädukt = „Wasserführer“, also eine Art Wasserleitung

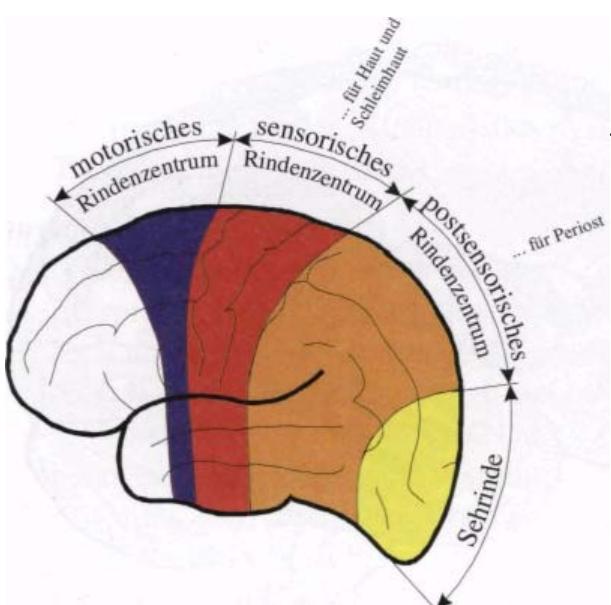
¹⁵⁶ Pons = Hirnteil (deutsch: Brücke), dessen Namen sich der Laie nicht merken muß

¹⁵⁷ Medulla oblongata = das 'verlängerte Mark'

nikation. In den Plexus choroidei¹⁵⁸ der Ventrikel wird der Liquor cerebrospinalis produziert. Dieser Liquor fließt durch den Aquädukt in den Rückenmarkskanal.

Wird durch eine Kompression im Mittelhirn oder in der Brücke (Stammhirn) der Aquädukt komprimiert, dann staut sich der Liquor im Ventrikelsystem des 1. bis 3. Ventrikels und wir finden einen sog. Hydrocephalus internus. Macht ein Hamerscher Herd im Großhirn während der Heilphase eine Raumforderung, dann imprimiert sich gewöhnlich nur der benachbarte Seitenventrikel. Bei der kindlichen Leukämie ist oftmals das gesamte Ventrikelsystem der ersten drei Ventrikel so sehr komprimiert (durch das generalisierte Marklager-Oedem), daß wir die Ventrikel im Hirn-CT nur noch mit großer Mühe erkennen können.

Zonen der Hirnrinde



Das linke Bild gibt die derzeit international gebräuchlichen sog. Zonen der Hirnwindungen an, die als sog. Hirnlappen fließende Übergänge haben. Hier die Hirnrinde von der linken Seite aus gesehen.

Die linke Seite enthält bei Links- und Rechtshändern stets die Relais für:

Schilddrüsenausführungsgänge, Kehlkopf, Gebärmuttermund und -hals, Scheide, Rektum, weibliche Blase, sowie die motorischen und sensorischen Relais für die gegenüberliegende Körperseite.

Die rechte Seite enthält bei Links- und Rechtshändern stets

die Relais für Kiemenbogengänge, Bronchien, Koronararterien, Magenschleimhaut der kleinen Curvatur, Bulbus duodeni¹⁵⁹, Leber-Gallengänge, Pankreasgänge und männliche Blase, sowie die motorischen und sensorischen Relais für die gegenüberliegende Körperseite.

¹⁵⁸ Plexus choroidei = Adergeflechte

¹⁵⁹ Bulbus duodeni = der erste kurze Abschnitt des Zwölffingerdarms

Photographie eines Hirnmodells, an dem man sehr schön die Verhältnisse erkennen kann. Balken, Zwischenhirn, Pons (Stammhirn) und Kleinhirn sind in der Mitte durchgeschnitten.

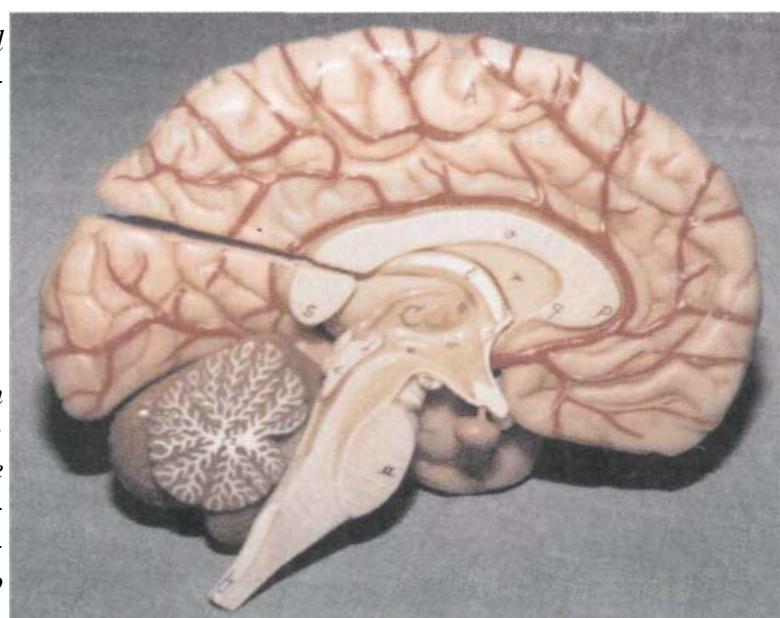
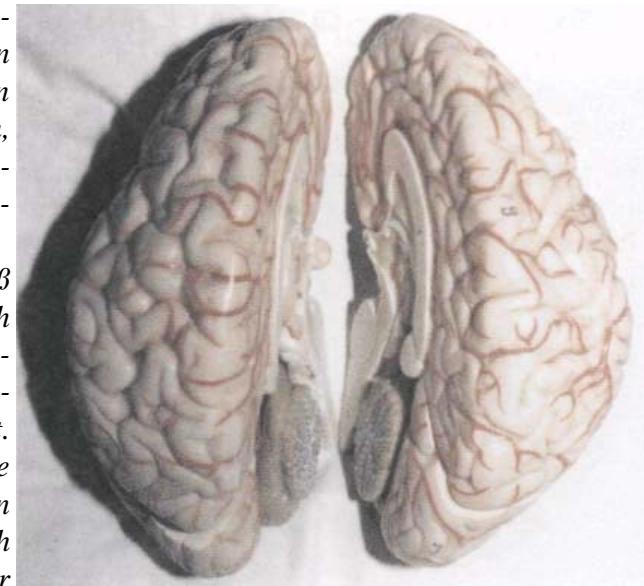
Aber man erkennt grob, daß der Cortex (Hirnrinde) auch zwischen den Großhirn-Hemisphären (interhemisphärisch) bis zum Balken besteht. Dort ist z.B. die motorische und sensorische Innervation für die Beine. Man sieht auch gut, daß die Sehrinde hinter dem Kleinhirn fast bis zum Boden des Kleinhirn reicht.

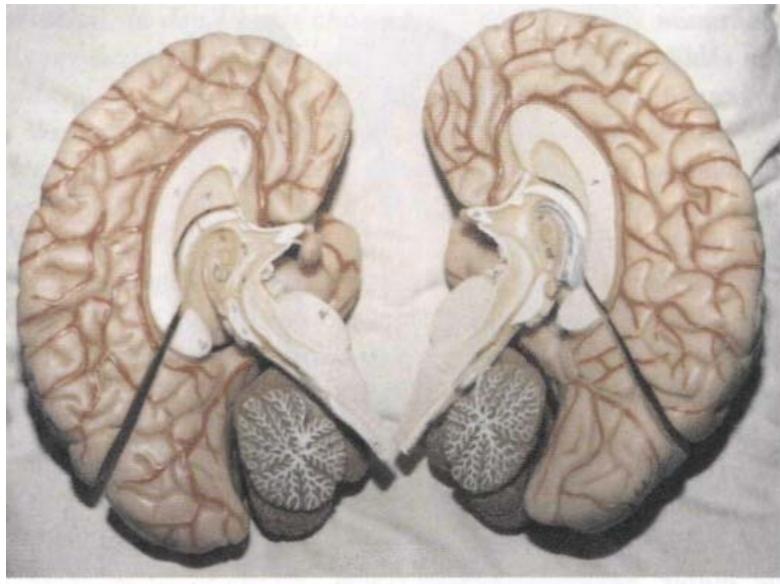
Das Gehirnmodell von der Mitte gesehen.

Das nach unten offene, von oben und vorne unten eingefaßte weiße Gebilde ist der sog. „Balken“.

Von hier ab nach unten sind die rechte und linke Gehirnhälften miteinander verbunden. Wir sehen also quasi einen Mittelschnitt durch das Gehirn des Menschen.

Der klaffende Spalt occipital (hinten) auf dem unteren Bild links, zeigt etwa die Grenze der Sehrinde (nach unten). Der gesamte Bereich zwischen motorischen Rindenzenrum und Sehrinde ist sensorischer und postsensorischer (Periost-Sensibilität) Bereich, bzw. seitlicher Revierbereich. Man sieht daraus, welche biologische Bedeutung die Trennungs-Konflikte haben!



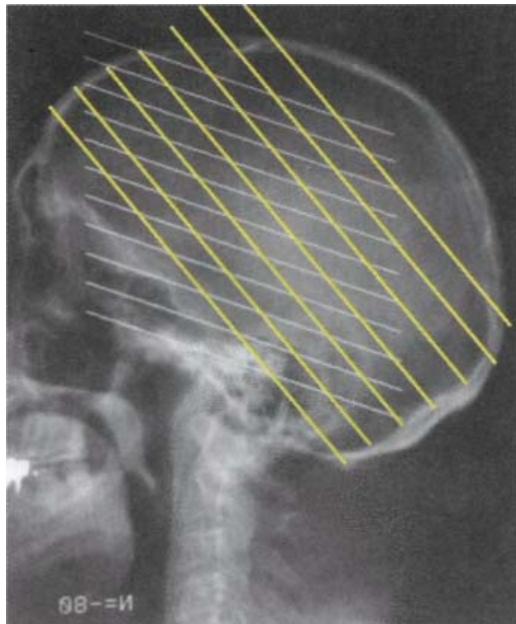


Auf diesem Bild sind beide Hirnhälften auseinandergeklappt, in der Mitte quasi die weiß erscheinenden Anteil durchgeschnitten. Besonders gut zu sehen die interhemisphärische Großhirnrinde, in der die Relais für Motorik und Sensörök der Beine gelegen sind,

frontal das Zuckerzentrum und noch Zentrum und die frontalen Ängste.

weiter frontal das (Zahnschmelz-) Beiß-

10.4.1 Unsere Gehirn-CT-Schnitte



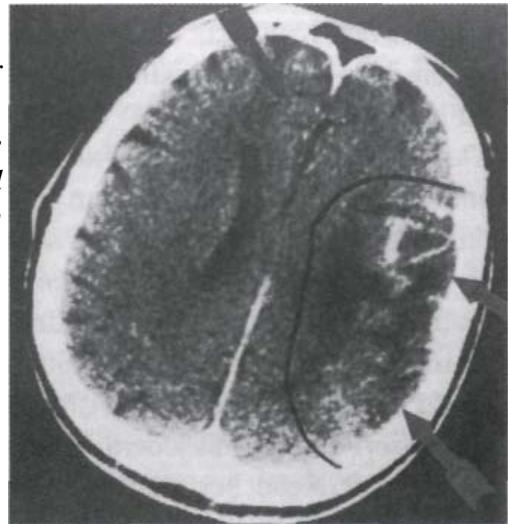
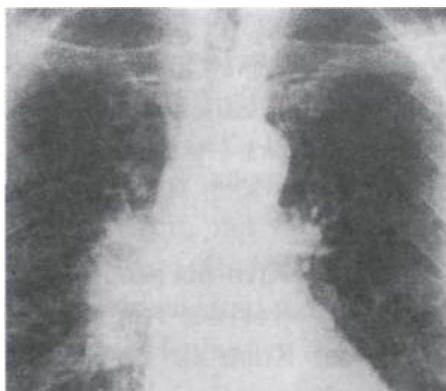
Mit den modernen Untersuchungsmethoden, z.B. des Computertomogramms, können wir quasi in das menschliche Gehirn hineinschauen, indem wir das Gehirn schichtweise untersuchen. Man kann beliebige Schichten einstellen und fotografieren, meist waagerechte und senkrechte. Das Bild nebenan zeigt die Standard-Schichten, die nahezu parallel zur Schädelbasis verlaufen (weiße Linien sind falsch, gelbe richtig).

Aus diesen verschiedenen Schichten erhält man eine Serie von Fotos, die die verschiedenen Hirnteile und etwaigen Hamerschen Herde zeigen.

10.5 Der erste entdeckte HAMERsche HERD

Rechts fronto temporal, im Revierangst-, Revier- und Revierärger-Relais in der erneuten Heilungsphase nach Rezidiv.

Oberer Pfeil links: in Lösung gehende Schießscheibe im Unterzuckerungs- und Überzuckerungs-Relais (Diabetes bis 500 mg % Blutzucker).



Bronchial-Ca des rechten Lungenflügels.

Der Patient, zu dem diese Bilder gehören, war der erste, bei dem ich prospektiv einen später sog. „HAMERschen HERD“ suchte und - auch fand, am 6.4.83. Er hatte eigentlich ein Melanom am linken Arm.

Der Patient betrieb einen kleinen Supermarkt mit einer gutgehenden Frischfleischabteilung. Für die ortsansässigen Metzger war dies ein Dorn im Auge. Ein Konkurrent war darunter, der sich besonders gut mit dem Veterinäramtsarzt verstand der im Ort die Kontrollen durchführte. Der Patient wurde nun laufend von diesem Veterinär schikaniert. Das eskalierte schließlich soweit, daß er ihm ein Verfahren anzuhängen versuchte. Als das nach langem hin und her nicht klappte, wurde er „von oben“ abgezogen und ein anderer übernahm diesen Bezirk für mehrere Jahre. Von nun an gab es keinen Ärger mehr.

Doch eines Tages, kurz vor Mittag, stand plötzlich dieser ehemalige Veterinärarzt in der Tür, und ohne sich umzusehen schritt er sofort zur Fleischabteilung. Als er den Patienten sah, sagte er wörtlich: „Wie, Sie sind ja immer noch da!“ Im Verlauf der Kontrolle ging er mit dem Patienten nach draußen zum Kühlraum, dabei ließ er jedoch beim Rausgehen die Türe offen stehen. Als beide zurückkamen hatte sich die Katze des Patienten hereingeschlichen. Der Patient erstarrte vor Schreck, der Veterinärarzt deutete nur wortlos auf die Katze und sagte: „Die Fleischabteilung ist geschlossen.“ Da geriet der Patient außer sich. Er rannte hoch in seine Wohnung, holte

einen Fotoapparat (worin sich aber kein Film befand) und „beschoß“ regelrecht den Veterinär mit dem Blitzlicht. Der Patient hatte wahrscheinlich einen Revier-Konflikt, einen Revierärger- und einen Revierangst-Konflikt erlitten. Von nun an merkte er hin und wieder Ziehen im linken oberen Arm, und massierte ihn.

Dabei entdeckte er eine Warze die er mit Rizinusöl einrieb, weil er irgendwo gelesen hatte, daß man Warzen damit zum Verschwinden bringen könnte. Als sich jedoch die Warze entzündete, ging er damit zum Hautarzt, der ihn zur Universitäts-Hautklinik überwies. Diagnose: Verdacht auf Melanom. Er wurde sofort operiert und auch gleich ein axialärer Lymphknoten „zu diagnostischen Zwecken“ mit entfernt. Nun begann eine Odyssee. Denn von da ab war der Patient auf „Melanom“ fixiert und hat laufend Melanome „produziert“, denn mit jedem weiteren Melanom und jeder Operation fühlte er sich aufs Neue besudelt und verunstaltet, so daß er sich schließlich in einem Teufelskreis befand.

Bevor er zu mir kam (Ende Jänner '83), sollte der Arm noch amputiert werden. Jedoch bei der letzten Kontrolluntersuchung vor der Amputation hatte man ein Bronchial-Ca festgestellt, das bei der Kontrolle im August noch nicht vorhanden gewesen war. Nun wurde die Amputation abgeblasen.

Ich wußte damals schon, daß das sog. Bronchial-Ca die Heilungsphase eines Revierangst-Konfliktes war. Und wirklich, der Patient hatte im September sein Ladenlokal endlich gut vermieten können, nachdem ein Vermieter mit hohen Mietrückständen wieder ausgezogen war.

Nach meinem Vortrag im März auf dem Heilpraktikerkongreß in der Mainzer Rheingoldhalle, den der Patient besucht hatte, fragte er mich, ob er denn jetzt in Gefahr sei einen Schlaganfall zu erleiden. Ich sagte ihm, ausschließen könne ich das nicht. Vierzehn Tage später bekam er wirklich einen Schlaganfall, kollabierte im Badezimmer seiner Wohnung, wo man ihn fand. Er wurde ins Krankenhaus gebracht und erlitt dort einen weiteren Konflikt, weil er von einem Pfleger gewaschen und gepflegt wurde, den er für sehr unsauber hielt. Er ekelte sich und sträubte sich dagegen. Die Blutzuckerwerte stiegen bis 500 mg % und normalisierten sich erst gänzlich, als der Patient Anfang Mai wieder zu Hause war.

Wir erreichten, daß ein Hirn-CT angefertigt wurde - am 6.4.83. Als man mir die Aufnahmen zeigte, war ich einerseits etwas stolz, daß ich so etwas schon prospektiv für möglich gehalten hatte. Denn ich hatte winzig kleine Veränderungen erwartet, die für die Melanome verantwortlich sein, und kaum größere, die für das Bronchial-Ca verantwortlich sein könnten. Aber mit diesen riesigen Befunden rechts temporal und rechts und links parame-

dian frontal konnte ich eigentlich nicht viel anfangen. Ich war ziemlich ratlos.

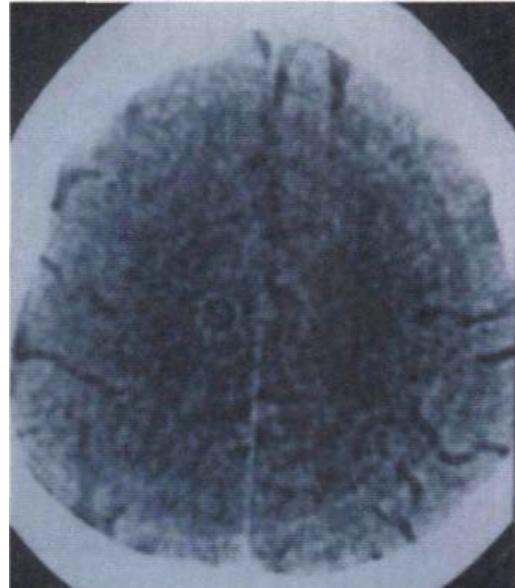
In solchen Fällen muß man als braver Handwerker arbeiten, muß alles zusammentragen, was dazugehören könnte. Dabei war die Familie des Patienten maximal kooperativ. Mindestens waren die zeitlichen Abfolgen ja ungefähr so gewesen, wie ich mir das vorgestellt hatte. Das war für mich zunächst die Basis.

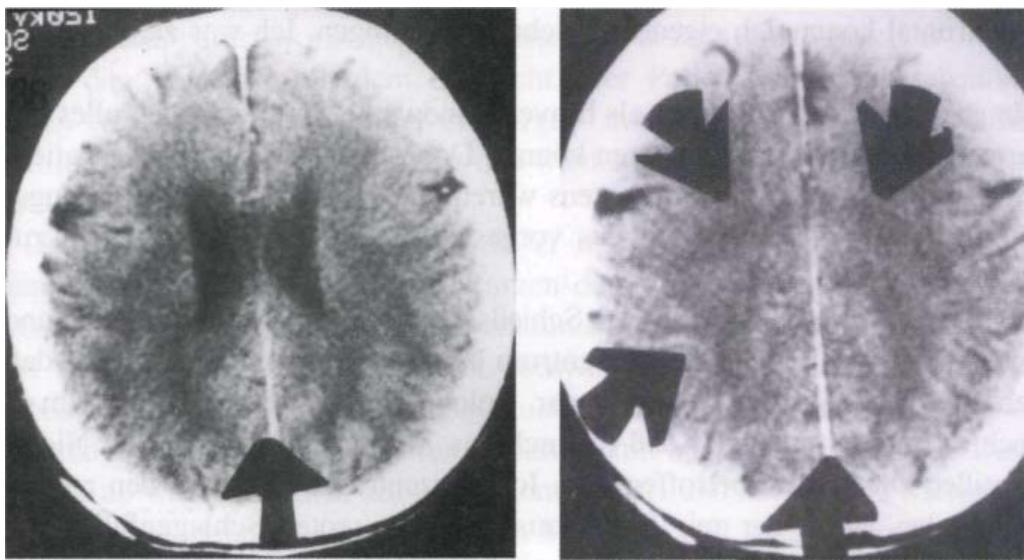
Die gerade in Lösung gehenden Schießscheiben im rechten (Diabetes) und linken (Unterzuckerung) Zuckerzentrum hingen wohl damit zusammen, daß der Pfleger ausgetauscht worden war. Solche Dinge wußte ich aber damals noch nicht, noch weniger, daß da auch das Zahnschmelz-Relais des Nicht-zubeißen-Dürfens mitbetroffen war. Ich konzentrierte mich auf den rechts-temporalen Herd, der mir frisch aussah (sog. „roter Schlaganfall“) mit Lähmung der linken Seite. Und der gehörte offenbar zu der Vorgeschichte, die wiederum mit den kürzlich vermieteten Ladenräumen zu tun haben könnte. Auch das habe ich damals mehr geahnt als gewußt. Aber von da ab wußte ich, wie und wo ich suchen mußte. Die Suche nach den vielen Stecknadeln im Heuhaufen begann.

10.6 Fallbeispiele

Typische Schießscheiben-Konfiguration eines HHs, d.h. ca-Phase im sensorischen Rindenzentrum mit dem Zentrum links paramedian liegend. Es betrifft eine sensorische Lähmung des rechten Beins und (etwas weniger) auch des rechten Arms.

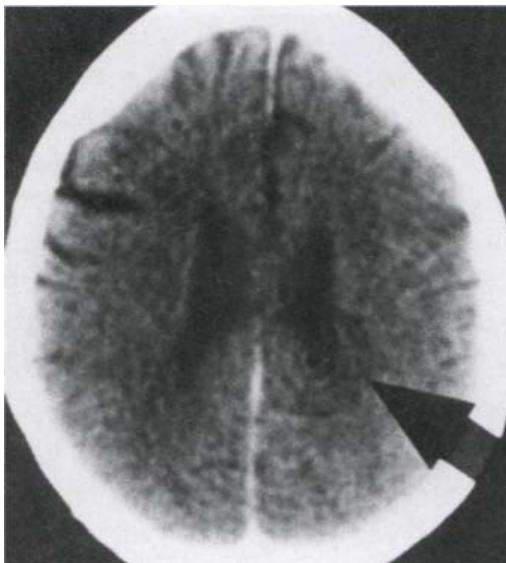
Die Tatsache, daß die Schießscheibenringe auch auf die rechte Hirnseite hiniüberreichen, sowie ins motorische Rindenzentrum und ins postsensorische (Periost betreffend) zeigt uns, daß auch die Sensibilität der linken Körperhälfte, sowie Motorik und Periost-Sensibilität beiderseits mitbetroffen sind.





Zwei HHe zentral im postsensorischen (für das Periost zuständigen) Rindenzen-
trum in der pcl-Phase. Die Schießscheibenringe sind oedematisiert, zeigen all-
mählich verlaufende Lösungsringe; der Beweis, daß es sich nicht um Artefakte
gehandelt hat.

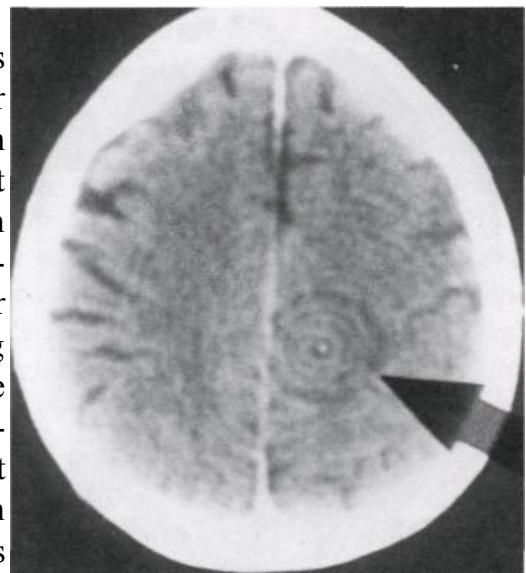
10.6.1 Fallbeispiel: Italienischer Gastarbeiter

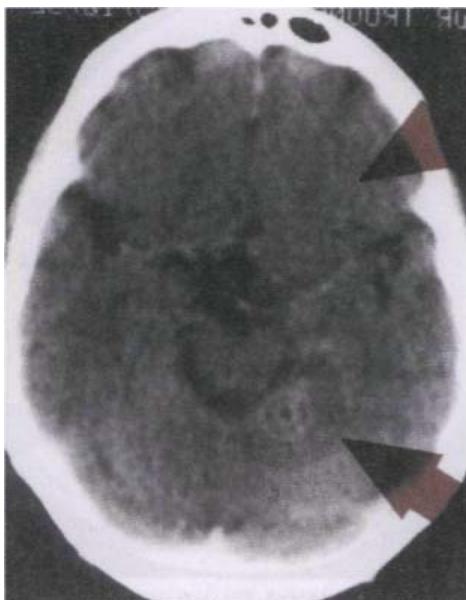


Verschiedene Schichten einer CCT-
Serie desselben Patienten. Der neben-
stehende HH ist noch weitgehend in
aktiver Phase, projiziert sich z.T. ins
Marklager, gehört aber zum postsenso-
rischen Rindenzentrum, (schmerzhafter
Trennungs-Konflikt das Periost des
linken Beins betreffend). Wir sehen
schon einen Ring in Lösung gehen, d.h.
der Konflikt ist also offenbar gerade
ganz kurz vorher gelöst worden.

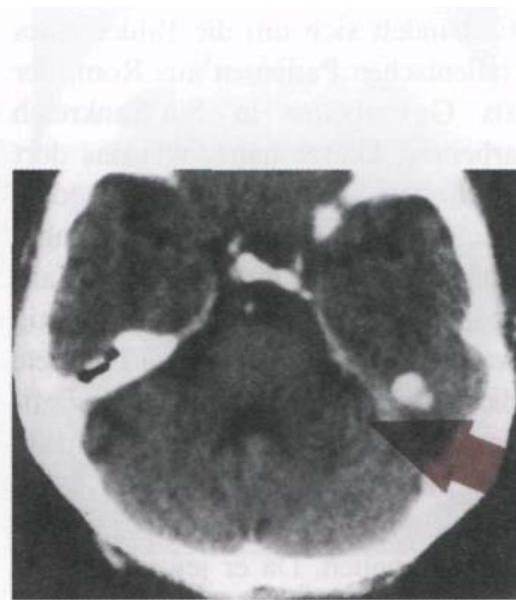
Man ist zunächst geneigt, an ein Artefakt (Kunstprodukt) des Apparates zu
denken, jedoch kann ein Artefakt un-
möglich oedematisieren.

Es handelt sich um die Bilder eines italienischen Patienten aus Rom, der als Gastarbeiter in Südfrankreich arbeitete. Dieser hatte, wie das dort so üblich ist, in Rom nahe dem Flughafen Leonardo da Vinci angefangen ein Haus zu bauen. Ein Jahr später, als der Rohbau fast fertig war, kam die Baupolizei und ordnete die Stilllegung des Baus an. Der Patient erlitt einen Revierärger-Konflikt und Leber-Gallengangs-Ca. Doch nach einigen Tagen begann er nachts weiterzubauen. Da er jeweils nur im Urlaub weiterbauen konnte, begann ein Katz-und-Mausspiel mit der Bau-polizei. Viermal legte man ihm den Bau still, jedesmal erlitt er ein DHS-Rezidiv. Aber er steckte das alles weg in Vorfreude auf seinen hübschen Altersruhesitz. Und wirklich erreichte er vier Jahre später, daß er gegen ein Bußgeld sein Haus fertigstellen durfte, wie das auch dort so üblich ist. Durch die nun eintretende definitive Lösung bekam der Patient eine Leberschwellung, die Ärzte vermuteten eine Leber-Ca. Durch diese Verdachtsdiagnose erlitt der Mann ein Krebsangst (Frontalangst)-DHS mit Kiemenbogengangs-Ulcera. Als er sich wieder einigermaßen beruhigt hatte, kam es im Februar des darauffolgenden Jahres zu einer Schwellung in der Halsgegend, was die Schulmediziner als Lymphknoten fehldeuteten. Kurz danach wurde ihm die Diagnose „metastasierendes Leberkarzinom“ ins Gesicht geschleudert. Hierdurch erlitt der Patient einen gewaltigen brutalen Trennungs-Konflikt, den wir auf der hier vorliegenden Aufnahme gut erkennen können. Er zitterte am ganzen Leibe, hatte einen zusätzlichen Todesangst-Konflikt und nahm rasch an Gewicht ab. Der Patient konnte jedoch trotz allem eine innerliche Lösung erreichen - die Lungenrundherde des Todesangst-Konfliktes gingen sogar leicht zurück. Aber das Leben blieb nicht stehen. Der alte Revierärger kehrte in Form eines Rezidiv-DHS' zurück: Wegen seiner Erkrankung konnte er ja nun nicht mehr weiterbauen, seine Kinder „spurten nicht“, hatten keinerlei Interesse daran, den Bau fertigzustellen und die Geldbuße zu zahlen. Es gab eine dramatische familiäre Auseinandersetzung. Auch darüber kam der Patient noch einmal hinweg. Jedoch kam es in der Heilungsphase zu einer Potenzierung der verschiedenen Hirnoedeme, wodurch der Patient ins Koma fiel und in völliger Vagotonie verstarb.



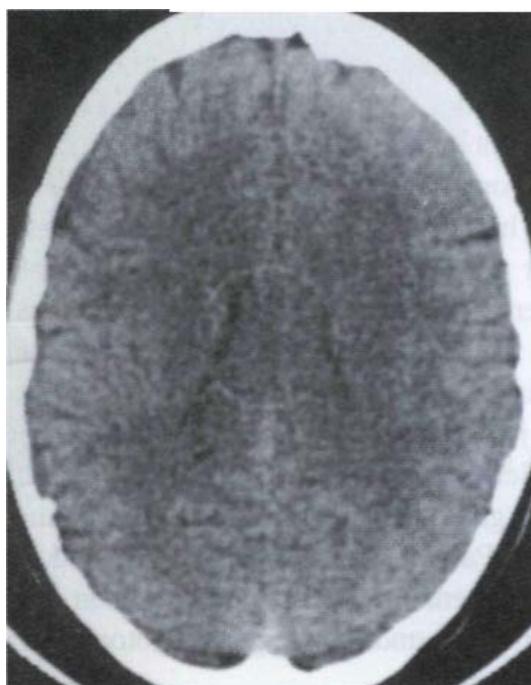


Weiteres CCT aus der gleichen Serie, bei dem man sehr schön die unterschiedlich oedematisierten Schießscheiben ringe erkennen kann.



Aktiver HH für den erwähnten Todesangst-Konflikt durch Diagnosenstellung. Die Schießscheiben fangen gerade an, etwas zu oedematisieren.

10.6.2 Fallbeispiel: 60jährige Frau eines Universitäts-Rektors

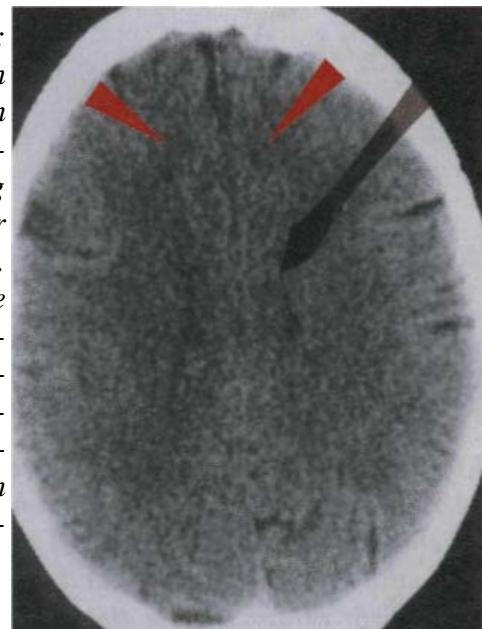


CCT vom 7.5.90 einer 60jährigen Patientin. Gattin eines Universitätsrektors, der seine Frau vor 15 Jahren verlassen hatte. Aus religiösen Gründen war eine Scheidung als nicht möglich erachtet worden. Vor fünf Jahren lernte die Patientin einen neuen Mann kennen, der aber noch nicht geschieden war. 1989 ließ sich der Freund dann scheiden. Aber die Patientin konnte sich ihrerseits nicht entschließen, sich scheiden zu lassen und ihn zu heiraten. In diesem Moment zog der Freund zu einer anderen Frau. Die Patientin erlitt ein motorisches DHS, den Freund nicht festhalten zu können und einen Trennungs-Konflikt, weil der Freund ihr aus den

Händen glitt, dazu auf organischer Ebene eine motorische und sensorische Teillähmung beider Hände mit fast völliger motorischer Lähmung des rechten Daumens. Man vermutete eine MS. In dieser Situation kam die Tochter, eine Dozentin für Neurologie zu mir und erbat meinen Rat.

Aufgrund des mitgebrachten CCTs konnten wir den Fall rasch rekonstruieren. Sie therapierte die Mutter, indem sie mit ihr über die Angelegenheit ausführlich sprach. Wirklich ging auch die Lähmung wieder zurück. Die Mutter erlitt den obligaten epileptischen Anfall. Dann aber ereignete sich folgendes: Die Patientin erfuhr, daß die neue Freundin ihres Ex-Freundes „keine Dame“ sei und daß der Freund mit dieser Frau schon eine Beziehung hatte, während er noch mit ihr intim befreundet war. Daraufhin erlitt sie ein DHS des Sich-Sträubens und des Angst-Ekels (Linkshänderin) mit dem Zentrum im Glukagon-Relais, d.h. die Unterzuckerung überwiegt.

CCT vom 3.7.1990 der gleichen Patientin: Während wir in der vorangegangenen Aufnahme noch die scharfe Ringformation als Zeichen des aktiven Konflikts der motorischen und sensorischen Lähmung sehen können, ist dieser Konflikt auf der Aufnahme zwei Monate später gelöst. Dafür aber sehen wir eine neue aktive Schießscheiben-Konfiguration entsprechend dem zu diesem Zeitpunkt noch aktiven Konflikt des Sich-im-Nachhinein-noch-Sträubens-und-Ekelns im Zuckerrelais. Dieser zweite Konflikt konnte durch intensive Gespräche ebenfalls gelöst werden.



10.6.3 Fallbeispiel: 50jährige Patientin nach Menopause



CCT einer 50jährigen rechtshändigen Patientin nach der Menopause. Rechts fronto-parietal sehen wir einen großen HH in Lösungsoedem entsprechend einem Revierangst-Konflikt mit Intrabronchial-Ca. Das DHS hatte sich 7 Monate zuvor ereignet. Der Schwiegersohn der Patientin mußte wegen einer akuten Peritonitis operiert werden, die Ärzte gaben ihm kaum noch Überlebenschancen. Dieser Konflikt dauerte nur 2 Monate an, er war jedoch äußerst heftig! Einen Monat vor Erstellung dieser Aufnahme kam es zu einem Konfliktrezidiv: Der Ehemann der Patientin mußte an einer akuten Leistenhernie¹⁶⁰ operiert werden. Der Rezidiv-Konflikt dauerte 3 Wochen an bis es zur erneuten

Konfliktlösung kam. Der Druck des erneut in den HH einschießenden Heilungsoedems brachte diesen offensichtlich zum Zerreissen - ein Beispiel für den sog. „Ziehharmonika-Effekt“: Ein HH in Lösungsoedem gerät vorübergehend wieder in Konfliktaktivität, das Oedem bildet sich kurzfristig zurück, nach der erneuten CL schießt wieder Oedem ein, der HH pumpt sich gleichsam von innen wieder auf - irgendwann hält das Gewebe dem Oedemdruck nicht mehr stand und zerreißt, was auch auf der folgenden Aufnahme recht gut zu sehen ist.

Auf der linken Großhirn-Hemisphäre sehen wir weitere sexuelle bzw. halbsexuelle Konflikte, die hängend-aktiv sind. Dazu konnten wir folgendes eruieren: Als die Patientin 17 Jahre alt war, wurde sie von ihrem eigenen Schwager vergewaltigt - ein Konflikt, über den sie im Prinzip nie so richtig hinweggekommen war! Als ihr Sohn 16 Jahre alt war, wurde er Vater eines Kindes - für die Mutter ein Konfliktrezidiv in quasi gleicher Angelegenheit...

¹⁶⁰

Hernie = Bruch

Im folgenden eine andere CCT-Schicht der gleichen Patientin: Der Pfeil zeigt auf einen HH mit Schießscheiben-Konfiguration im motorischen und postsensorischen Rindenzentrum, einem (motorischen) Trennungs-Konflikt entsprechend. Weiterhin sehen wir sehr gut den bereits erwähnten innen zerrissenen HH im Bronchialrelais. Wir haben also Konfliktlösung und Konfliktaktivität gleichzeitig vorliegen!

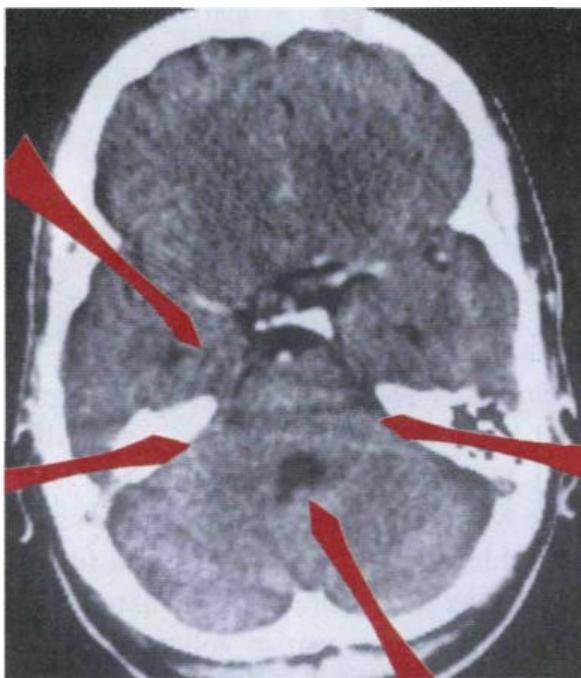


Was war passiert? Als die Patientin in voller Heilungs-Vagotonie im Krankenhaus lag, guten Appetit hatte und gut schlafen konnte, kam eines Morgens ihre Schwester zu Besuch und flüsterte: „Denk nur, was ich heut' Nacht geträumt habe. Ich habe unsere Mutter im Traum gesehen, sie sagte, sie komme, um dich zu holen.“ Das schlug bei der armen Patientin furchtbar ein! Von Stund an war sie an allen vier Extremitäten teilgelähmt, links mehr als rechts, aß nicht mehr, schlief nicht mehr, war in voller Panik. Einem französischen Arzt, der sich mit der Neuen Medizin auskannte gelang es in einem Gespräch am Krankenbett, der Patientin diese Zentnerlast von der Seele zu räumen, nachdem sie ihm unter Tränen diese Begebenheit erzählt hatte. Von Stund an waren die Paresen¹⁶¹ mehr und mehr rückläufig. Die Patientin konnte wieder schlafen und essen.

¹⁶¹

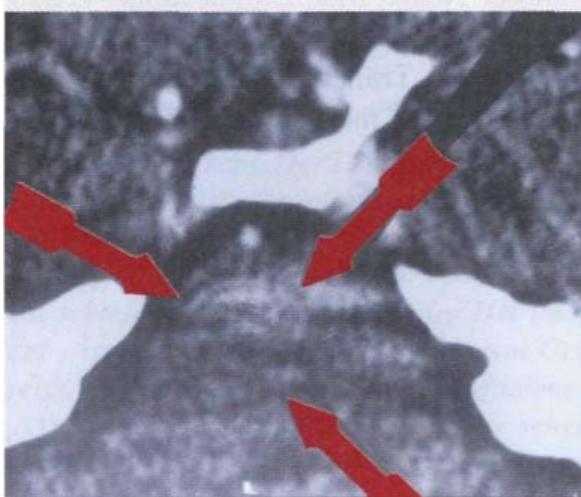
Parese = unvollständige Lähmung

10.6.4 Fallbeispiel: Aktiver HH in Schießscheiben-Konfiguration im Stammhirn



Hier zwei CCT-Bilder verschiedener Schichten der gleichen Patientin.

Auf dem ersten sehen wir einen aktiven HH in scharfer Schießscheiben-Konfiguration. Die Pfeile weisen auf das Dünndarm-Relais im Stammhirn entsprechend einem unverdaulichen Ärger.



Hier eine tiefere Schicht der gleichen Serie, ebenfalls mit HH in Schießscheiben-Konfiguration aber mit anderem Mittelpunkt, nämlich im Tuben und Urin-Blasen-Relais.

Konflikt: Die Patientin hatte ihr Pferd falsch gelenkt und einen anderen Reiter gegen die Bande gequetscht und schwer verletzt. Dieser beschimpfte sie wüst mit übelsten Vokabeln (Tuben-Ca). Unmittelbar darauf wurden hohe Kosten fällig (unverdaulicher Ärger), da der Mann lange im Krankenhaus liegen mußte.

10.6.5 Fallbeispiel: Rechtshändiger Patient mit Verlust-Konflikt

Der nächste Fall hat 3 Abbildungen, die sich auf den gleichen Patienten beziehen:

Auf der ersten CT-Aufnahme sehen wir einen großen, scharfen Ring - er ist ein Artefakt. Daneben sind zwei eindeutig noch in ca-Phase befindliche schießscheibenförmige HHe zu sehen. Der rechte betrifft ein Herz-Koronar-Ulcus (Revier-Konflikt), der linke betrifft den rechten Hoden (Verlust-Konflikt). Der rechtshändige Patient hatte seine Mutter unerwartet verloren, an der er sehr hing. Man sieht, daß die rechte Schießscheiben-Konfiguration noch sicher in der ca-Phase ist. Die linke dagegen ist schon etwas oedematos geschwollen, ist also gerade dabei in Lösung zu gehen. Der Patient hat dann später (Februar 1993) auf dem Tiefpunkt der pcl-Phase einen Herzinfarkt erlitten.



CT des Hodens:

Die Abbildung zeigt eine Hodennekrose des rechten Hodens, der Konflikt war ja noch nicht gelöst!

Foto des Hodens:

Am rechten Hoden ist äußerlich praktisch nichts zu sehen. Der Finger zeigt auf die Stelle der Nekrose.

Die vermutete Hodennekrose (vereinfacht ausgedrückt ein „Loch“), d.h. ein Substanzverlust im Hoden, wurde also vorher, nur durch das Hirn-CT diagnostiziert. Im folgende eine



Bestätigung des Falles:

**Zentrum für Neue Medizin
in Österreich**

Leitung Dr. med. Ryke Geerd HAMER

Burgau,

27. Januar 1993

Es wird bestätigt, daß bei Mr. [REDACTED]
allein auf Grund der Kran CT und Röntgen
ohne daß der Pat außer einem leichten
Zischen im rechten Hoden über Beschwerden
geklagt hätte, juxta eine Nekrose im
re. Hoden gesucht und CT-mäßig
gefunden bzw. verifiziert worden ist.
Entsprechend dem Kran CT ergibt sich
daraus eine Verschleierung zwischen
Nekrose (=Akkrophose) und Wiederaufbildung
der Nekrose (Heilungsphase)

A-8291 BURGAU Altes Schloss 1

Telefon 0046338312040

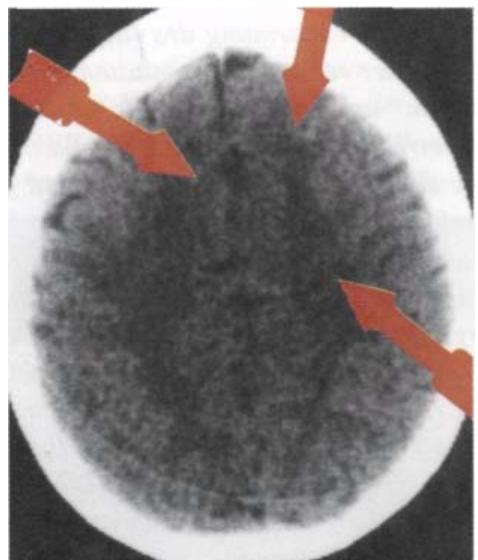
Dr. Raud Brillabald, Amherst, Tulln

Die nächste Fallgeschichte einer linkshändigen Patientin umfaßt 7 Aufnahmen:

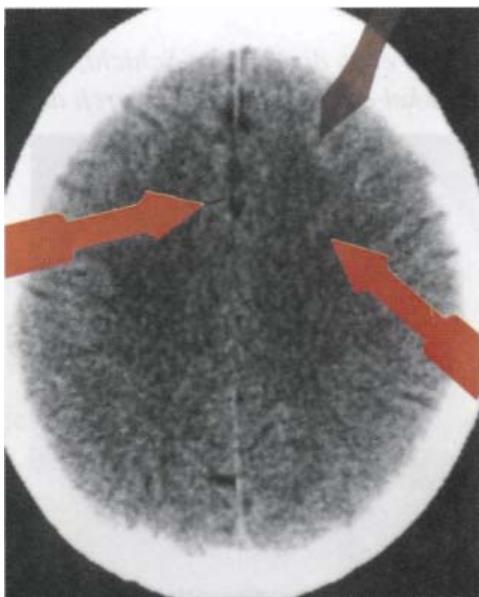
10.6.6 Fallbeispiel: Linkshänderin mit Teillähmungen links



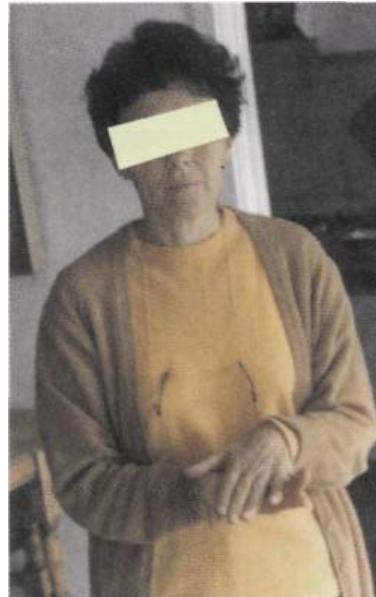
25.7.90: HH in ca-Phase



25.2.90, HH direkt nach CL



10.4.90, Ende der pcl-Phase



Klatschtest! Foto der linkshändigen Patientin

Die drei vorherigen CCT-Aufnahmen zeigen die Entwicklung eines Hamerschen Herdes über fast 4 Monate.

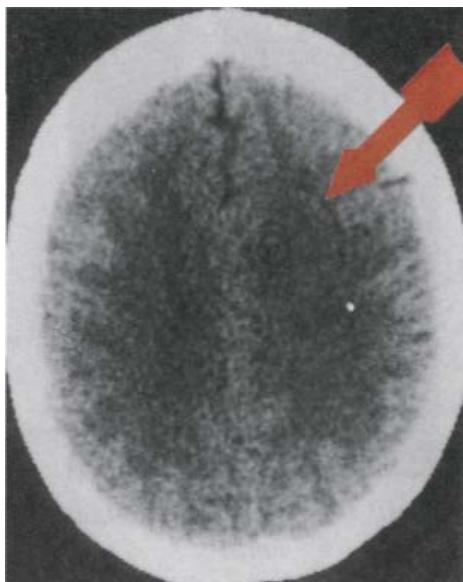
Die Patientin ist, wie das Foto zeigt, Linkshänderin. Sie erkrankte an einer Teillähmung des linken Arms und des linken Beins, in geringerem Maße auch des rechten Arms.

Das DHS ereignete sich im Juni 1989: Die Patientin verlor, in unglücklicher Ehe verheiratet, einen sehr geliebten Freund, den sie - auf dramatische Weise - nicht in der Umarmung des linken Arms und des linken Beins (Linkshänderin!), weniger der rechten Extremitäten, festhalten konnte. Es geht also um den „Partner-Arm“ und das „Partner-Bein“ und in geringerem Maße auch um den rechten (Mutter/Kind)-Arm mit dem Konflikt, nicht festhalten zu können. Die Patientin hatte sich von ihrem Freund ein Kind gewünscht, hatte schon gehofft, schwanger zu sein, darüber war es zum dramatischen Verlustereignis gekommen.

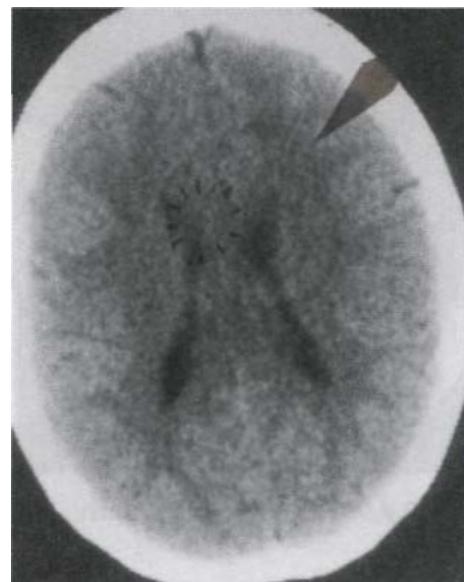
Auf der ersten CT-Aufnahme ist der Konflikt noch aktiv. Wir sehen die scharfen Kreise der Schießscheiben-Konfiguration des HHs, sehen aber auch, daß die Ringe auf die linke Hemisphäre hinausreichen (schwache Lähmung des rechten Arms). Das Zentrum des HHs ist rechts im motorischen Zentrum, betreffend die Motorik für die Partnerumarmung mit dem linken Arm (Linkshänderin!) und die intime Partnerumarmung mit dem linken Bein. Die Conflictolyse, die die von der Neuen Medizin begeisterte Hausärztin der Patientin mit dieser zusammen erarbeitete, gelang am 20.2.1990, knapp vier Wochen nach dem ersten Hirn-CT, das vom 25.1.1990 stammt.

In diesem zweiten CT vom 25.2.90, etwa von der gleichen Schicht, sehen wir, wie der HH gerade „aufbricht“, d.h. die Ringe werden außen unregelmäßig und unvollständig, das Zentrum ist aber noch zu sehen.

Die nächsten Aufnahmen vom 10.4.90, ebenfalls etwa die gleiche Schicht, wenn auch nicht immer exakt der gleiche Neigungswinkel der Schichten, wodurch der



10.4.90



10.4.90

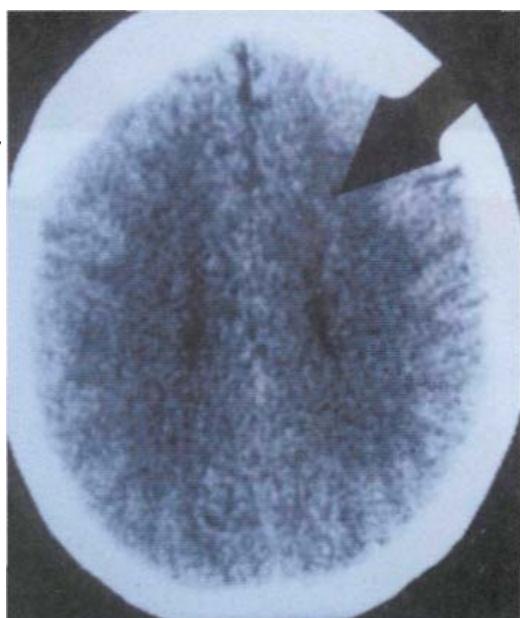
HH mal ein bißchen nach vorne oder nach hinten rutscht. Wir sehen, daß der HH teilweise bereits in gliöse Vernarbung übergegangen ist.

Zu erwähnen ist natürlich noch, daß am 10.3.1990 ein epileptischer Anfall (epileptische Krise) stattfand, der die Patientin jedoch nicht überraschte, da ihr ja die Regeln der Neuen Medizin durch ihre Hausärztin bestens bekannt gemacht worden waren.

Eigentlich war die Patientin, zwischen Juli 1989 und Februar 1990 schon unter „MS“-Verdacht gelaufen. Aber dieser Unsinn konnte ihr zum Glück schnell ausgeredet werden: Die große Gefahr ist ja immer, daß die Patientin durch den Diagnose-Schock einen zweiten motorische Konflikt - hauptsächlich der Beine - erleiden, weil man ihnen sagt, sie würden möglicherweise zeitlebens an den Rollstuhl gefesselt sein. Von diesem Konflikt kommen sie dann meist nie mehr los.

*Letzte CT-Aufnahme vom 24.4.1990
der gleichen Patientin:*

Man sieht, daß die Schießscheiben inzwischen leichte „Stechapfelform“ haben, d.h. der Höhepunkt der pcl-Oedemphase ist hier bereits vorbei, die Vernarbungsphase ist im Gang.



10.6.7 Fallbeispiel: Patientin mit Angst-Ekel-Konflikt

Die folgende Fallgeschichte umfaßt 4 CCT-Aufnahmen:

Es handelt sich um 3 Serien von CCTs einer Patientin, die im Abstand von jeweils ca. 6 Wochen angefertigt wurden.

Bei der Patientin lag ein Angst-Ekel-Konflikt vor kombiniert mit einem Sträubens-Konflikt vor ihrem schwulen Chef, den sie als „ekelhaft“ und „gemein“ empfand.

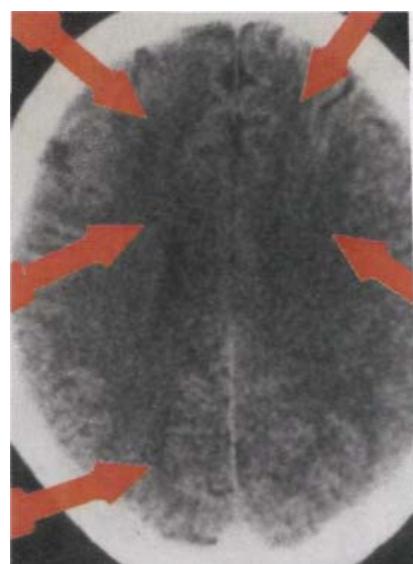
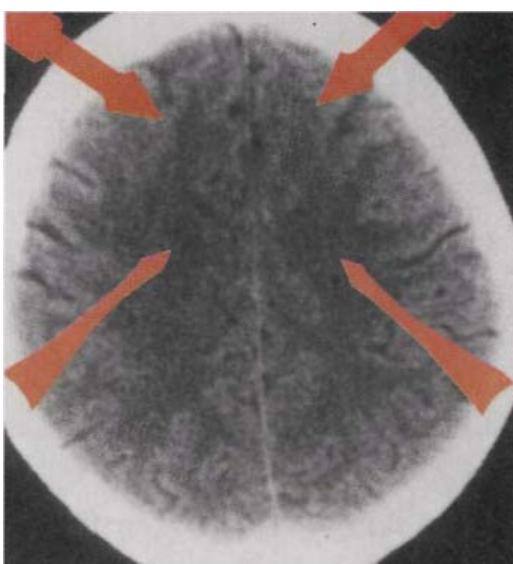
CCT vom 24.1.90, HH in ca-Phase:

Das Zentrum der Schießscheiben-Konfiguration liegt rechts. Deshalb überwiegt der Diabetes über die Hypoglykämie, d.h. es überwiegt die Beta-Inselzell-Insuffizienz gegenüber der Alpha-Inselzell-Insuffizienz.



24.1.1990

Kurz nach dieser Aufnahme kündigt sie. Wir sehen auf der gleichen Aufnahme dorsal einen großen HH, der schon mehrfach vernarbt ist, in erneuter Schießscheiben-Konfiguration die beiden Glaskörper auf organischer Ebene betreffend. Der biologische Konflikt: Sie war ein Jahr vorher auf dem Weg zu ihrer Arbeitsstelle (Apotheke) von hinten verfolgt, überfallen und mit einem Messer bedroht worden. Die Rezidive: Sie mußte jeden Tag den gleichen Weg von und zur Apotheke nehmen. Die Patientin bekam folgerichtig einen beiderseitigen Grünen Star.

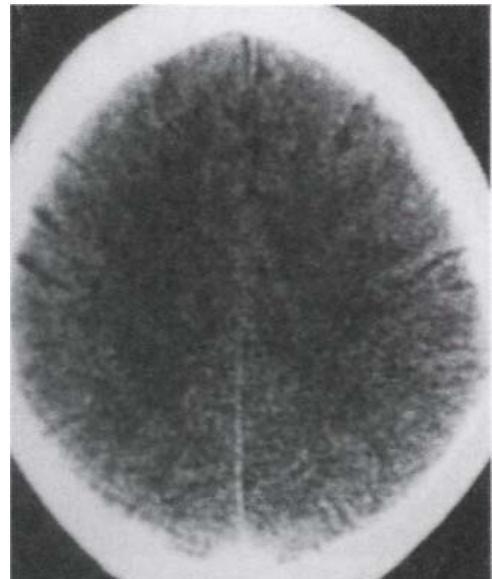


Oben: CCT-Aufnahmen vom 15.3.90:

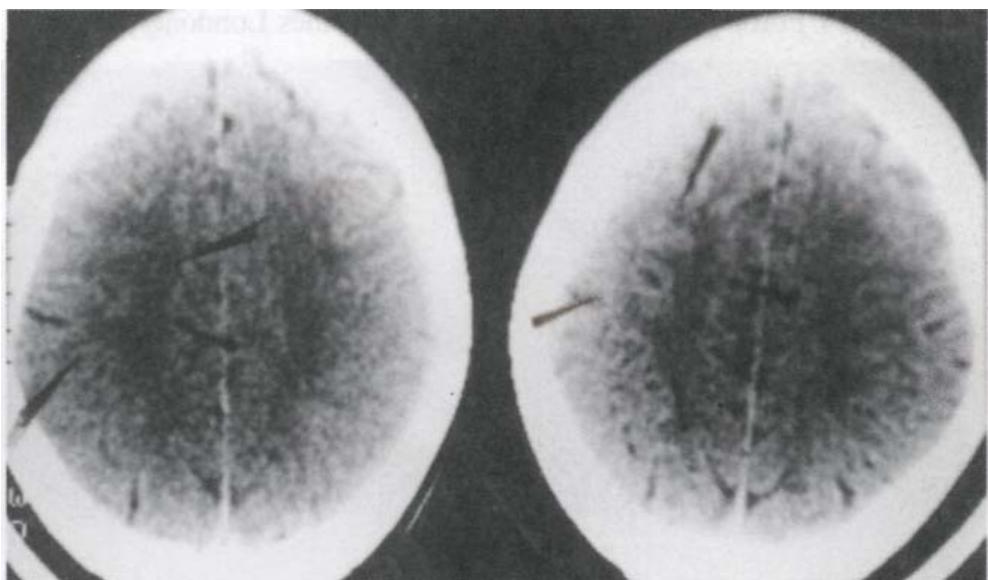
Beide Konflikte sind in pcl-Phase, der frontale noch mehr als der occipitale. Man sieht aber, daß die jetzt oedematisierten Schießscheiben an der gleichen Stelle sind. So etwas nennen wir eine normale Entwicklung eines HHs nach Lösung des Konfliktes.

CCT der gleichen Patientin weitere 2 ½ Monate später.

Man sieht nur noch eine Narbe des HHs im Diabetes- bzw. Hypoglykämie-Relais.

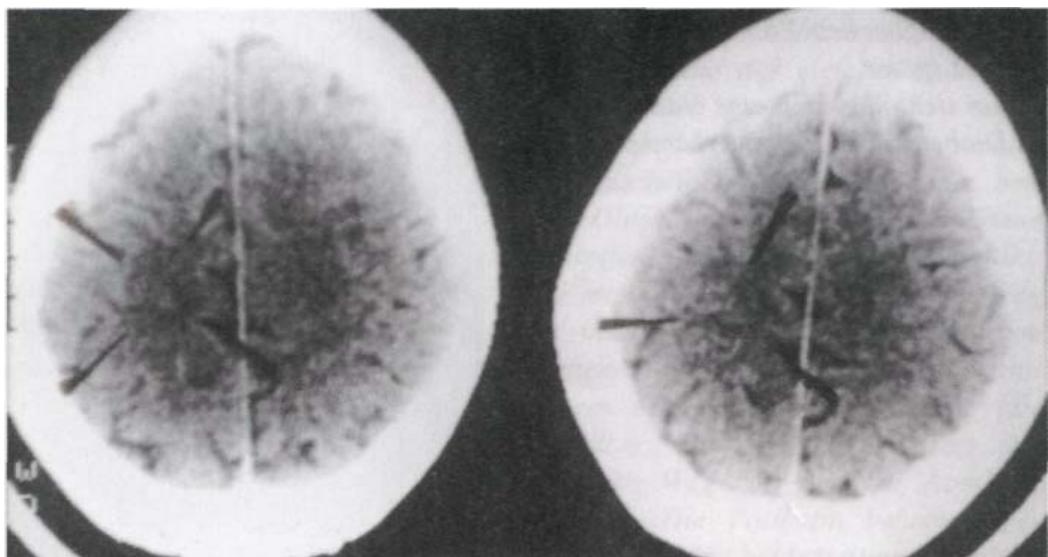


10.6.8 Fallbeispiel: Duktales Mamma-Ca



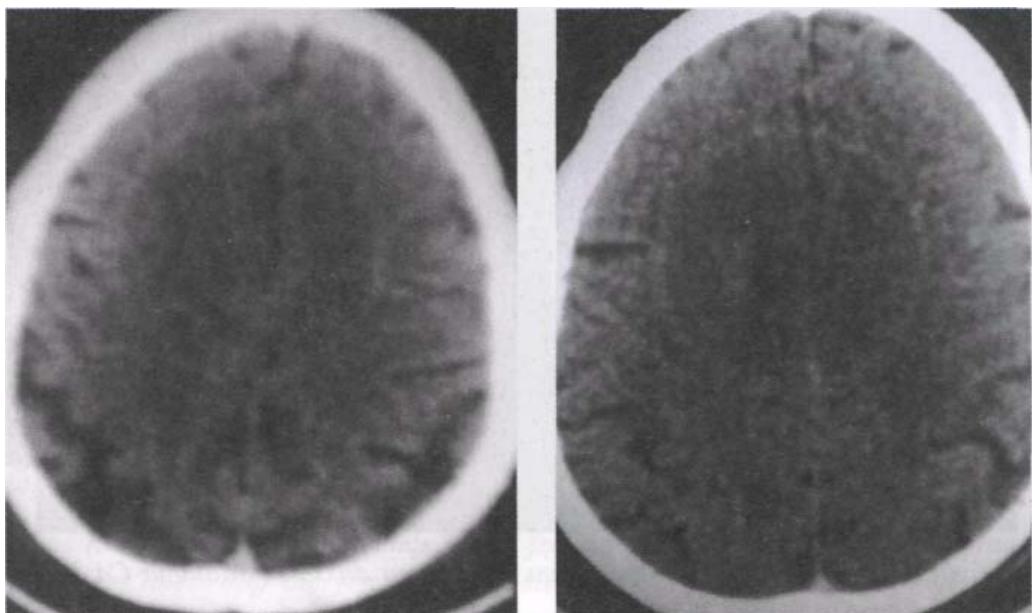
Serie von vier CCTs einer jungen Frau mit einem duktalen Mamma-Ca in frischer pcl-Phase.

Der Radiologe verlagerte die Patientin einmal 2 cm aus der Mittellinie nach links (siehe die jeweils linksstehenden Fotos) und einmal 2 cm nach rechts (siehe die jeweils rechtsstehenden Fotos). Die Lokalisation des HHs änderte sich dabei, wie man sieht, nicht.



10.6.9 Fallbeispiel: Londoner Banker

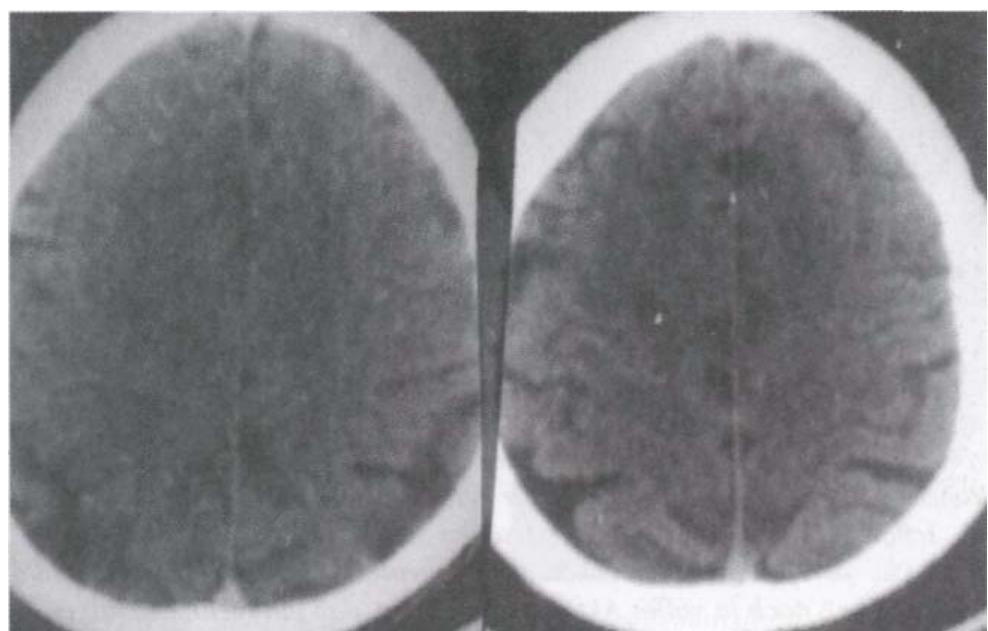
Die nächsten 7 Fotos gehören zur Fallgeschichte eines Londoner Bankers



HH für motorischen Konflikt. Es sind nur noch wenige Schießscheiben zu erkennen, sie zeigen bereits „Stechapfelform“, der Höhepunkt der Heilung ist also schon überschritten. Auf der ersten CCT-Aufnahme sind einige Schießscheibenringe sowie das Einschlagzentrum des Konfliktes noch zu erkennen, auf den nächsten Aufnahmen wird dies immer schwerer möglich.

Weitere 3 CCTs, auf denen man die motorische Schießscheibe bzw. deren allmähliches Verschwimmen sehr gut beobachten kann. Ein Artefakt ist also ausgeschlossen!

Die fünf abgebildeten CCT-Aufnahmen der gleichen Serie sind von einem Bankier aus einem Krankenhaus in London. Typischer Fall von Fehldiagnose: Der Patient hatte nach einem dramatischen Streit mit seinem Abteilungsleiter, bei dem ihm die Beförderung verweigert worden war, eine motorische Lähmung erlitten, mehr des rechten als des linken Beines, ebenso mehr des rechten als des



linken Armes. Nun wurde er durchuntersucht und man fand ein altes Pankreas-Ca und ein altes Leber-Ca. Das konflikt-aktive Dünndarm-Ca (nachfolgendes Abdomen¹⁶²-CT), sowie die dazugehörige Schießscheiben-

¹⁶² Abdomen = Bauch, Unterleib

Konfiguration in ca-Phase (nachfolgend abgebildeter CCT-Schnitt) hatte man natürlich nicht sehen können.



Der Pfeil zeigt auf das aktive Dünndarm-Ca. Außerdem sehen wir die alten solitären Ca-Herde im Pankreas und in der Leber.



Der zugehörige HH rechts lateral im Stammhirn (Pfeil rechts) für das solitäre Leber- bzw. Pankreas-Ca hat Vernarbung, etwas Oedem, evtl. wieder ganz leicht angedeutete Schießscheiben-Konfiguration, die sich in das Oedem projiziert. Der Grund dafür könnte der sein, daß die für diesen HH zuständigen Konflikte (Verhungerungs-Konflikt und Konflikt, einen Brocken nicht verdauen zu können) auch beruf-

lich bedingt waren und nun wieder mitreagierten (Schiene!). Außerdem der HH (linker Pfeil) im Dünndarm-Relais für den unverdaulichen Ärger-Konflikt. Insgesamt haben wir also 3 verschiedene Schießscheiben bei dem gleichen Patienten, davon die eine (Leber/Pankreas) in einem alten vernarbt Relais.

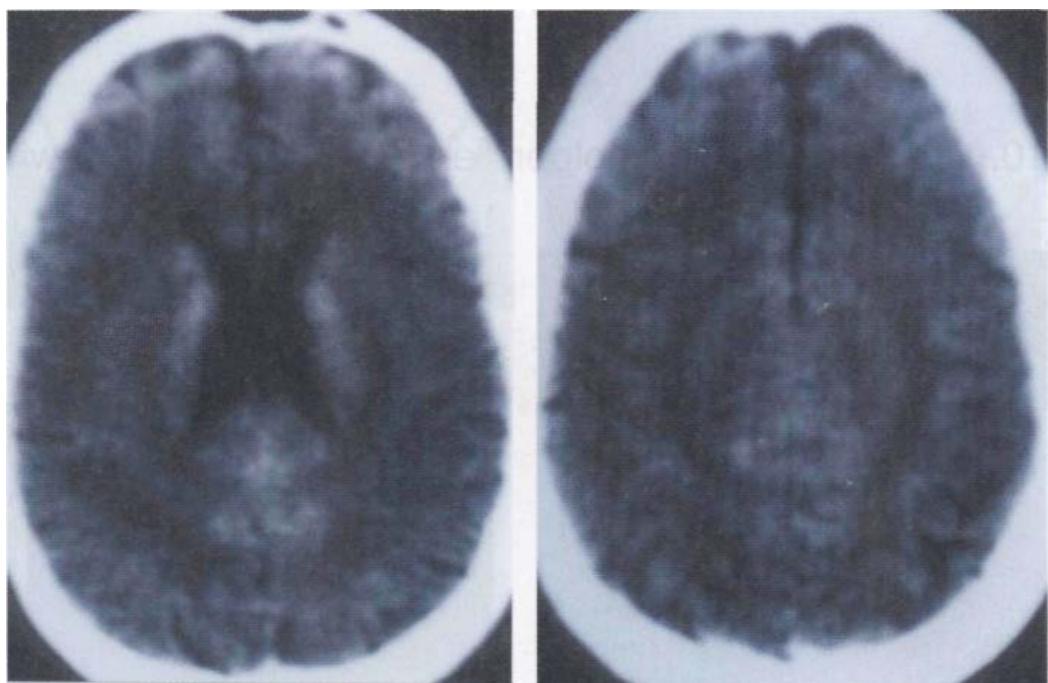
Während der motorische Konflikt für alle 4 Extremitäten, rechts stärker als links, schon in der pcl-Phase ist und schon „Stechapfelform“ anzunehmen beginnt, d.h. den Höhepunkt schon überschritten hat, ist die „Dünndarm-Schießscheibe“ noch in voller Aktivität. D.h. also, daß ein mehrschichtiger Konflikt keineswegs auf allen Ebenen in gleichem Takt gelöst wird. Der eine Aspekt wird gelöst, während der andere noch aktiv bleibt.

Hätte man die Neue Medizin angewendet, dann hätte man gesehen, daß das Pankreas-Ca und das Leber-Ca, die im gleichen Takt gelaufen waren, schon eine ältere Vorgeschichte gehabt haben müssen und jetzt möglicherweise als Schiene wieder reaktiviert wurden. Während der corticale motorische Konflikt schon mit einer epileptischen Krise (tonisch-klonischer Krampfanfall) den Höhepunkt der

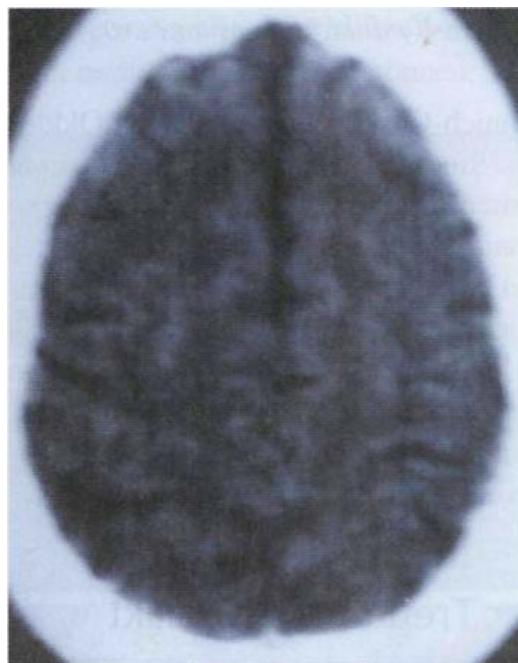
pcl-Phase überschritten hat, ist der Dünndarm-Konflikt noch, wie gesagt, hochaktiv.

Zufällig sehen wir im vorangehenden Bauch-CT den Präileus durch Okklusion des Dünndarms. Man hätte dieses Stück Dünndarm in einem kurzen Stück exstirpiert und hätte dem Patienten damit eine sehr gute Prognose verschaffen können. So aber führte man den Präileus auf ein vermutetes frisches Leber/Pankreas-Ca zurück und erklärte den Patienten für inoperabel. In diesem Fall entspricht der motorische Konflikt der Vorstellung, des Nicht-weiter-aufsteigen-Könnens, bzw. des Festgebunden-Seins und das Dünndarm-Ca dem damit verbundenen unverdaulichen Ärger. Man sieht, daß die Neue Medizin durch ihre Differential-Diagnostik auf den drei Ebenen der bisherigen Medizin um einiges voraus ist.

10.6.10 Fallbeispiel: Brutaler Trennungs-Konflikt

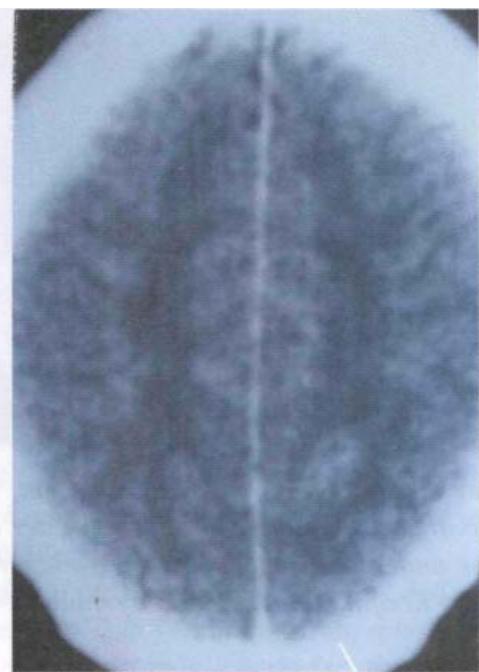
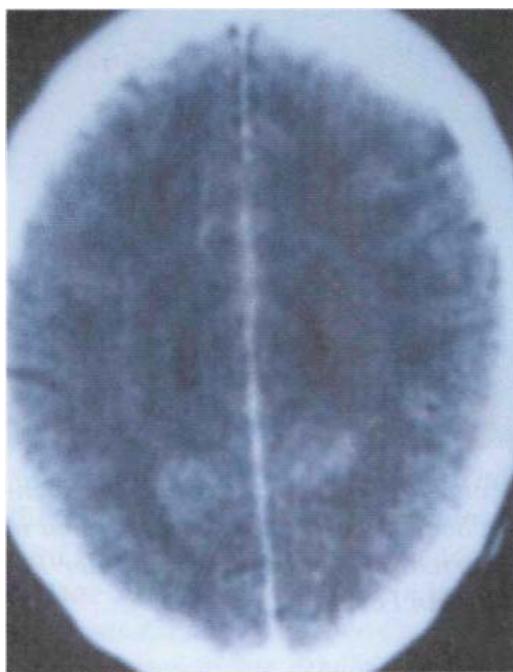


Bei dieser Serie sieht man sehr gut, wie eine oedematisierte Schießscheiben-Konfiguration in der pcl-Phase in der einen Schicht noch gut sichtbar ist und in der anderen schon mehr oder weniger zu verschwimmen beginnt, zentraler Periost-Konflikt, d.h. brutaler Trennungs-Konflikt in Lösung



Auf dieser letzten Aufnahme ist die Schießscheibe fast völlig in Oedem aufgelöst.

10.6.11 Auf den nachfolgenden zwei Fotos sehen wir



Wir sehen einen HH für einen sensorisch-postsensorischen (Periost)-Trennungs-Konflikt, der schon den Höhepunkt der pcl-Phase überschritten hat und schon

Stechapfel-Konfiguration anzunehmen beginnt. Auf organischer Ebene sind zu- gehörig: Exanthem¹⁶³, Urtikaria¹⁶⁴, Pruritus¹⁶⁵, verschiedene Begriffe für ein und dasselbe - die sich in der Heilungsphase befindende äußere Hautschicht.

Im folgenden werden einige besonders interessante CCTs nur kurz vorgestellt, die allesamt die mit der Firma Siemens erarbeiteten Ausschlußkriterien erfüllen. Also: Keine Artefakte!



22.4.86

Schießscheibenformation scharf mar- kiert, Konflikt in Aktivität



5.9.86

CCT mit Kontrast, Ringformation oe- dematisiert, bereits gliomatös am Ver- narben

¹⁶³

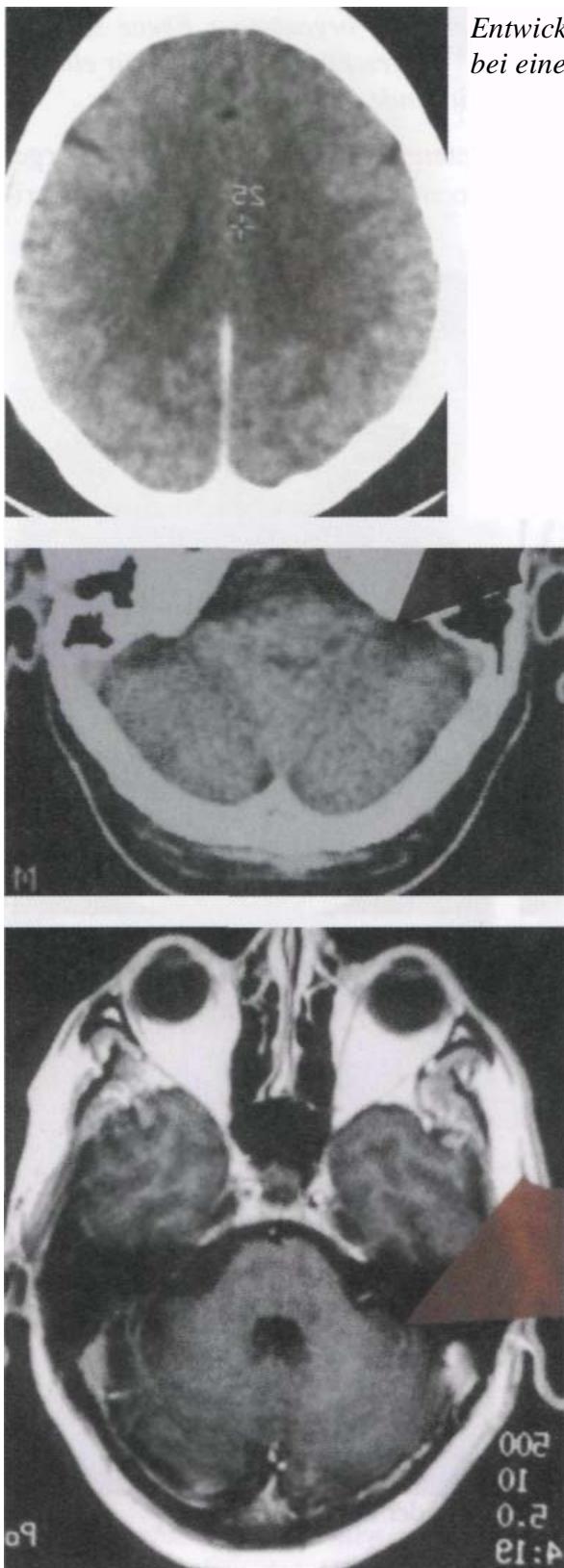
Exanthem = entzündliche Hautveränderung der äußeren Haut

¹⁶⁴

Urtikaria = Nesselsucht, Quaddelsucht

¹⁶⁵

Pruritus = Hautjucken mit zwanghaftem Kratzen



Entwicklung einer Schießscheibenformation bei einem jungen Patienten.

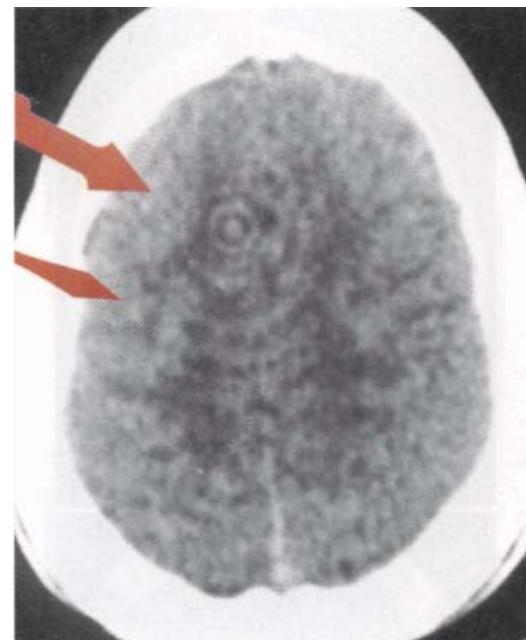
HH in aktiver Schießscheiben-Konfiguration für lang angedauerten Todesangst-Konflikt im Stammhirn.

Der Patient war auf offener Straße überfallen und mit dem Messer bedroht worden.

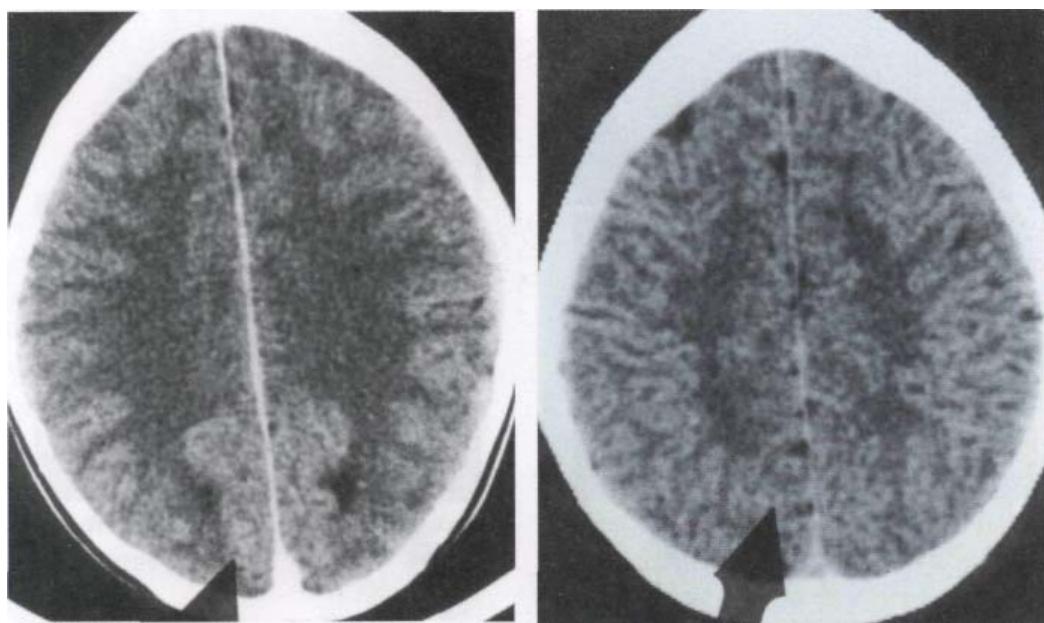
In der entsprechenden Kernspin-Aufnahme lassen sich ebenfalls die Ringstrukturen des aktiven HH erkennen.

Dies ist jedoch nur möglich, wenn der Konflikt, wie in diesem Fall, sehr lange angedauert hat und sehr intensiv war.

Ringformation, die von der linken Seite her durch zwei oedematisierte weitere Herde „eingedellt“ wird.



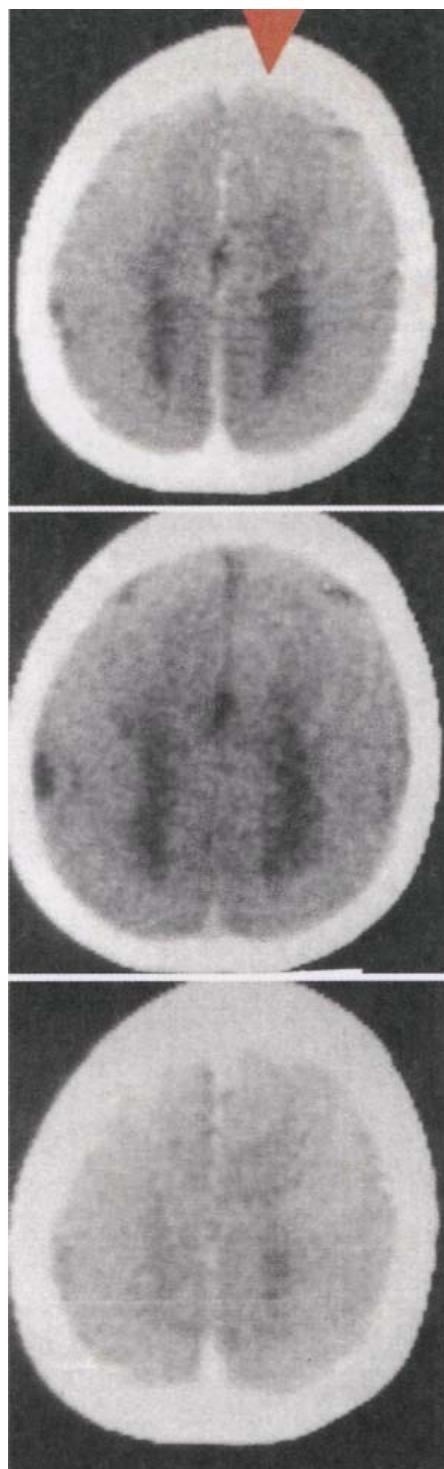
Entwicklung der Ringformation im CCT bei einer jungen Patientin



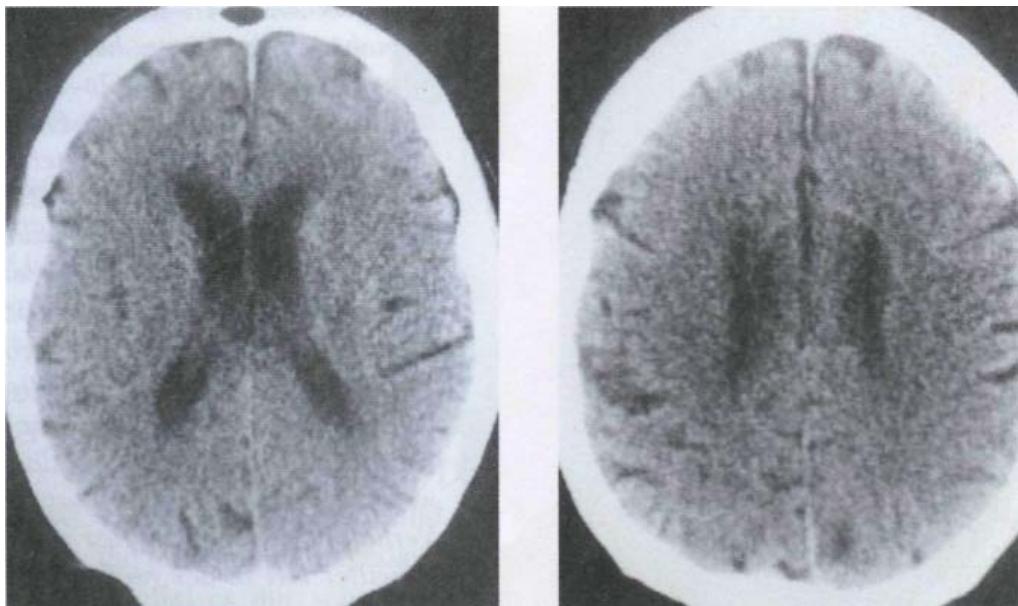
3.11.89

9.2.90

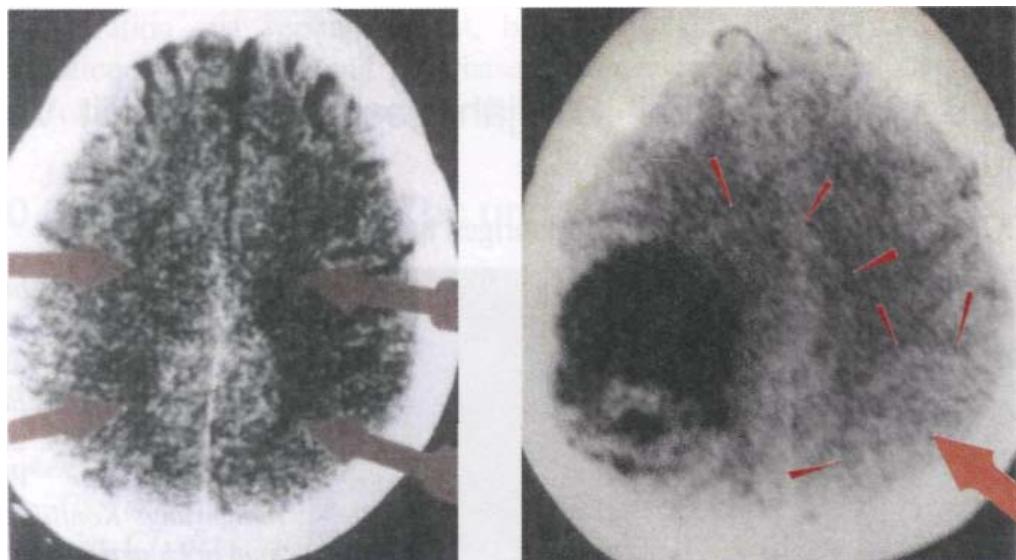
HH in scharfer Schießscheiben-Konfiguration HH vernarbt, die Ringstruktur ist kaum noch erkennbar



CCT-Serie mit deutlicher, unterschiedlich oedematisierter Ringstruktur mit Massenverschiebung

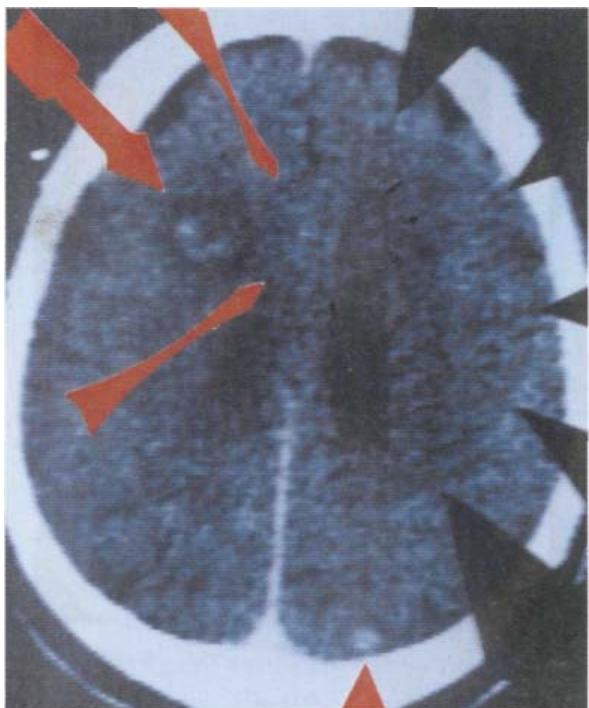


Ein österreichischer Patient: Zwei HHe mit oedematisierter Ringstruktur



Zwei deutliche, sich überschneidende, Oedemringe

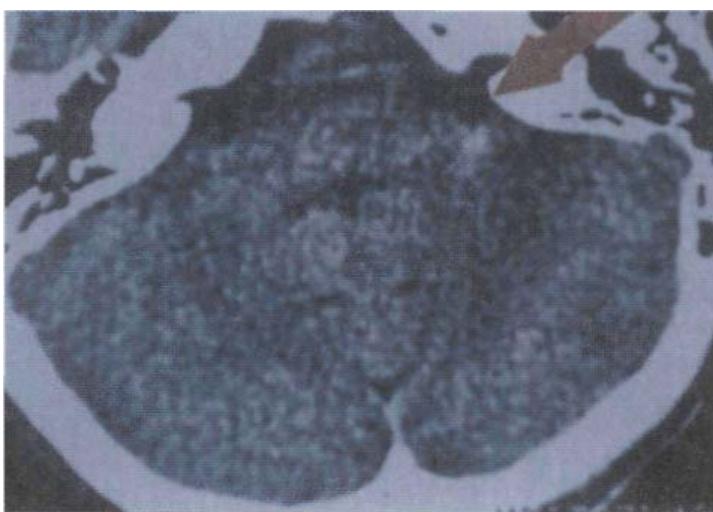
HH bei dem sich 3 verschiedene Ringformationen nebeneinander- bzw. ineinanderprojizieren. Die linke davon ist vollständig in Lösungsoedem



Die folgende sehr interessante Aufnahme zeigt einen halbkreisförmigen HH rechts für einen motorischen Konflikt in pcl-Phase mit Lösungsoedem. Daneben (schlanke Pfeile) ein zentraler HH in der ca-Phase im Zuckerrelais. Weiter ein schon weitgehend abgeheilter HH links, bereits durch Glia-Einlagerung weiß anfärbbar, die rechte Schulter betreffend, genauer gesagt: rekallifizierte Osteolysen bei Selbstwerteinbruch-Konflikt im Partner-Verhältnis. Unten ein fast völlig geheilter HH in der rechten Sehrinde entsprechend einem alten Angst-im-Nacken-Konflikt.

10.6.12 Fallbeispiel: Fünfjähriges Mädchen mit Verhungerungs-Konflikt

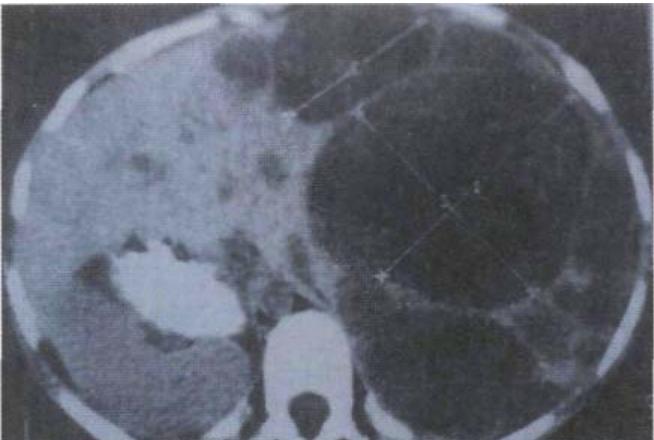
CCT und Abdomen CT eines fünfjährigen Mädchens



Der HH im Leber-Relais (Stammhirn lateral rechts) zeigt deutliche Schießscheiben-Konfiguration, d.h. der zugehörige Verhungerungs-Konflikt muß noch aktiv sein.

Im Abdomen-CT sehen wir das zugehörige sog. solitäre Leber-Ca des kleinen Mädchens aus Südfrankreich:

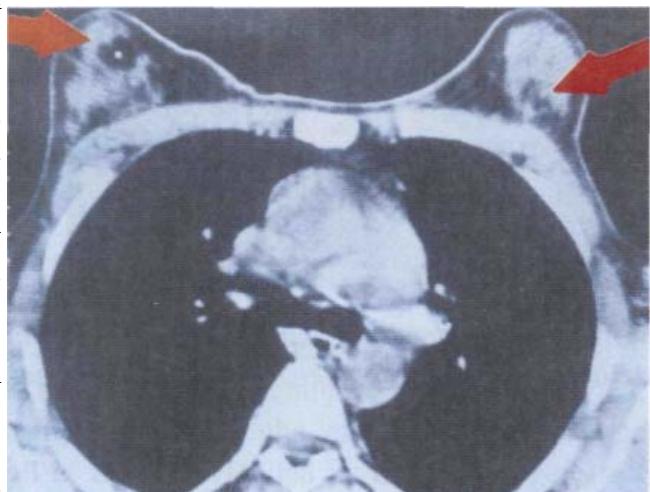
Konflikt: Die Eltern hatten ein Lebensmittelgeschäft. Als ein Supermarkt daneben aufmachte, und die Umsätze entsprechend zurückgingen, jammerte der Vater dauernd: „O Gott, wir werden verhungern!“ Das 5jährige Kind nahm das für bare Münze, wieso auch nicht? Das Kind starb schließlich an dieser Verhungerungsangst, die monatlang angedauert hatte.

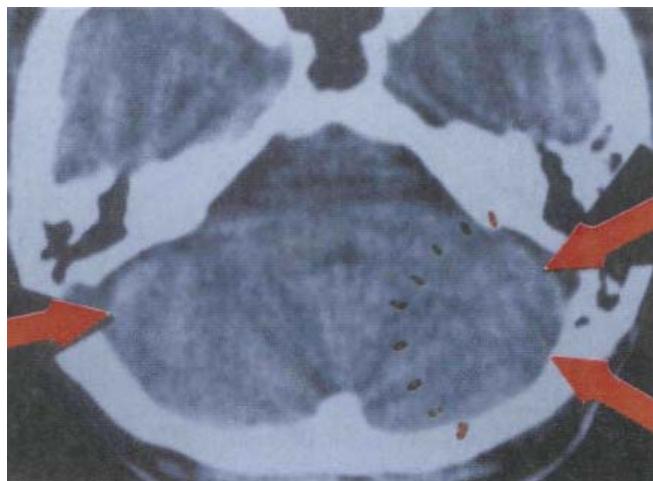


Anfangs fiel es mir sehr schwer, ein solches Bild zu verstehen, weil im Gegensatz zu dem ausgedehnten Leberbefund das Gehirn scheinbar gar nichts besonders Auffälliges zeigte. Wenn man aber die Schießscheiben-Konfiguration erst verstanden hat, bzw. zwischen die unterschiedlichen Formationen in der ca- und pcl-Phase zu unterscheiden gelernt hat, dann sind solche Bilder sehr klar und verständlich.

10.6.13 Fallbeispiel: Tbc und Brustkrebs:

CT der aushängenden Brust einer rechtshändigen Frau mit abgelaufenem Mutter/Kind-Sorge-Konflikt, die in der pcl-Phase wochenlang starken Nachtschweiß, d.h. eine Tbc der linken Brust hatte. Im CT der Brust in Hängelage lässt sich die frische Kaverne in der linken Brust (linker Pfeil) sehr gut erkennen. Dies wäre bei einer normalerweise üblichen Mammographie nicht möglich, da hierbei die Brust zusammengequetscht wird. In der rechten Brust (rechter Pfeil) sehen wir eine weitere, jedoch ältere, vernarbte Kaverne.



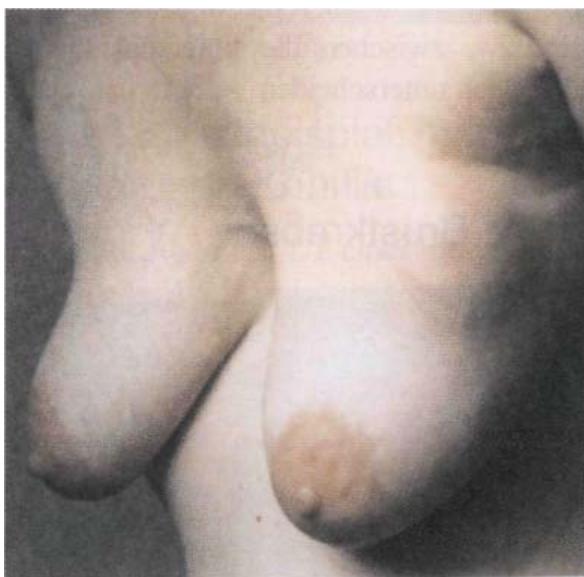


einem früheren Mamma-Ca der rechten Brust mit nachgefolgter Tbc entspricht (Partner-Konflikt).

HH mit Oedem im rechten lateralen Kleinhirn (rechte Pfeile). Wir können diesem Oedem nicht ansehen, ob eine Tbc geholfen hat, auf organischer Ebene das Mamma-Ca zu verkäsen oder ob dies nicht der Fall war. Die Vorgänge im Gehirn sind die gleichen.

Auch auf der linken Kleinhirnseite (linker Pfeil) ist eine alte Narbe sichtbar, die

10.6.14 Fallbeispiel: Adenoider Brustkrebs links



Junge Frau mit 2 aktiven, Zellvermehrung machenden Brustdrüsen-Tumoren.

Der untere Tumor der rechtsständigen Frau entspricht einem schon sehr lange gehenden Tochter/Mutter-Streit-Konflikt.

Der obere kleinere einem Mutter/Kind-Sorge-Konflikt wegen einer Amnioxentese¹⁶⁶ zum Zweck des Vaterschaftsnachweises, da sie ein uneheliches Kind erwartete.

Die Patientin bekam eine furchtbare Angst, daß das Kind durch diesen Eingriff geschädigt

worden sei. In der Folgezeit lief der gesamte Vaterschaftsprozeß auf dieser eingefahrenen Schiene, obgleich das Kind längst gesund geboren war.

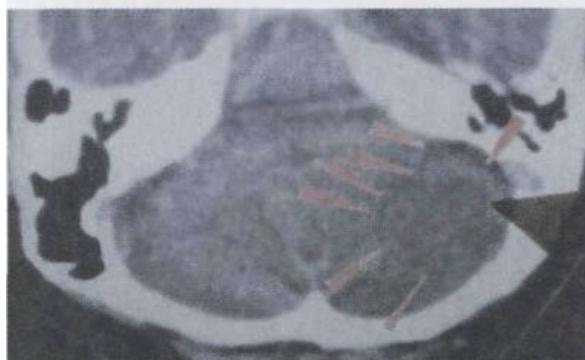
¹⁶⁶

Amnioxentese = Fruchtwasseruntersuchung

Mammographie der linken Brust. Man sieht den großen und den kleineren adenoiden Knoten. Die Patientin hatte aber keinerlei Beschwerden und hat in dieser Brust beim Stillen ihres Kindes sogar mehr Milch gehabt als in der rechten.

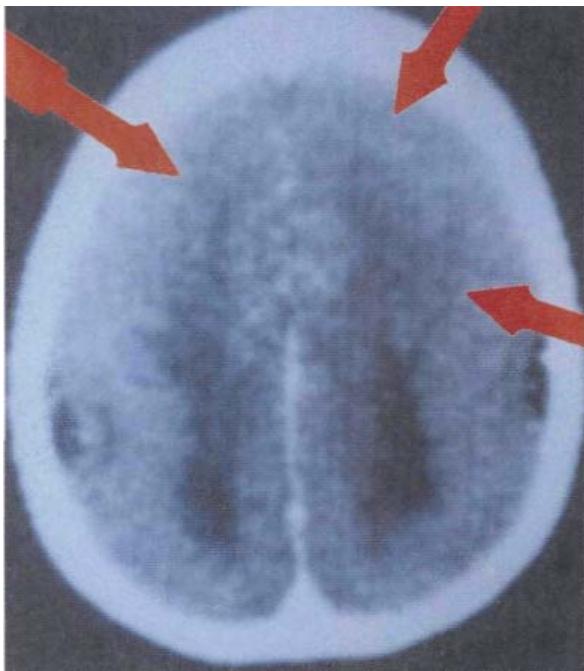


Diese CCT-Aufnahme des Kleinhirns zeigt im rechten lateralen Bereich zwei aktive Schießscheibenring-Formationen, die sich überlappen. Die beiden HHe in Aktivität entsprechen den hängend-aktiven Mutter/Kind- bzw. Tochter/Mutter-Konflikten.



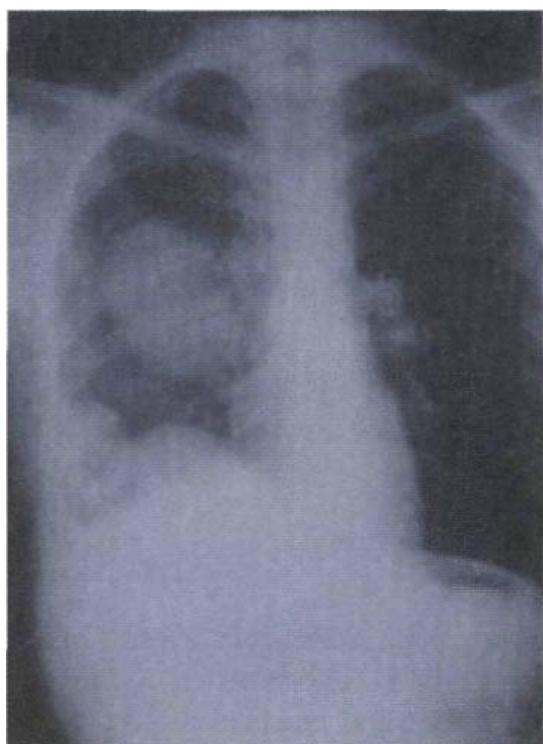
10.6.15 Fallbeispiel: Kleiner französischer Junge

Zwei Hirn-CT-Bilder und eine Lungenaufnahme eines achtjährigen Jungen, den seine Kameraden aus Spaß an einen Baum gebunden hatten. Sie sagten, sie kämen zurück mit Kanonen und würden ihn erschießen. Der Junge konnte sich nicht befreien, weil er mit den Händen an den Baum gefesselt war. Er wurde erst spät abends von einem Spaziergänger befreit.



CCT das den HH für eine motorische Lähmung beider Arme zeigt. Man sieht die einzelnen Schießscheibenringe im motorischen Rindenzenrum.

Die Anne des Jungen waren weitgehend gelähmt.

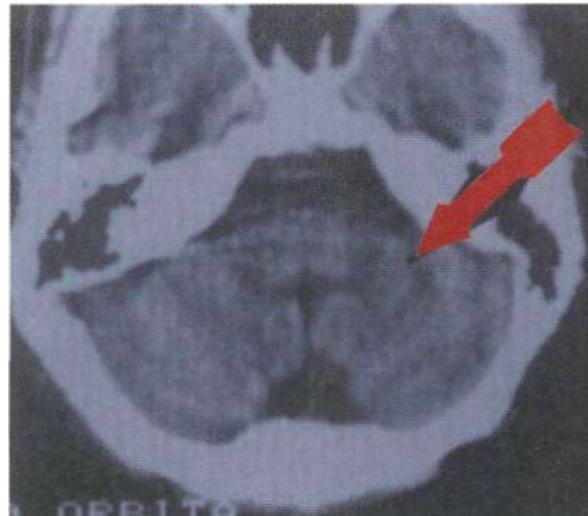


Die Lungenaufnahme zeigt einen großen Lungenrundherd und weitere kleinere.

Das Kind hatte monatelang jede Nacht im Traum das schreckliche Erlebnis wieder geträumt und Todesangst ausgestanden. Es gelang ihm schließlich den Konflikt zu lösen. Durch die übermäßig lange Konfliktdauer starb er vor allem an den Folgen einer Lungentuberkulose. Der Junge hatte wochenlang starken Nachtschweiß gehabt, subfebrile Temperaturen und Hämoptoe¹⁶⁷, er wurde aber nicht auf Tuberkulose behandelt, weil der Lungentumor ganz im Vordergrund der Behandlung stand.

¹⁶⁷ Hämoptoe = Aushusten größerer Blutmengen

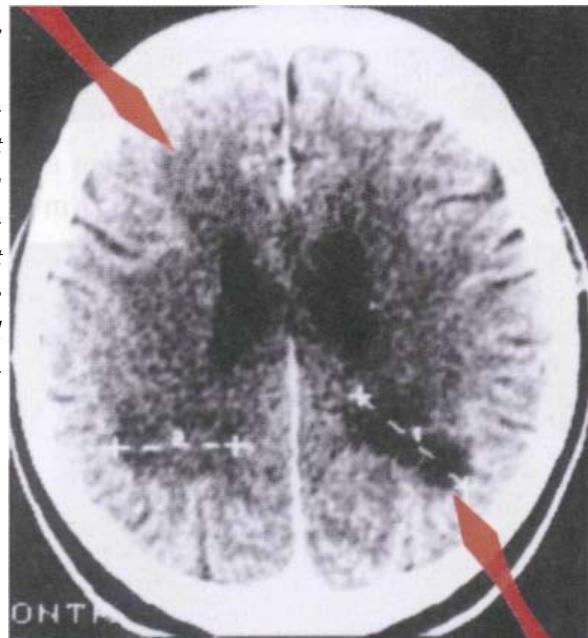
Auf dem CT des Stammhirns sehen wir den zugehörigen HH im Alveolar-Relais im rechten Stammhirn in pcl-Phase mit Lösungsoedem (Pfeil). Trotz solch eindeutiger Diagnose will leider noch immer niemand an Tuberkulose denken.



10.6.16 Drei Fallbeispiele von Leukämie

Wir sehen ein generalisiertes Marklager-Oedem als Zeichen der Heilung und des wiedererlangten Selbstwertes jedoch mit besonderer Betonung des Relais für den linken Schenkelhals (gelöster Konflikt „Das halte ich nicht durch!\") und des Relais für die rechte Schulter entsprechend einem gelösten Partner-Selbstwerteinbruch-Konflikt.

Zustand nach gelösten Selbstwert-Konflikten eines alten Herrn, dem man den Vorsitz im Dorfverschönerungsausschuß weggenommen hatte. Die Konfliktlösung war dadurch eingetreten, daß der Bürgermeister sich persönlich bei ihm entschuldigte und ihn rehabilitierte.





Ebenfalls ein generalisiertes Marklager-Oedem bei Leukämie einer jungen Frau aus einer Sekte, die menschlich und beruflich Schiffbruch erlitten hatte. CL: Es gelang der Patientin, einen neuen Anfang zu machen.

Die nächsten 3 Aufnahmen betreffen einen Patienten mit massiver Entkalzung des linken Oberarmkopfes, jetzt in Lösung:

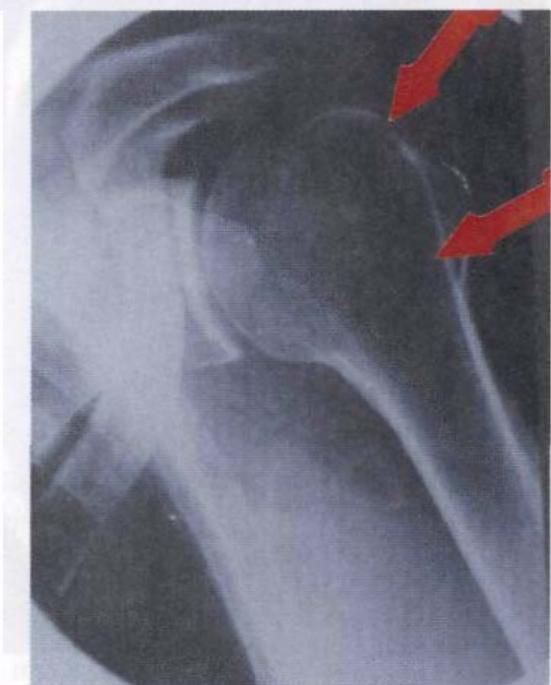


Im Gehirn-CT sehen wir eine Zyste im rechten Marklager des Großhirns (Relais für die linke Schulter bzw. Humeruskopf), entsprechend einem Vater/Kind-Selbstwerteinbruch-Konflikt: „Ich war als Vater nicht gerecht, habe meinen Sohn benachteiligt.“ Es gab sehr häufige Rezidive, schließlich eine endgültige Konfliktlösung. Durch die lange Konfliktdauer und die Intensität des Konfliktes kam es zu Zerreißung des Hirngewebes und Zystenbildung. Die Zystenschale ist bereits gliös vernarbt. Der Befund sieht viel schlimmer aus als er ist.

Höhere Schicht des CCTs der gleichen Zyste. Bei Kenntnis der Neuen Medizin ist klar, daß wir bei einem solchen Befund im Marklager des Gehirns auch mit einer gleichzeitigen leukämischen Phase des Patienten rechnen müssen.



Zugehörige Osteolyse des linken Oberarmkopfes („Vater/Kind-Schulter“) bei rechtshändigem Vater.



10.6.17 Ein Fallbeispiel von Netzhautablösung bei Angst-im-Nacken-Konflikt



Nebenstehend das CT eines Patienten, auf dem auch die Augen zu erkennen sind. Die Pfeile weisen auf eine vernarbte Netzhautablösung im Bereich der Fovea centralis¹⁶⁸ und lateral im rechten Auge.



Im CCT-Schnitt, auf dem die Sehrinde getroffen ist, sehen wir chronisch-rezidivierende HHe. Der Prozeß ist also noch keineswegs zur Ruhe gekommen, sondern das narbige Sehrinden-Relais links ist gerade wieder in Aktivität geraten.

¹⁶⁸ Fovea centralis = die vertiefte zentrale Stelle des gelben Flecks

10.6.18 Fallbeispiele für starke gliomatöse Heilung eines HHes



Oedematisierte Ringe eines motorisch- sensorischen Konfliktes mit beginnen der Glia-Einlagerung.

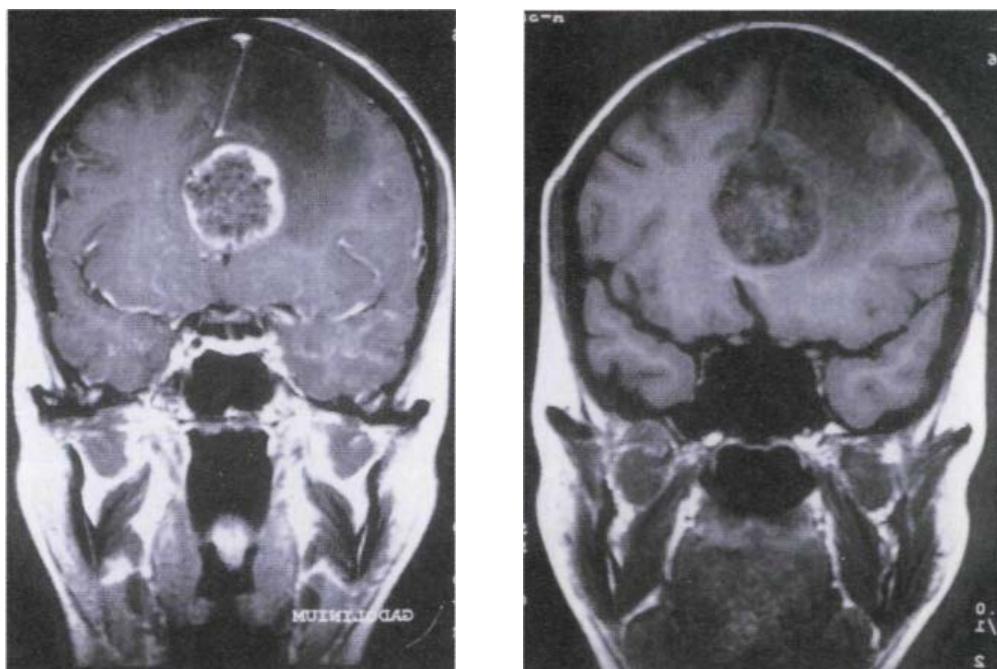


Der gleiche Vorgang im CCT sieht wesentlich gravierender aus, was er aber nicht ist! Daher empfehle ich stets, erst einmal ein CCT ohne Kontrastmittel anzufertigen ...

CCT eines anderen Patienten mit ähnlichen Herden in pcl-Phase, hier schon stark mit Glia eingelagerte, ringförmige Struktur im motorischen und sensorischen Rindenzenrum. Der Patient war mit der rechten Hand in die Kreissäge geraten und konnte sie nicht schnell genug wegziehen.



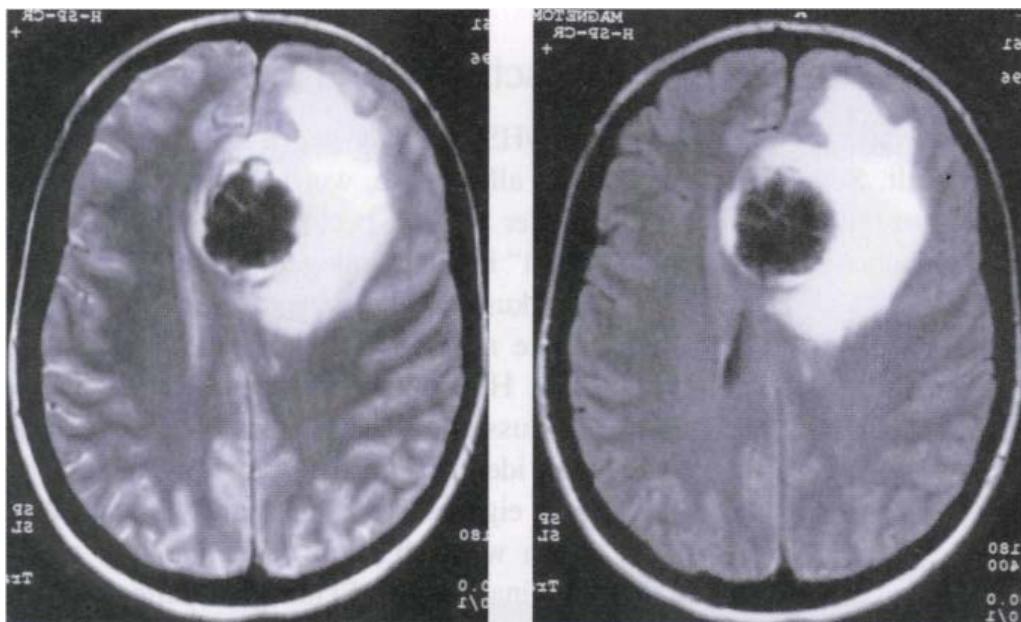
10.6.19 Fallbeispiel: Mit 5 Jahren vom Vater mißbraucht



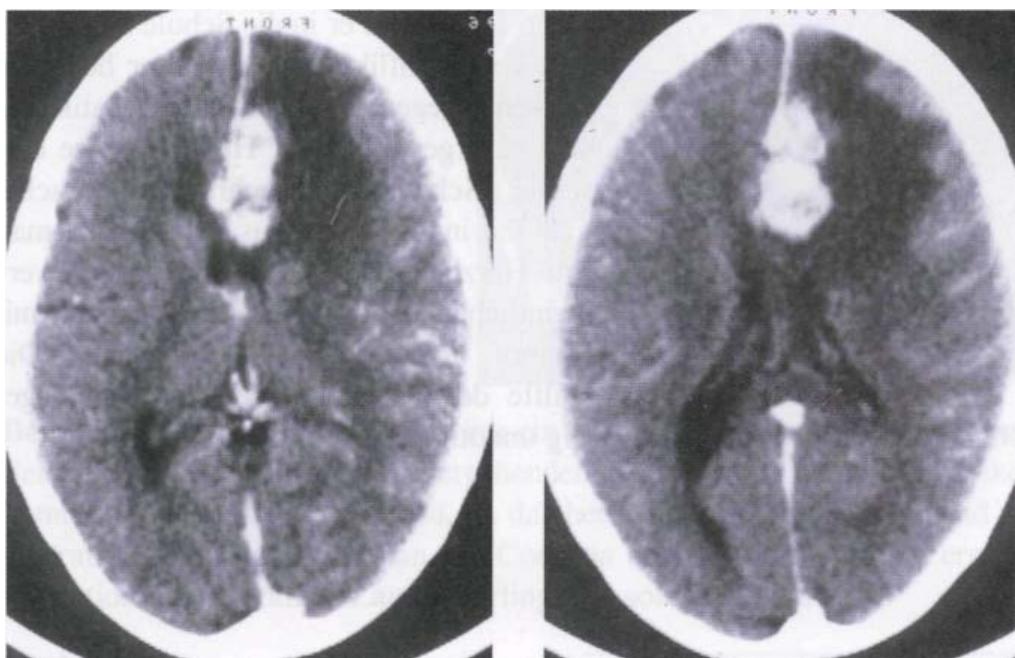
Diese Bilder sind ein erschütterndes Dokument einer 35jährigen linkshändigen Patientin, die vor 30 Jahren als 5jähriges Kind von ihrem Vater sexuell mißbraucht wurde. Sie wurde gezwungen, sein Glied in den Mund zu nehmen, wovor sie sich ekelte. Sie erlitt als Linkshänderin einen Diabetes (bei einer Rechtshänderin wäre es eine Unterzuckerung mit Alphazell-Glukagon-Insuffizienz). Bei ihr wurde der Diabetes nie bemerkt. Erst ganz zum Schluß, als kurz nach dem Tod des Vaters, den sie 5 Jahre als Bettlägerigen pflegen mußte, die Lösung des Konfliktes einzusetzte. Bei der Diagnose des „Hirntumors“ wurde dann auch der Diabetes festgestellt, der aber jetzt rückläufig ist. Der Konflikt war also 30 Jahre hängend aktiv - ein 30jähriges Martyrium für die Patientin!

Für uns stellt diese zufällig gemachte Kernspintomographie einen wissenschaftlichen „Glücksfall“ dar, weil uns Kernspinaufnahmen, die nach solch langer Konfliktdauer in der gerade beginnenden Heilungsphase zufällig genau im „richtigen Moment“ gemacht worden sind, ein außergewöhnlich gut sichtbares Phänomen demonstrieren (mit Kontrast links, ohne rechts): Wir sehen im Inneren des gerade in Lösung gehenden großen HH noch die alten Schießscheibenringe, die nur noch kurz so gut zu sehen sind, weil sie dann im Oedem verschwimmen. Normalerweise können wir mit dem Kernspin-Tomogramm Schießscheibenringe des HH erst nach 2 bis 3 Jahren

Konfliktdauer erkennen. Und dann färben sie sich ja auch nicht mit Kontrastmittel an. Hier aber hat der Radiologe zufällig den richtigen Tag erwischt und zufällig auch die richtige Aufnahmetechnik, mit Kontrastmittel. Die Schießscheibenringe tauchen noch einmal wieder auf und färben sich in der pcl-Phase weiß an, um dann meist im Oedem zu verschwinden. Auf der rechten Aufnahme ohne Kontrastmittel ist praktisch kein Ring zu sehen.



Gleiche Patientin 2 Monate später (Computertomogramm):



Wenn man in solchen Fällen ruhig zuwartet, bis die Heilungsphase vorüber ist, kann eigentlich gar nicht viel passieren. In diesem Fall um so weniger, als keine Abflußbehinderungen für den Liquor cerebrospinalis¹⁶⁹ zu befürchten ist. Man braucht hier nicht einmal Cortison zu geben. „Nur“ die Moral muß aufrechterhalten werden, und Panik muß vermieden werden („Sofort operieren, sofort in die Klinik ...“).

10.6.20 Fallbeispiel: Die schwarzen Herzen

Markus war zum Zeitpunkt seines DHS (Attacke-gegen-das-Herz-Konflikt) 2 Jahre alt. Sein Vater, den er über alles liebte, wurde unter sehr dramatischen Umständen, weil er schon öfter Angina pectoris gehabt hatte, unter der Verdachts-Diagnose „Herzinfarkt“ in die Klinik gefahren.



Markus erzählte es monatelang jedem und malte nur schwarze Herzen. Zwar war es kein Herzinfarkt gewesen, wie sich dann herausstellt, aber Markus hatte sich so mit ihm identifiziert, daß er die „Attacke gegen sein eigenes Herz“ empfand. Da der Vater auch wirklich noch danach immer wieder Angina-pectoris-Schmerzen hatte, blieb bei Markus die Schiene aktiv! Er malte immerfort schwarze Herzen!



Mit 6 Jahren, als er in die Schule kam, löste sich sein Konflikt. Jetzt malte er hellgelbe Herzen. Wegen der Hirn-Symptomatik, die sich naturgemäß in der Heilungsphase einstellte, Schwindel, Brechreiz ..., brachte man ihn ins Krankenhaus. Dort stellte man (im Herzbeutel-Relais) einen großen vermeintlichen „Hirntumor“ fest, den es mit Stumpf und Stiel auszurotten galt. Die Hälfte des Kleinhirns wurde ihm weggeschnitten. Markus starb einen völlig unnötigen Tod.

¹⁶⁹

Liquor cerebrospinalis = Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit



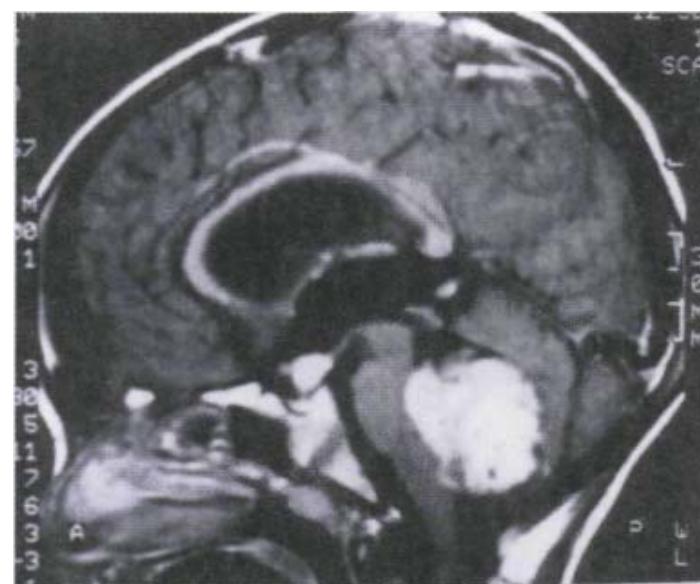
CT 1991

Kernspin-Tomogramm von der Seite.



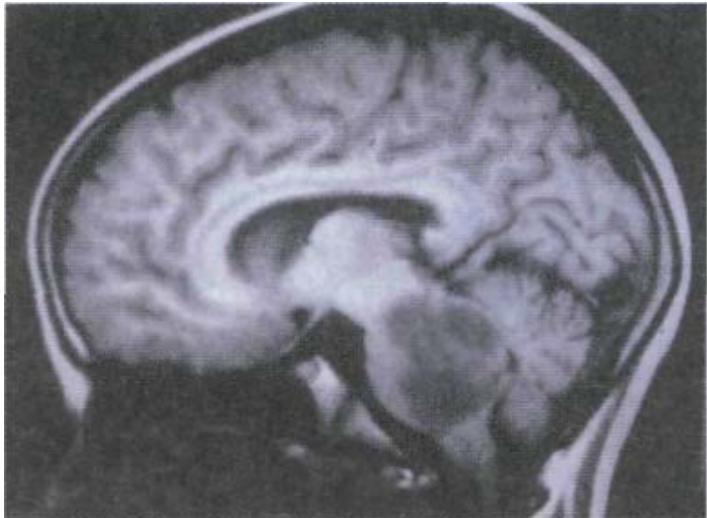
CT 1991

gleiche Aufnahme wie links, mit etwas verschiedener Belichtung



Bei Ärzten der Neuen Medizin wäre ein solcher Patient niemals gestorben. Selbst wenn es zu einer vorübergehenden Kompression des 4. Ventrikels kommt und zum Liquor-Aufstau, ist das heute allemal noch kein Grund zur Operation, denn das kann man mit Cortison beherrschen, während erst die Operation der ignoranten Zauberlehrlinge als solche tödlich ist.

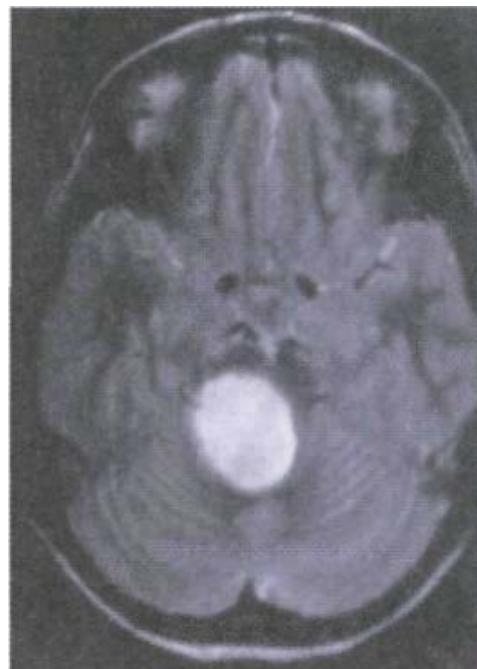
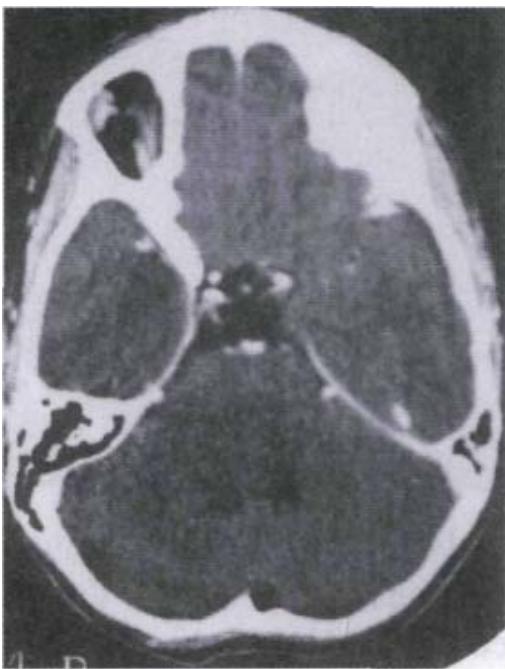
10.6.20 Fallbeispiel: sexueller Mißbrauch durch den Patenonkel



Dies Mädchen von damals 3 Jahren, von dem diese Bilder sind, wurde ein Jahr lang von seinem Patenonkel sexuell mißbraucht. Es erlitt einen häßlichen halbgenitalen Konflikt im Uterus-corpus-Relais. Die Mutter war Mitwisserin dieses Mißbrauchs.

Als nach einem Jahr die Sache aufhörte, bekam das Kind eine

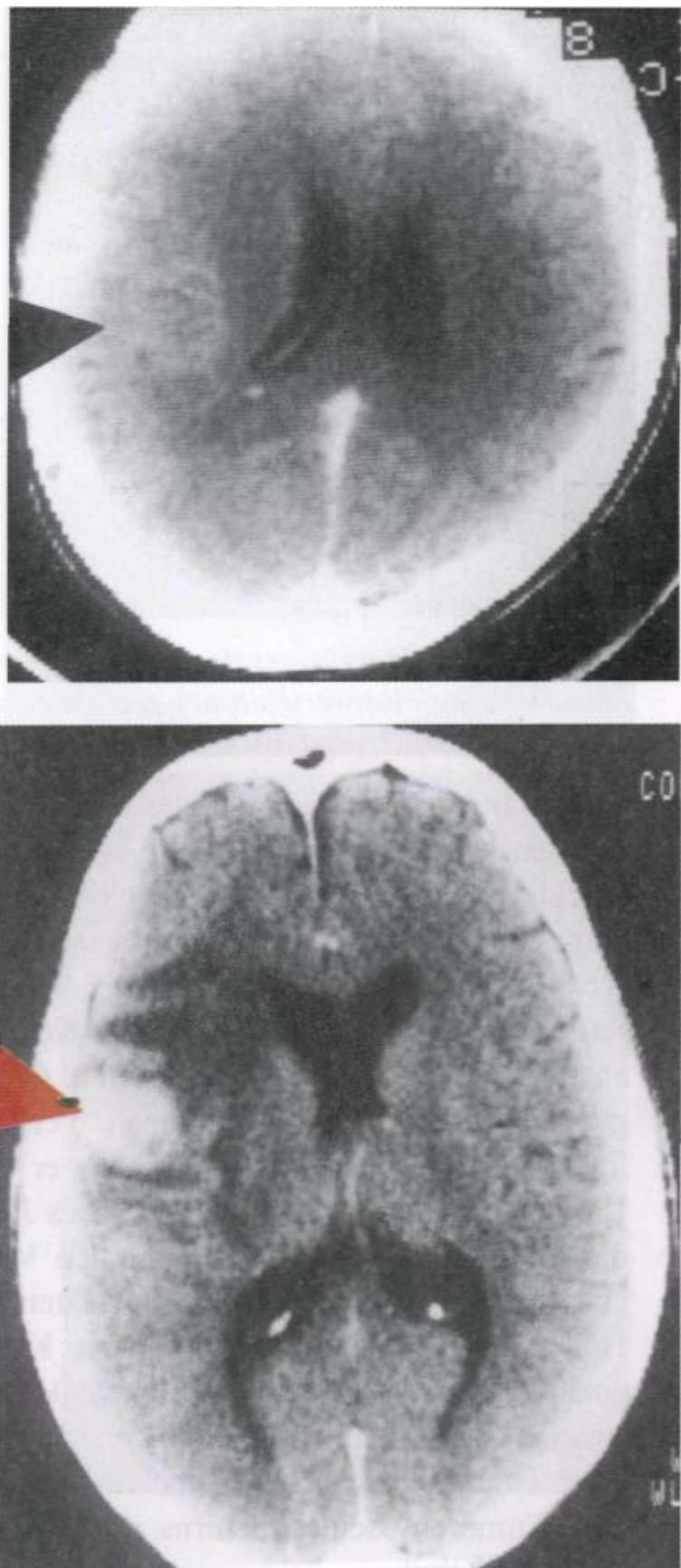
Lösung des Konfliktes und damit ein großes Oedem im Uterus-Relais des Stammhirns (Pons). Es wurde somnolent¹⁶⁹ wegen einer Liquor-Abflußbehinderung. Traurigerweise wurde es von den Zauberlehrlingen operiert, ein Großteil des Hirnstamms weggeschnitten. Das Kind starb endlich einen völlig unnötigen Tod, der in der Neuen Medizin mit Sicherheit dadurch verhindert worden wäre, daß man die kritische Zeit ohne Operation mit konservativen Mitteln überbrückt hätte.



¹⁶⁹ Somnolenz = Schläfrigkeit

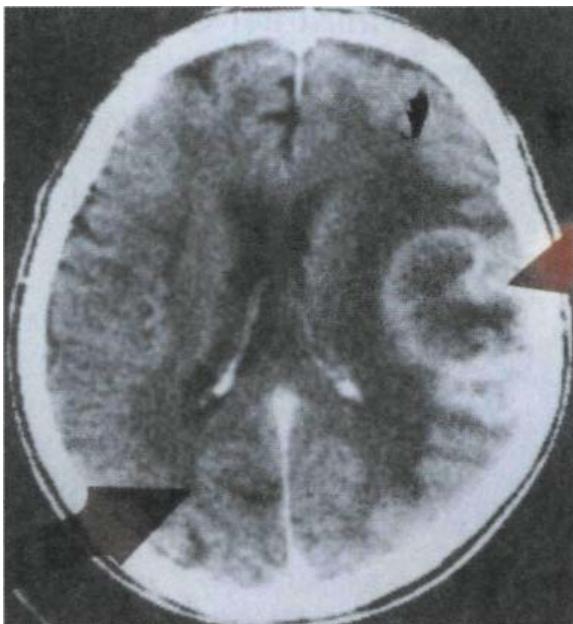
10.7 Der weiblich-sexuelle Konflikt im CCT

CCT einer rechtshändigen 40jährigen Patientin mit Gebärmutterhals-Ca. Der HH links periinsulär ist aktiv. Sexueller Konflikt: Ihr Ehemann sagte ihr nach der schönsten Liebesnacht: „Ach, das ist doch unwichtig. „Es wurde ein Gebärmutterhals-Karzinom diagnostiziert nebst (nach der Neuen Medizin) Koronarvenen-Ulcera. CL: Trennung vom Ehemann. Die Patientin überlebte die epileptoide Krise der Lungenembolie. Nach drei Monaten war der Abstrich-Befund negativ!



CCT einer ebenfalls rechtshändigen 34jährigen Patientin, die ebenfalls ein Gebärmutterhals-Karzinom mit Koronarvenen-Ulcera hatte. Der zugehörige HH hat Lösungsoedem. Der sexuelle Konflikt: Ihr Lebensgefährte hatte mit ihrer besten Freundin geschlafen und ein Kind gezeugt. Die CL erfolgte durch Aussöhnung der beiden Freundinnen. Der Konflikt hatte 7 Monate angehalten. Die Patientin überlebte jedoch die dramatische epileptoide Krise (Rechtsherz-Infarkt bzw. Lungenembolie), die unmittelbar nach Erstellung dieser Bilder eintrat, mit hohen Cortisondosen. Ebenso überlebte sie das Gebärmutterhals-Karzinom und den zugehörigen „Hirntumor“ ohne eine schulmedizinische Therapie.

10.8 Der männliche Revier-Konflikt im CCT



Das männliche Pendant zum sexuellen Konflikt: Der Revier-Konflikt. Der HH im CCT liegt beim rechtshändigen Mann stets rechts periinsulär.

Dies ist eines der „schönsten“ Bilder meiner Sammlung. Man sieht einen großen, gliös markierten HH rechts periinsulär mit großem perifocalem und intrafocalem Oedem (rechter Pfeil). Der linke untere Pfeil bezeichnet occipital-basal links das Relais für den linken Hoden (Gehirn-Organ nicht gekreuzt). Auch dieser HH hat intra- und perifocales Oedem.

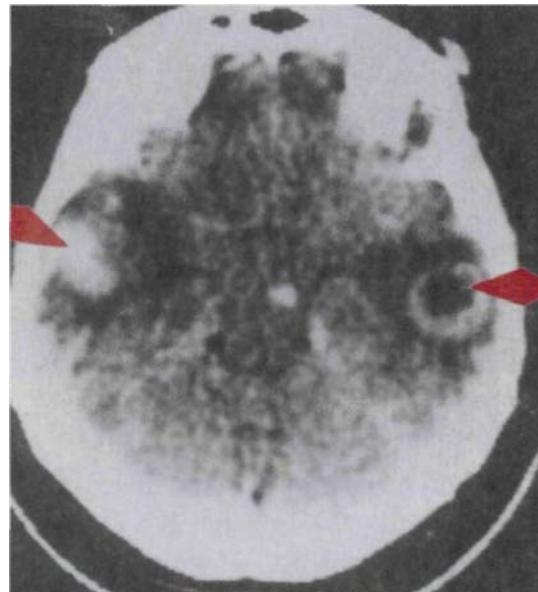
Schließlich ist noch eine Oede-

matisation des Marklagers dorsal der Hinterhörner beiderseits sichtbar, entsprechend einem Selbstwerteinbruch mit Osteolysen im Bereich des Beckens beiderseits. Alle Konflikt sind also in Lösung.

Was war passiert? Es handelte sich um einen älteren Bauern aus Niedersachsen, dessen einziger Sohn bei einem Motorradunfall schwer verunglückte, wie dem Vater zunächst gesagt wurde, gab es kaum noch Überlebenschancen. Der Vater glaubte, seine Sohn würde, wenn überhaupt, nur als Krüppel überleben. Er erlitt, da der Sohn auch gleichzeitig der einzige Hofferbe war, einen gewaltigen Revier-Konflikt, den man nur aus der bäuerlichen Mentalität nachempfinden kann. Gleichzeitig erlitt er jedoch, wie jeder gute Vater normalerweise, einen Verlust-Konflikt mit Hoden-Karzinom links. Vom Tag des Unfalls an hatte er täglich Herzstiche, angina pectoris. Der Revier-Konflikt dauerte ein halbes Jahr an. Der Sohn konnte schließlich die Intensivstation verlassen, für den Vater die Konfliktlösung! Vier Wochen nachdem sein Sohn wieder arbeiten konnte, bekam der Vater - auf dem Höhepunkt der Heilungsphase (mit Koronararterien-Ulcus-Schwellung) - einen Linksherz-Infarkt mit Schwindel, Kopfschmerz, Gleichgewichtsstörungen. Außerdem kam es als Zeichen der pcl-Phase der Hodennekrose zu einer Hodenschwellung. Bevor ein Neurochirur sich für eine Operation der „Tumoren“ seines Gehirns interessieren konnte, verließ der Patient eilends die Klinik.

10.8.1 Beispiele für eine sog. schizophrene Konstellation im CCT; hier anhand der Kombination von sexuellem und Revier-Konflikt

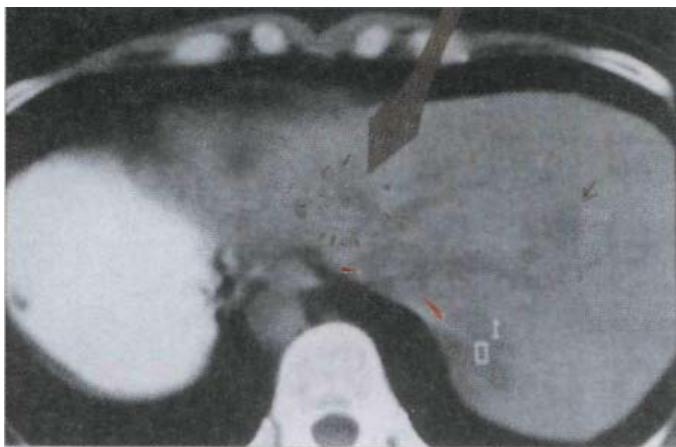
Zustand nach abgelaufener schizophrener Konstellation - beide HHe haben Lösungsoedem. Rechts ist durch das intrafocale Oedem und die Zerreißung des Gewebes im Innern des HHs eine Zyste entstanden. Die Patientin hatte Hirndruck und man hätte versuchen können, sie mit einer Cortison-Medikation zu retten. Statt dessen wurde sie wegen „generalisierter Hirnmetastasen“ mit Morphinum quasi eingeschläfert.



Zwei Schießscheiben-Konfigurationen in ca-Phase im rechten und linken periinsulären Bereich. Dies entspricht einer schizophrenen Konstellation und zwar in diesem Falle einer solchen mit postmortalem Zwangsdanken bei der Chefin einer Religionsgemeinschaft, die tagtäglich darüber nachdachte, welche andere hübsche Frau ihr gutaussehender Mann nach ihrem Tode (sie war schwerkrank) haben würde.



10.9 Schießscheiben-Konfigurationen in der Leber



Mehrere Schießscheiben-Konfigurationen in der Leber: Stets frühes Stadium eines sog. solitären Leberkarzinoms.

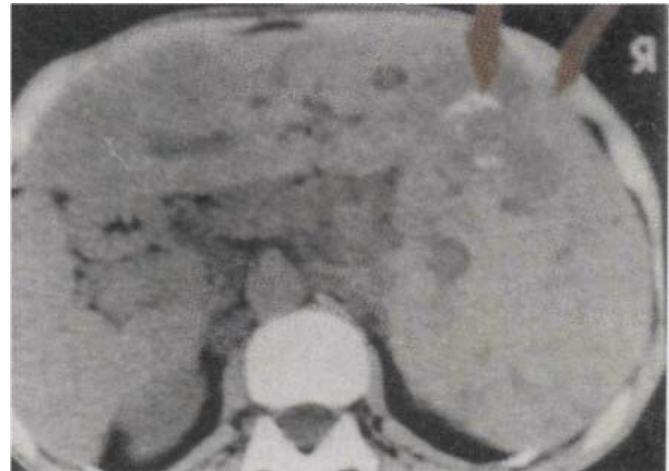
Schießscheiben-Konfiguration des Organs steht mit der Schießscheiben-Konfiguration des Gehirns in Korrespondenz, genauer gesagt können mehrere Organschießscheiben-Konfigurationen mit einer Gehirnschießscheiben-Konfiguration in Korrespondenz stehen.

Das Aufregende an diesem empirisch gefundenen Zusammenhang ist, daß praktisch das Gehirn und das Organ im gleichen Takt „schießscheibenkonfigurationsmäßig“ schwingen, d.h. wir können uns das Organ mit seinen Zellkernen, die alle miteinander vernetzt sind quasi als ein zweites Gehirn vorstellen, als Organgehirn. Kopfgehirn und Organgehirn schwingen in der gleichen Phase in gleicher Weise, wie unsere Schießscheiben-Konfigurationen zeigen. Mal gibt das Kopfgehirn Befehle an das Organgehirn, z.B. Motorik, mal gibt das Organgehirn Informationen an das Kopfgehirn, z.B. Sensorik. Wir wußten diese Dinge z.T. schon aus der Neurologie, kamen aber bisher nicht weiter, weil wir die Zusammenhänge der Neuen Medizin nicht kannten.

Die folgenden Aufnahmen zeigen den Verlauf solcher Schießscheiben-Konfigurationen in der Leber:

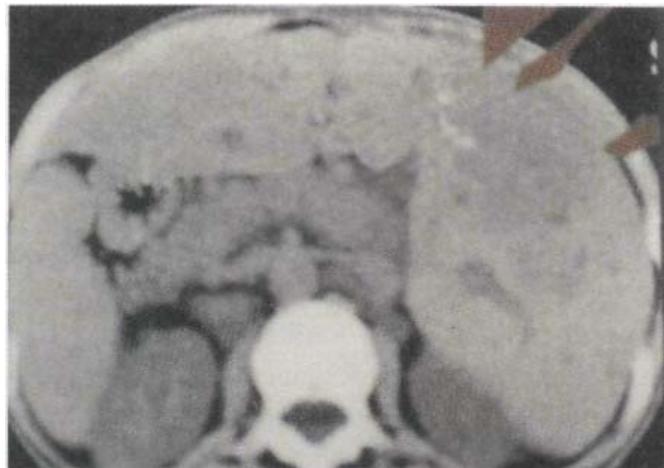


Auf den beiden nachfolgenden Abbildungen sehen wir bereits verkalkte Herde, wieder neue aktive Herde und Heilungsverläufe, die einem chronisch-rezidivierenden Prozeß entsprechen.



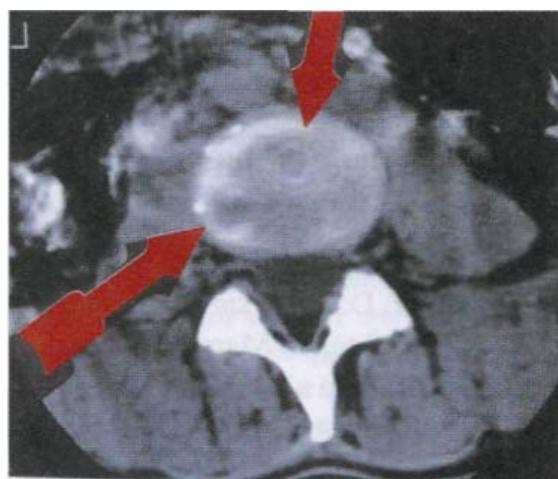
Erneute Heilungsphase dieses Restzustandes (Verkalkung) mit erneut abgelaufenem Leber-Solitär-Karzinom, entsprechend einer chronisch rezidivierenden Verhungerungs-Angst.

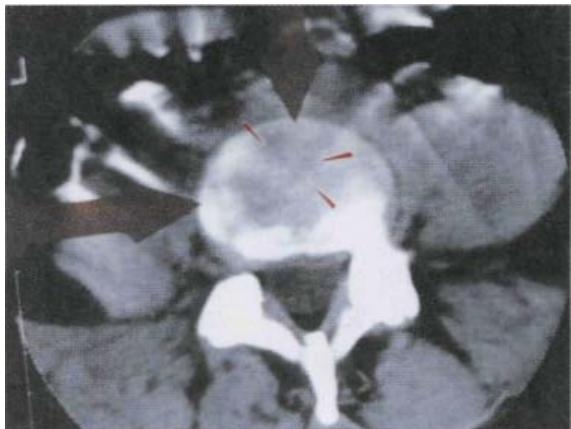
Immer sieht man die Rundstruktur der „Leber-Rundherde“, die von der ursprünglichen Schießscheiben-Konfiguration ausgeht.



Das gleiche Phänomen sehen wir auch im Knochen, wenn im CT-Schnitt zufällig die aktive Phase, d.h. die Organschießscheiben-Konfiguration getroffen wurde.

Das Bild zeigt 2 aktive Herde in Schießscheibenformation eines Wirbelkörpers. Das CT besagt, daß Knochen-Osteolysen, also Entkalkungen, des Wirbels im Gange sind, entsprechend einem aktiven Selbstwerteinbruch-Konflikt.





Daneben sehen wir auf einem anderen Bild der gleichen Serie auch noch randständig aktive Herde, insgesamt also 3 Ringformationen des „Organgehirns“.

10.9.1 Verhungerungs-Konflikt, weil die Köchinnen gehen

Diesen Fall einer 43jährigen rechtshändigen Patientin habe ich in dieses Buch genommen, weil er so eindringlich auf organischer Ebene ist.

Die Patientin hat mit 20 geheiratet in „bessere Kreise“, sie hatte aber ein Manko: Sie haßte Kochen (und Essen) und überhaupt Haushalt. Der Ehemann leistete ihr außer einem Hausmädchen auch eine Köchin. Obwohl sie sehr wenig vom Kochen verstand, quasi gar nichts, spielte sie gerne die strenge Hausfrau. Die Köchinnen bekamen das rasch heraus und eine nach der anderen verließ im Streit das Haus, stets mit der gleichen Begründung, da sie selbst nichts verstehe vom Kochen, wisse sie gar nicht, was sie da verlange. Insgesamt etwa zehn. Wir vermuten, daß sie das erste DHS mit Verhungerungs-SBS erlitt, als eine Köchin, die besser war als alle anderen und mit der sie stets reüssieren konnte, sie am Freitagabend verließ, während sie für Samstag eine große Gesellschaft zum Essen eingeladen hatte. Jedesmal, wenn wieder eine Köchin im Streit - meist Freitagabends - das Haus verließ, erlitt sie ein Rezidiv.

Vor 8 Jahren engagierte sie eine ausländische Köchin, die sehr gut war. Nach 3 Jahren sagte diese aber seines Tages, sie habe am letzten Wochenende geheiratet. Da erlitt sie wieder ein Rezidiv und einen Partnertrennungs-Konflikt (mit duktalem Mamma-Ca rechts), weil sie glaubte, nun gehe auch diese gute Köchin in absehbarer Zeit.

Aber sie ging nicht. Und so erlitt sie für den Verhungerungs-Konflikt wieder eine Lösung mit Nachschweiß wie bei den früheren Rezidiven. Dagegen löste sich der Trennungs-Konflikt seltsamerweise nicht, weil die Angst, daß die Köchin doch noch gehen könnte, blieb.

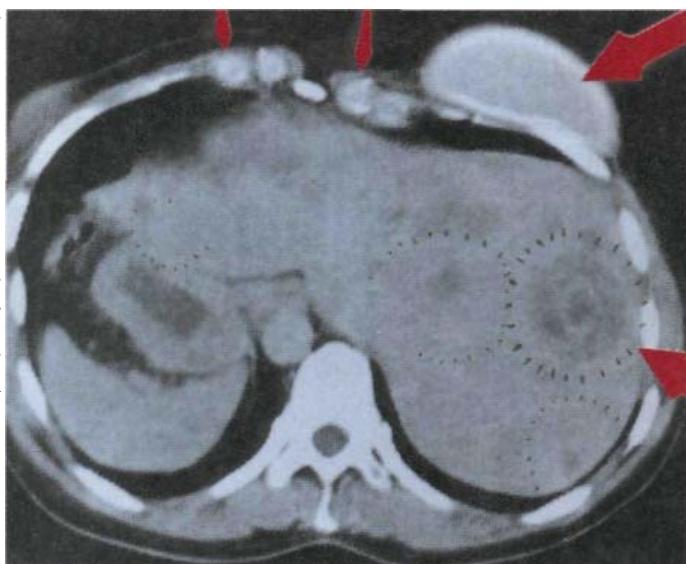
Anfang '94 wurde der kleine szirrhöse¹⁷¹ Knoten in der rechten Brust bemerkt und die Brust amputiert - die linke „prophylaktisch“¹⁷² gleich mit! 4 Jahre später, im November '98 an einem Freitagabend ging aber die Köchin doch, und zwar ohne ein einziges Wort zu sagen, nach einem kleinen Streit. Wieder erlitt die Patientin ein starkes Rezidiv.

Als sie nach einigen Wochen Ersatz mit einer neuen Köchin gefunden hatte, bekam sie wieder Nachtschweiß gegen Morgen (Tbc!).

Als man jetzt die Leberherde durch Zufall entdeckte, las sich das ganze so: metastasierendes Mamma-Ca mit „Leber- und Knochen-Metastasen“. Da sei nichts mehr zu machen, nur „Palliativ“¹⁷³-Chemo und Morphin.

Durch die Neue Medizin kann sie jetzt den Konflikt verstehen, ihr Teil zur Verhinderung neuer Rezidive beitragen und dem Medizyniker-Wahn entfliehen.

Nebenstehendes CT der Leber ist für jeden Fachmann ein Genuss. Wir haben hier die Besonderheit, daß es zwar verschiedene Köchininnen waren, aber stets nahezu exakt der gleiche Konflikt. Und immer hatten wir in der Lösung eine Tbc mit Nachtschweiß und subfebrilen Temperaturen. Bei dieser Aufnahme vom November '98 befinden wir uns nach einem besonders starken Rezidiv wieder in der tuberkulösen Heilungsphase. Wir sehen, daß die Kavernen sich durch sog. „intrafocales Oedem“ teilweise wieder prall ausfüllen und dadurch als Kavernen wieder gut sichtbar werden. Aber solche Kavernen können auch, weil sie ja durch den Druck des umgebenden Parenchyms in der Zwischenzeit kollabiert und z.T. verwachsen waren, mehr oder weniger geschlossen bleiben. In solchen Fällen sehen wir nur das neue „perifocale“ Oedem. Die beiden schmalen Pfeile zeigen auf aufgetriebene und schon wieder mit erheblicher Callusmenge gefüllte Rippen-Osteolysen parasternal links und rechts. Der rechte breite obere Pfeil zeigt auf die Silikon-Einlage,



¹⁷¹ szirrhös = hier: Zusammenziehung der Brustdrüsengänge

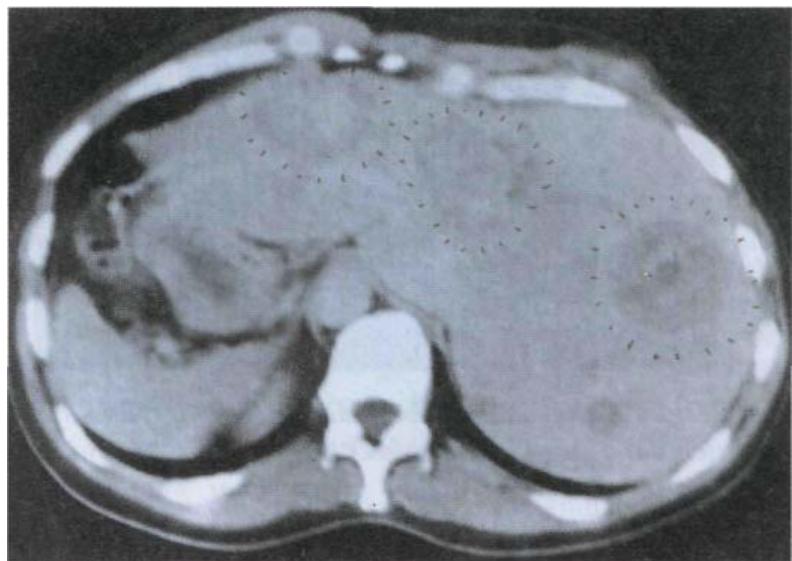
¹⁷² Prophylaxe = Vorbeugung

¹⁷³ palliativ = prämortale Symptom-Behandlung

die aber auf dieser Aufnahme nur ganz links außen angedeutet zu sehen ist. Aus der beidseitigen Amputation erklärt sich der Selbstwerteinbruch („dort tauge ich nichts mehr“. Die Silikon-Einlage war für die Patientin die Lösung des Selbstwerteinbruch-Konfliktes, d.h. die Rekalzifikation, die wir hier vor dem Abschluß sehen.



Auf dieser Kernspin-Aufnahme des Althirns sieht man das Leber-Relais in mäßiger Anfärbung als Zeichen der erneuten Lösung des Rezidivs.



Auf dieser Aufnahme der Leber, die eine etwas höhere Schicht darstellt als die vorherige Leber-CT-Aufnahme, sind einige, nicht alle, chronisch rezidivierenden und chronisch tuberkulosierenden Leberherde markiert. Für sie gilt ebenfalls das oben Gesagte.

Besonders interessant ist, daß man bei den Organ-HH hier die Rundstrukturen wieder gut erkennen kann und das intra- und perifocale Oedem.

10.10 Keine Hirnoperationen! Zwei nahezu identische Fälle - eine Gegenüberstellung

Die folgenden zwei Fälle gehören eng zusammen: Beide Fälle wurden zufällig gemeinsam von einem Arzt bei der Gelsenkirchener Überprüfungskonferenz der Universität Düsseldorf unter Vorsitz von Prof. Stemmann vorgestellt. Beide Patienten stammen aus Nachbardörfern, kannten sich beide. Im ersten Fall ist der Patient 28 Jahre im zweiten 19 Jahre, beide sind Rechtsländer, beide hatten auf der rechten Hirnseite bereits einen aktiven Konflikt und erlitten nun beide fast zur gleichen Zeit einen weiteren im Prinzip gleichen Konflikt. Sie waren damit beide in schizophrener Konstellation. Bei beiden Patienten diagnostizierte man etwa gleichzeitig einen „Hirntumor“ im Kehlkopf-Sprachzentrum. Von da ab trennten sich ihre Wege: Der eine erfuhr wenige Tage zu spät von der Neuen Medizin. Er ließ sich ahnungslos hirnoperieren, weil man ihm gesagt hatte, er werde sonst sehr bald sterben. In völliger Panik ließ er die Operation machen. Erst ging es ihm für 2-3 Monate etwas besser, weil der Hirndruck durch das Hirnoedem nun natürlich weg war - ein halbes Jahr später jedoch war er tot, wie quasi alle Hirn-Operierten, von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen ...

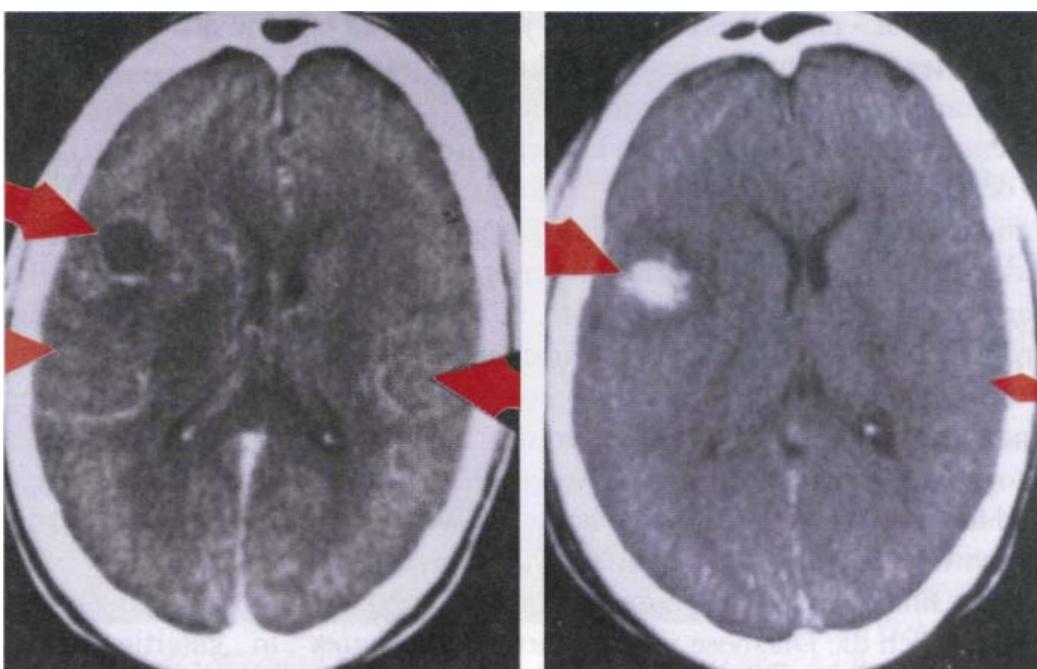
Der andere Patient des zweiten Falles war auch schon in der Klinik zur Operation. Aber es fehlte glücklicherweise die nötige Blutkonserve. Das Wochenende zu dem er „Urlaub“ bekam, nutzte er zum Besuch der Verifikations-Konferenz in Gelsenkirchen. Dort konnten ihn die anwesenden Ärzte davon überzeugen, daß Hirnoperationen ein gefährlicher Unfug sind. Als der Patient am Montag den Ärzten in der Neurochirurgischen Abteilung eröffnete, daß er sich lieber nicht operieren lassen wolle, erklärte man den Tumor für inoperabel, weil er so groß und bösartig sei. Nur Bestrahlung und Chemo käme noch in Frage und das auch nur mit einer sehr schlechten Prognose. Er setzte sich mit der Neuen Medizin auseinander, verstand diese und ließ sich nicht operieren. Er hatte voraussagegemäß einige Monate lang Beschwerden, dann war der Patient wieder gesund und arbeitsfähig.

Nach fünf Jahren wurde ihm zwangsweise von der Berufsgenossenschaft nachträglich die Diagnose von „bösartiger Hirntumor“ in „gutartiges Hirnkavernom“ geändert, weil es das einfach nicht geben durfte, daß man bei einem „bösartigen Hirntumor“ nicht operiert und dann wieder gesund wird.

Der Patient des ersten Falles hatte einige Monate vor seinem zweiten einen Revierärger an seiner Arbeitsstelle gehabt. Zum Zeitpunkt des 2. Konfliktes im Herbst '91 war der 1. Konflikt noch aktiv. Er hing indirekt mit dem 2. Konflikt zusammen. Der Patient war wegen seines Hausbaus stark im

Streß, auch zeitmäßig, denn er zog den Bau weitgehend in Eigenleistung durch. Den 2. Konflikt erlitt er, als er über dem Treppenhaus eine Lampe montieren wollte, von einem Brett abrutschte und sich schon 7 Meter tiefer mit zerschmettertem Schädel im Kellerniveau liegen sah. Da bekam er noch mit letzter Kraft ein Brett zu fassen, hing in der Luft und konnte sich dann mühsam-langsam zum Treppengeländer zurückhangeln. Danach zitterte er am ganzen Leibe. Der Schreckangst-Konflikt blieb für die Dauer des Hausbaus aktiv, weil sich solche Situationen natürlich laufend in harmloser Art wiederholten. Er sicherte sich zwar von da ab besser ab aber er zitterte immer noch, wenn er wieder zwischen „Himmel und Erde“ arbeitete.

Im Frühjahr war der Hausbau fertig und damit kam die Konfliktlösung... Es stellten sich tragischerweise Hirndruckzeichen ein, Sprachstörungen und ein epileptischer Anfall, danach kam die Diagnose und die Panikmache der Schulmedizin. Es nützte ihm wenig als man später sagte, er hätte sich nie operieren lassen dürfen. Er starb als Opfer der böswilligen Erkenntnisunterdrückung der Schulmedizin, die genau weiß, daß solche Eingriffe eine fast 100%ige Mortalität haben.



Der Patient hatte einen motorischen Konflikt erlitten als er durchs Treppenhaus des Hausneubaus stürzte, sich im letzten Moment aber noch auffangen konnte.

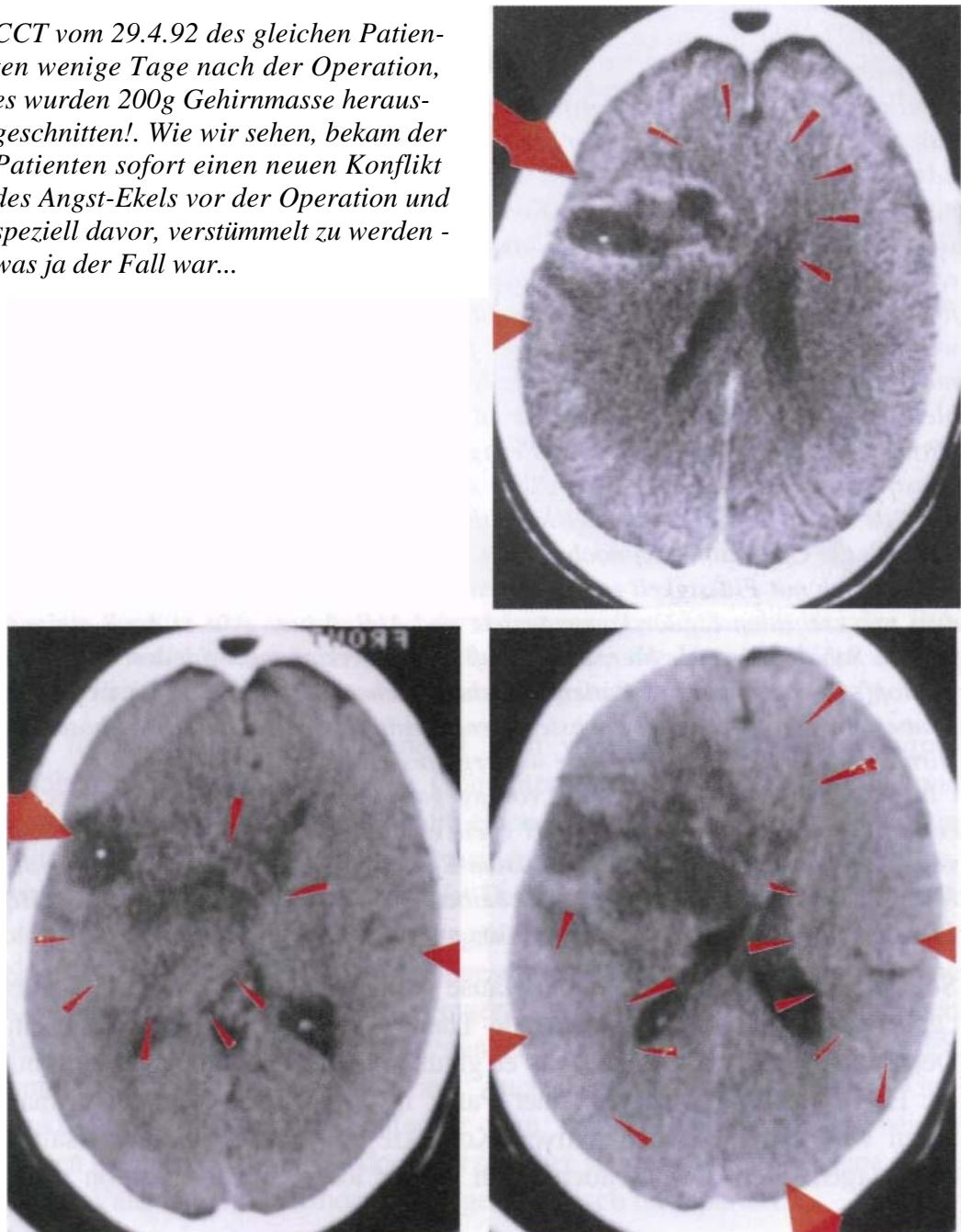
Auf diesen CCT-Aufnahmen vom 8.3.92 (links mit, rechts ohne Kontrastmittel) des 28jährigen Patienten sehen wir folgende HHe:

Linkes Bild: Zustand vor der Operation. Pfeil rechts: Revierärger-Konflikt wegen Hausbau /aktiv). Pfeil links oben: HH für pcl-Phase in Kehl-

kopf/Sprachzentrum-Relais. Pfeil links unten: Identitäts-Konflikt. Der Konflikt scheint aktiv zu sein. Der Patient war sich nicht sicher, ob er sich operieren lassen sollte. Sein Gefühl sagte ihm: „Nein“!

Rechtes Bild: die gleichen HH wie im linken Bild, diesmal mit Kontrastmittel. Rechter Pfeil: Revierärger-Konflikt. Linker Pfeil: HH in pcl-Phase mit Kontrastmittel angefärbt. Unterer Pfeil links: Identitäts-Konflikt aktiv!

CCT vom 29.4.92 des gleichen Patienten wenige Tage nach der Operation, es wurden 200g Gehirnmasse herausgeschnitten!. Wie wir sehen, bekam der Patienten sofort einen neuen Konflikt des Angst-Ekels vor der Operation und speziell davor, verstümmelt zu werden - was ja der Fall war...



Die beiden nächsten Aufnahmen vom 11.10.92 kurz vor dem Tod des Patienten lassen an Anschaulichkeit nichts zu wünschen übrig. Die linke Schicht ist etwas tiefer als die rechte. Auf der linken Aufnahme sieht man gut, wie das gesamte vordere Ventrikelsystem (Vorderhörner) unter der Falx nach rechts hinübergedrückt wird. Selbst das linke Vorderhorn ist fast ganz rechts von der „Mittellinie“.

Es bleibt uns nur, aus den Fehlern der Gegner der Neuen Medizin zu lernen und wenn es nur darum ist, ihnen die Gründe für die Sinnlosigkeit ihrer Polypragmasie¹⁷⁴ aufzuzeigen.

Bei diesem Patienten sehen wir, daß das Relais für das Rektum linkscerebral, das auf der ersten Aufnahme sicher als aktiv erkennbar war, jetzt ebenfalls in Lösung ist. Die sinnlose Operation war ja inzwischen durchgeführt. Das Hadern nützte jetzt nichts mehr, d.h. der Konflikt war „real gelöst“. Der Patient hatte sich bei seinem Sturz bzw. seinem Baumeln zwischen „Himmel und Erde“ außer einem Schreckangst-Konflikt der Sprachlosigkeit noch einen motorischen Konflikt für den rechten Arm und das rechte Bein eingefangen. Später auch einen weiblichen Identitäts-Konflikt erlitten: („Soll ich mich operieren lassen oder nicht?“). Dementsprechend hatten die Neurochirurgen, um in deren „Logik“ zu bleiben, weil die Konflikte sukzessiv in Lösung gegangen sind, viel zu wenig Hirnsubstanz weggeschnitten. Bei Fertigstellung des Hauses ging der Schreckangst-Konflikt in Lösung. Später löste sich auch der linkscerebrale Identitäts-Konflikt und auch ein Angst-Ekel-Konflikt vor der Operation ging in Lösung...

Durch die Operation kam noch folgendes Problem hinzu: Die Operationshöhle pumpte sich mit Flüssigkeit zu einer Zyste auf. Solange die Operationshöhle mit dem percerebralen Liquor kommuniziert und Abfluß hat, geht es noch einigermaßen. Sobald aber, wie hier, der Abfluß durch Verklebung behindert oder ganz verstopft ist, bekommt der Patient ungeheuerlichen Hirndruck. Dann ist für die Zauberlehrlinge stets die nächste Hirnoperation fällig, weil der „bösertige Hirntumor“ sich „bösertigerweise weitergefressen“ hat...

In diesem Fall ist wie auf dem vorangegangenen CCT zu sehen der rechtscerebrale Revierärger-Konflikt (HH Pfeil rechts) offenbar zögerlich in Lösung gegangen, dagegen ist links im Rektum-Relais ein neuer aktiver Konflikt des Identitätsverlusts in scharfer Schießscheiben-Konfiguration neu aufgetaucht (HH Pfeil links), weil eine neue Hirnoperation angekündigt wurde.

Solche armen Patienten liegen zu Hause völlig schütz- und wehrlos. Lauter „gute“ Freunde und „wohlmeinende Therapeuten“ schwatzen auf sie ein. Der Patient weiß nicht mehr, was er glauben soll, er bekommt ohnehin nur die Hälfte mit und wird von einer Panik in die nächste gestürzt. Oftmals sehen wir, daß die neuen aktiven Konflikte wie Maschinengewehrsalven einschlagen. Sich oftmals auch rasch wieder lösen, um wieder von neuen

¹⁷⁴

polypragmatisch = vielgeschäftig

Rezidiven abgelöst zu werden. Die ignorante dumme und falsche Schulmedizin konstatiert dann nur: Der Krebs wächst weiter, wir müssen wieder operieren.

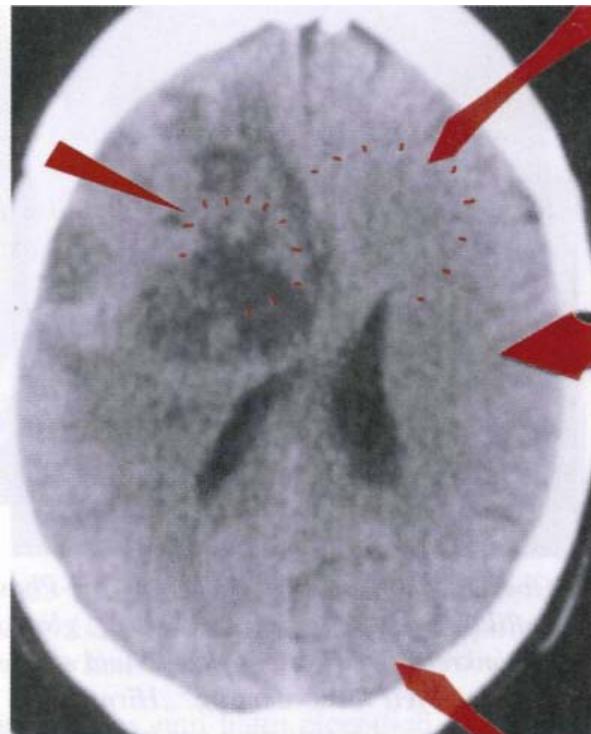
CCT vom 14.10.92 wenige Tage vor dem Tod des Patienten. Er wurde mit Morphin quasi eingeschlafert. Immer hört man dann den Spruch: „Ach, da war ja sowieso nichts mehr zu machen!“

Linker Pfeil: Endlich sieht man den HH im motorischen Rinden-zentrum (für rechtes Bein), der die Epilepsie verursacht hat.

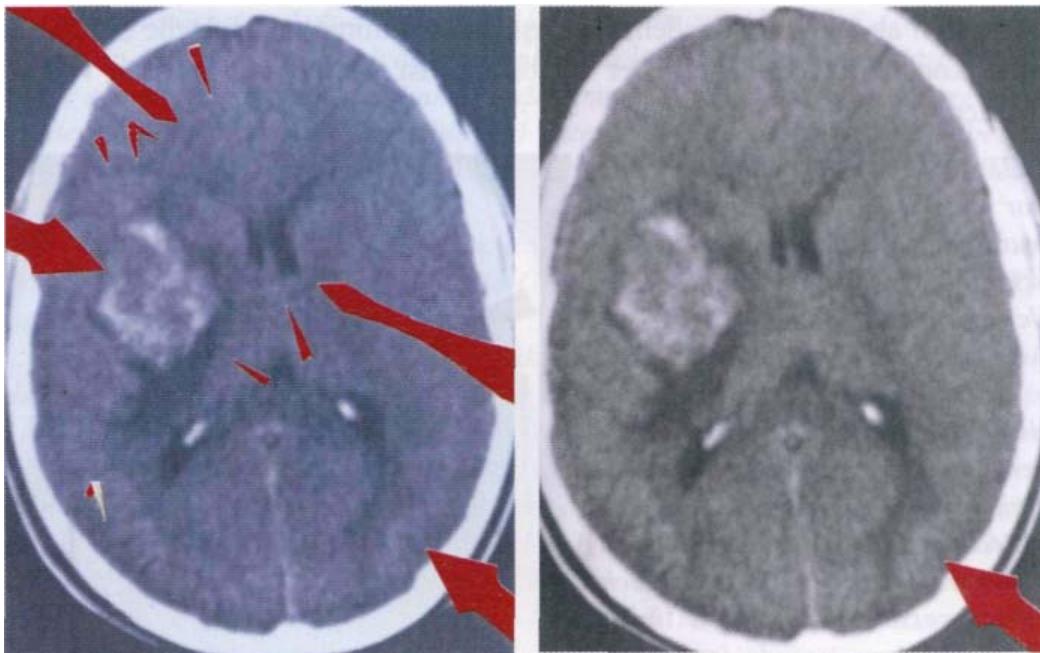
Rechter Pfeil oben: HH, durch Raumforderung links etwas nach rechts verschoben, betrifft linkes Bein und Arm, gerade in Lösung gehend.

Mittlerer Pfeil rechts: zögerlich in Lösung gehender HH für Revierärger-Konflikt.

Unterer Pfeil rechts: Großer, in Lösung befindlicher Angst-im-Nacken-Konflikt-HH, entsprechend der Angst vor dem Chirurgen, der das Hirn operieren wollte und operiert hat (Alles, was hinter der Hornhaut liegt, empfindet der Patient als hinten oder von hinten — Angst-im-Nacken!)



Der folgende Fall ist das Pendant zum vorangegangenen. Der damals 19jährige Patient ist inzwischen Computerfachmann bei der Telekom und kann inzwischen aus dem Stehgrefi einen Vortrag über die Neue Medizin halten. Der Konflikt in diesem Fall war fast identisch mit dem des vorangegangenen: Der Patientin sauste als Telekom-Lehrling einen Telefonmast hinunter, weil die Steigreisen nicht gegriffen hatten. Auch bei ihm war dieser Konflikt als ein zweiter Konflikt eingeschlagen und löste eine schizophrene Konstellation aus. Die Konflikte gingen etwa zeitgleich mit den Konflikten des jungen Patienten im voraufgegangenen Fall in Lösung bzw. wurden dann als „Hirntumor“ diagnostiziert. Auch dieser Patient war auf der Gelsenkirchener Überprüfungskonferenz vom 18.5.92. Die Wege der beiden jungen Männer hatten sich jedoch kurz vorher schon getrennt, der eine junge Mann, Vater von zwei Kindern, war gerade frisch hirnoperiert...



Linkes oberes Bild:

Oberer schmaler Pfeil links: in pcl-Phase befindlicher HH für Angst-Ekel-Konflikt. Organisch: Unterzuckerung, glucagon-produzierende Alpha-Inselzellen des Pankreas. Der Patient sträubt und ekelt sich, am Mast herunterzusausen.

Unterer Pfeil links: der sog. „Hirntumor“ im Brocazentrum. Einen früher sog. „Hirntumor“, der natürlich gar keiner ist, sieht man immer erst in der pcl-Phase als im Prinzip harmlose Reparatur des betroffen gewesenen Relais durch Einlagerung von Glia-Bindegewebszellen. Wir sehen hier, daß auch die Motorik des rechten Arms miteinbezogen war. Wenn solch ein riesiger sog. „Hirntumor“ spontan wieder abheilt, dann braucht man wirklich keinen der „Hirntumore“ zu operieren. Das heißt aber nicht, daß uns diese oedematösen Reparatur-„Baustellen“ durch ihre Raumforderung, Hirndruckzeichen, Kopfschmerzen und epileptischen Anfälle, nicht vorübergehend Kopfzerbrechen machen können. Aber gerade dafür hat unsere Intensivmedizin heute gute Möglichkeiten. 95-98% überleben auch ohne Intensivbehandlung. Und nur ganz wenige Prozent (2 bis 3% etwa) sind so kritisch, daß sie ohne Intensivmaßnahmen sterben würden. Sogar mit Intensivmaßnahmen sterben uns einige dieser 2 bis 3%, denn Herrgötter sind wir auch nicht. Besonders Angst haben wir dabei vor den Rezidiven, die alle Narben in der anschließenden pcl-Phase wieder aufreißen. Aber angesichts der fast hundertprozentigen Mortalität der Hirnoperationen ist das ja quasi gar nichts.

Oberer Pfeil rechts: noch aktiver HH im Relais des motorischen Rindenzentrums für beide Beine, die er um den Telegraphenmasten geklammert hatte, entsprechend einer Teillähmung beider Beine. Hier und am rechten Arm hatte er früher - und später bei den Rezidiven nochmals - die epileptischen Krisen erlitten.

Nebenstehendes Bild:

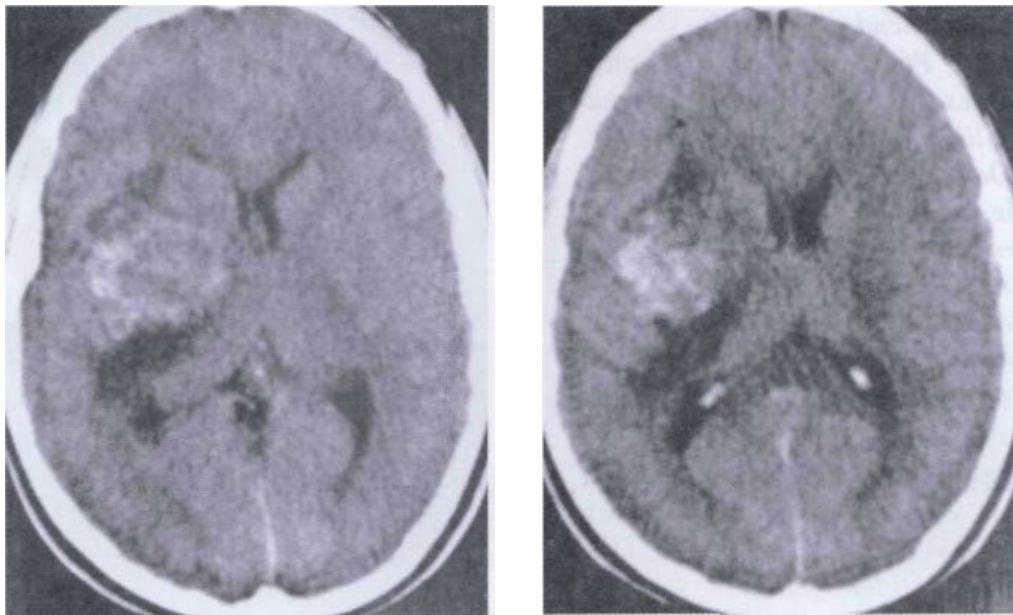
Oberer Pfeil von oben: HH motorisches Rindenzentrum betreffend (Teillähmung beider Beine).

Der unterste Pfeil zeigt, ebenso wie der jeweils unterste Pfeil auf den vorangegangenen Bildern: auf einen HH die Unke „Kind/Mutter-Körperseite betreffend, der mittlere Pfeil auf das Bronchial-Relais (HH in pcl-Phase). Muskel-Relais für linkes Bein und linke Hüfte und Angst-im-Nacken-Konflikt bildeten stets eine dreifache Schiene bei allen Verboten der Mutter. Das sollte noch für später eine gewisse Bedeutung bekommen, als er gegen den ausdrücklichen Rat der Mutter mit seiner Freundin später mitten in der Nacht seine Urlaubsreise starten wollte. Durch die epileptische Krise links-cerebral geriet er augenblicklich für die Dauer des epileptischen Anfalls auch in die schizophrene corticale Konstellation.



Der 19jährige Patient dieses zweiten Falles nun hatte eigentlich einen viel größeren „Hirntumor“, so schien es. Deswegen wurde sein Fall schließlich auch als inoperabel mit infauster Prognose erklärt. Bei Nichtbestrahlung und ohne Chemo folgte der Tod in wenigen Tagen.

Nun, den „Tumor“ hat der Patient natürlich noch heute. Es handelt sich um eine harmlose Gliaverdichtung als Zeichen der abgeschlossenen Reparatur des Relais. Natürlich sieht man später kein Oedem mehr, das Relais ist nicht mehr geschwollen.



Bilder rechts und links: In Abheilung befindlicher sog. „Hirntumor“ einige Monate später.

Diese Fälle zeigen besonders deutlich, daß die Patienten sterben, *weil* man den Unsinn der Hirnoperationen mit ihnen macht. In unserem Fall hier entschloß sich der Patient nichts zu machen, die Konflikte waren gelöst und konnten eigentlich nicht wiederkommen. Zum Zeitpunkt des DHS hatte es noch ein halbes Jahr gedauert, bis er vom praktischen Lehrabschnitt (mit Telefonmaststeigen) in den nächsten Lehrabschnitt wechseln konnte (Büroarbeit). Wir hatten ihm alle wärmstens empfohlen, auf keinen Telegrafenmast o.ä. mehr zu steigen auch nicht aus Spaß, Auch nicht auf etwas ähnliches, z.B. einen Hausfirst. Dies sah der Patient auch ein. Nach 5 Jahren wurde der Patient von der Berufsgenossenschaft einbestellt: Arzt: „Herr X., wie geht es Ihnen?“

Patient: „Guten Tag, Herr Doktor, mir geht es gut.“ Ich habe keine Beschwerden, keine Anfälle. Seit 4 1/2 Jahren geht es mir gut.

Arzt: „Aber Sie haben doch einen Hirntumor?“

Patient: Ja und wenn, es geht mir aber trotzdem ausgezeichnet, ich bin voll leistungsfähig. Es geht mir wirklich gut!“

Arzt: „Ja, aber es darf Ihnen nicht gut gehen. Sie müßten ja sonst nach 5 Jahren jetzt vom Hirntumor als geheilt angesehen werden. Und der Hirntumor ist ja auf den Bildern nach wie vor zu sehen, wenn auch kleiner.“

Patient: „Herr Doktor, was soll ich Ihnen sagen? Es geht mir wirklich vollkommen gut, es fehlt mir nichts.“

Arzt: „Nein, so geht das nicht. Also, an einem Hirntumor stirbt man mit und ohne Operation. Also, entweder war es ein Hirntumor, dann müßten Sie gestorben sein oder es war eben *kein* Hirntumor, denn Sie leben ja noch!“

Patient: „Ja aber Herr Doktor, ich war doch schon in der Klinik zur Operation, nur weil kein Blut da war...und dann sagte man, es wäre sowieso inoperabel, man müßte mir ja das halbe Gehirn herausschneiden, da wäre ohnehin nichts mehr zu machen, nicht einmal mit Bestrahlung und Chemo.“

Arzt: „Also basta, Sie können keinen Hirntumor gehabt haben. Sie leben ja noch. Wir müssen jetzt eine neue Diagnose finden, z.B. 'gutartiges Hirnkavernom'!“

Patient: „Wenn Sie meinen, Herr Doktor, Sie dürfen das nennen, wie Sie wollen, mich stört das nicht. Aber was ist denn ein gutartiges Hirnkavernom?“

Arzt: „Das ist doch völlig gleichgültig, eben etwas Gutartiges, sonst müßten Sie doch schon längst tot sein!“

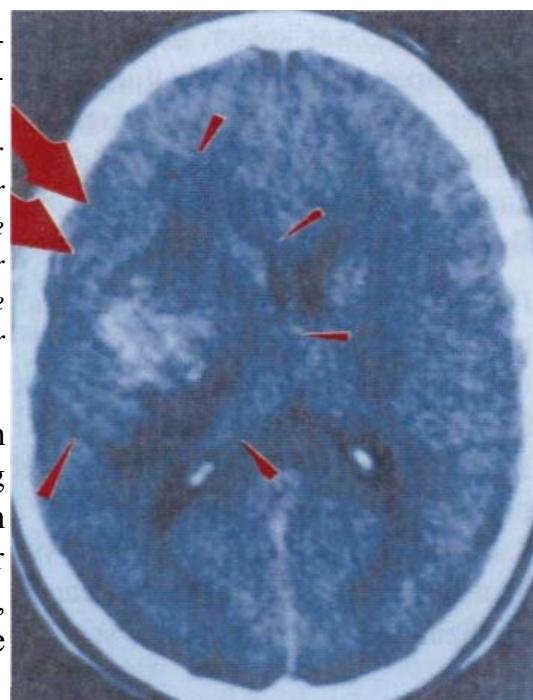
Patient schmunzelnd: „Ja natürlich, Herr Doktor, das leuchtet mir ein. Ich habe also nie einen Hirntumor gehabt und habe auch jetzt keinen. Ein Glück, das Sie mich nicht operiert haben!“

Seither läuft der Fall des Patienten unter der Pseudodiagnose „gutartiges Hirnkavernom“.

Gleiche CCT-Aufnahme wie die vorhergehende nur mit veränderter Aufnahmetechnik.

Durch die Rezidive hat der „Hirntumor“ in der pcl-Phase wieder Ödem bekommen. Glücklicherweise war es nur ein kurzes Rezidiv. Aber solche Rezidive, besonders wenn sie länger gedauert haben, fürchten wir sehr.

Zwei Monate nach dieser offiziellen nachträglichen Diagnose-Änderung kommt der Patenonkel des Patienten zu diesem und sagt: „Ach lieber Dirk, Du bist doch bei der Telekom, Du weißt doch sicher, wie man eine Satellitenschüssel aufs Dach mon-



tiert. Ich hab' schon alles dafür eingekauft, Du brauchst es nur noch zu montieren!"

Der Patient zögerte. Man hatte ihm nachdrücklich gemäß der Neuen Medizin gesagt, er dürfe alles machen und werde voraussichtlich keinen epileptischen Anfall mehr bekommen. Er dürfe aber auf keinen Fall in absehbarer Zeit irgendwo heraufsteigen, sonst gäbe es ein Rezidiv und danach wieder einen epileptischen Anfall, wenn man richtig gerechnet habe.

Der Patenonkel jedoch bat immer eindringlicher, legte es immer mehr als Böswilligkeit aus, daß der Patient ihm diese kleine Gefälligkeit nicht tun wollte. Dieser dachte schließlich: „Einmal wird schon nicht so schlimm sein, außerdem sind ja schon 5 Jahre herum und ich brauche ja nicht nach unten zu schauen, man kann ja auch noch einen Kumpel zu Verstärkung mitnehmen, den Patenonkel sollte ich nicht verprellen. Also montierte er mit einem Freund zusammen die Schüssel auf dem Dach des Patenonkels.

Dreißig Stunden später war es soweit: Er war nach nur drei Stunden Schlaf morgens um 1 Uhr trotz Warnungen der Mutter mit dem Auto samt Freundin in den Urlaub gefahren. Er kam jedoch nur bis zum Nachbardorf, da bekam er seinen obligatorischen epileptischen Anfall nach dem Rezidiv des Telefonmast-Absturz-Konfliktes. Er verlor das Bewußtsein und fuhr gegen eine Mauer. Wir hatten also richtig „gerechnet“ und der Patient wußte das, als er im Krankenhaus wieder bei Bewußtsein die Sache rekonstruierte. Das war die „verbogene Probe aufs Exempel“ gewesen!

Daß wir hier die Konflikte richtig recherchiert hatten, bewahrheitete sich auch noch etwas später, als der junge Mann bei einem Videofilm einer jungen Mitpatientin seinen Fall und sein Rezidiv schilderte: Er bekam vor laufender Kamera einen epileptischen Anfall, beginnend mit Krämpfen des rechten Arms und des rechten Beins. Als er nach dem Anfall wieder zu sich kam, waren seine ersten Worte: „Schau, A., war das nicht der schlagende Beweis dafür, daß die Neue Medizin richtig ist?“

Dieser Fall ist deshalb so interessant, weil er zeigt, wie man es machen muß, einen „inoperablen Hirntumor“ ohne größere Probleme zu überstehen und was man nicht machen darf, auch nicht nach 5 Jahren! Sicher gibt es auch die Möglichkeit der sog. „Konflikt-Desensibilisierung“, nach dem Motto: „Nach dem Unfall gleich wieder ans Steuer!“ Aber das funktioniert nur in sehr wenigen, ausgesuchten Fällen. Meist haben wir ja das Problem, daß man eben die Konflikte nicht vermeiden kann, weil der Patient aus seinem Lebenskreis nicht heraus kann etc. Deswegen sind wir in der Neuen Medizin auch mit Prognosen sehr vorsichtig, obwohl die meisten der Pati-

enten überleben. Aber die Prognose kann nur so gut sein, wie der Patient die Mechanismen der Neuen Medizin verstanden hat und selbst dann...

10.11 Die Histologie¹⁷⁵ der Hamerschen Herde

Unser menschliches Gehirn besteht - bei den Tieren gilt das gleiche - zu etwa 10% aus Hirnzellen (Nervenzellen) und zu 90% aus Glia, dem sog. Hirnbindegewebe. Über die Herkunft und Funktion dieser Glia streiten sich noch die Gelehrten. Ich will deshalb nicht klüger sein als die Päpste auf diesem Gebiet.

Unbestritten ist, daß die Glia aus

- a) Makro-Glia (große Glia) und
- b) Mikro-Glia (kleine Glia)

besteht. Die Mikro-Glia soll, so nimmt man neuerdings an, vom Knochenmark gebildet werden und den Monozyten sehr verwandt (wenn nicht identisch) sein. Sie ist also in jedem Fall dem Mesoderm zugehörig. Früher nahm man an, sie stamme von der Pia Mater, der dem Hirn direkt anliegenden Bindegewebshaut. Aber auch in diesem Fall ist die Mikro-Glia mesodermaler Herkunft.

Die Makro-Glia besteht aus Astrozyten und Oligodendrozyten. Die Astrozyten bilden überwiegend die Narben im Gehirn, während die Oligodendrozyten in etwa die Funktion der sog. Schwannschen Scheide im Gehirn ausüben, also die Nervenzelle umhüllen und isolieren. Diese Funktionen sind aber praktisch nicht so leicht zu differenzieren, wie das theoretisch geht. Wir werden das noch weiter unten näher besprechen. Interessant ist jedenfalls, daß Makro-Glia und Mikro-Glia eng miteinander zusammenwirken, wobei Mikro-Glia beweglich ist (jedenfalls zu Beginn) und Makro-Glia standortfest wuchernd. Aus diesem Grunde gibt es Forscher, die die gesamte Glia für mesodermaler Herkunft halten, während die meisten aber die Makro-Glia als ektodermal aus der Neuralrinne abstammend ansehen.

Festhalten muß man zunächst einmal ganz klar, daß Hirn- und Nervenzellen sich nach der Geburt nicht mehr teilen oder vermehren können. *Deshalb gibt es schon per definitionem keine Hirntumoren im Sinne von Karzinomen.* Das einzige, was sich da vermehren kann, ist die Glia. Man kann also eigentlich nur von Hirn-Bindegewebsnarben oder von Glia-Keloid¹⁷⁶ sprechen.

¹⁷⁵ Histologie = Lehre von den Geweben des Körpers

¹⁷⁶ Keloid = Wulstnarbe

Aber auch diese Umschreibung, die ich derzeit noch für die beste halte, trifft die Sache nur halb, denn im Gehirn gibt es vielfältige Arten von Narben und alle möglichen Kombinationen. Trotzdem sind sie alle Hamersche Herde.

Ich habe dem Erlanger Neurohistopathologen die Frage gestellt, wie er sich denn vorstelle, was da eigentlich vor sich gehe, was zu dem Hamerschen Herd führe. Er erklärte es folgendermaßen: Bei einer Alteration¹⁷⁷ eines Hirnbereichs, in seinem Sprachgebrauch des Hirntumors, komme es aus irgendeinem Grunde zu einer von den Franzosen geprägten sog. „*Crossance perineuronale*“, zu deutsch: kreuzweisen Ummauerung der Hirnnerven-Zellen. Stellt man sich die einzelnen Hirnnerven-Zellen als kleine Batterien vor, so wäre durch irgendeinen Vorgang eine große Zahl solcher Batterien leck geworden, die nun durch Glia untereinander abgedichtet oder isoliert werden müßten. Es wäre ähnlich vorstellbar, als wenn ein riesiges Gittergerüst in seinen Zwischenräumen mit festem Material, z.B. Sand, Glas oder dgl. ausgefüllt wäre. Diese „festere“ Konsistenz, die wir als „*hyperdense Herd*“ zu bezeichnen pflegen (dichterer Herd), besteht aus Glia-Einlagerung. Ein solcher hyperdenser Herd ist gewöhnlich auch besser mit Blut versorgt wie es ja unsere Narben, speziell Keloidnarben des Körpers, auch sind. Diese hyperdense Herde reichern deshalb gewöhnlich auch Kontrastmittel besser an. Denn das ist überall gewöhnlich dort der Fall, wo pro Zeiteinheit mehr kontrastmittelhaltiges Blut hindurchfließt.

Nun wirst du sofort fragen, lieber Leser: Ja, ist es denn möglich, daß das wirklich alles im Prinzip das gleiche ist, Schlaganfall, Hirnblutung, Hirnzyste, Hirntumor, Meningiom, hyperdense (vermehrt dichte) und *hypodense*¹⁷⁸ (vermindert dichte) Herde oder Areale und all die vielen unklaren Hirnschwellungen aller Art?

Antwort: Bis auf wenige Ausnahmen, ja! Natürlich gibt es die relativ sehr seltenen subduralen¹⁷⁹ und epiduralen¹⁸⁰ Hämatome bei Stürzen (Blutung zwischen Dura mater und Arachnoidea bzw. zwischen Schädelkalotte und harter Hirnhaut), natürlich gibt es Meningitiden (Entzündung der weichen Hirnhaut) und Encephalitiden, z.B. nach Verletzungen und Operationen, und natürlich gibt es auch gelegentlich Massenblutungen im Gehirn. Aber von diesen Ausnahmen abgesehen, die höchstens 1% ausmachen, sind alle übrigen Veränderungen im Gehirn Hamersche Herde, wie gesagt, in ver-

¹⁷⁷ Alteration = ungewöhnliche Veränderung

¹⁷⁸ hypodens = Bezeichnung für einen wenig dichten Bereich

¹⁷⁹ subdural = unter der Dura mater (harte Hirnhaut) gelegen

¹⁸⁰ epidural = auf der Dura mater (harte Hirnhaut) gelegen

schiedenen Verlaufsstadien, an verschiedenen Lokalisationen und während oder nach verschiedener Dauer des Konfliktes.

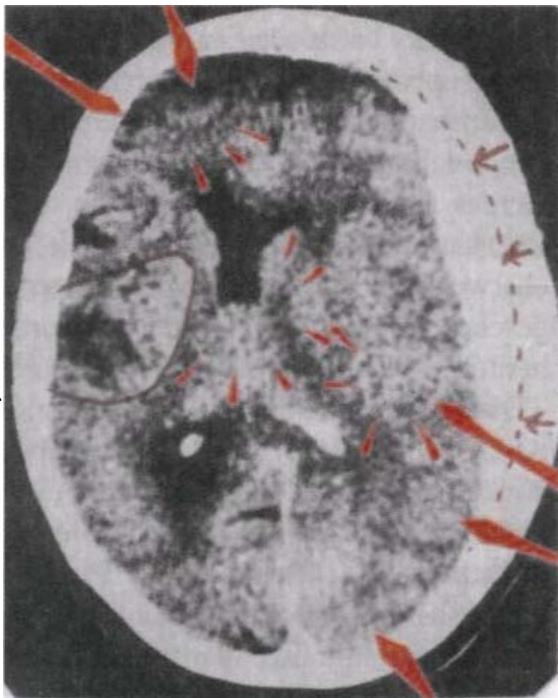
59jährige Patientin der Uni-Klinik Wien, die in bewußtlosem Zustand, am ganzen Körper glühend in Vagotonie, eingeliefert und mit CT untersucht wurde. Man sah ein großes subdurales Hämatom rechts (gestrichelte Linie, Pfeile), d.h. ein Bluterguß zwischen Dura mater und Schädelknochen. Die Kollegen erfuhren von den Angehörigen, daß die Patientin in ihrer Wohnung auf die rechte Schädelseite gefallen sei. Der Grund des Füllens war folgender: Die Patientin hat ein großes Ödem im rechten periinsulären Parietalbereich, der pcl-Phase nach Revier-Konflikt entsprechend, also einen rechts-cerebralen Linksherz-Infarkt.

Gleichzeitig zeigt die linke Seite aber ebenfalls ein kleineres Ödem, entsprechend einem gelösten sexuellen Konflikt und Schreckangst-Konflikt mit Gebärmutternhals-Ca und Kehlkopf-Ca. Später wurde berichtet, die Patientin habe bei dem Sturz einen Herzinfarkt erlitten, weshalb sie verlegt worden sei. Da die Kollegen ja von Herzinfarkt und Korrelation im Gehirn keine Ahnung haben, wird leicht Ursache und Folge verwechselt.

Wenn Ihr Euch das Bild mal genau anschaut, dann werdet Ihr noch eine ganze Reihe von teils aktiven (mit kleinen Pfeilchen umringten) Schießscheiben-Konfigurationen, teils gerade eben in Lösung gegangenen Schießscheiben-Konfigurationen, links oben und rechts parieto-occipital entdecken, oder einen in Lösung befindlicher HH, den man nicht mehr am Ödem, sondern nur noch an der Massenverschiebung erkennen kann, d.h. er muß schon älteren Datums sein.

Leider konnte ich ja die nähere Vorgeschichte nicht in Erfahrung bringen. Aber ein von der Neuen Medizin Faszinierter würde nicht ruhen, bis er nicht zu jedem HH den entsprechenden aktiven oder gelösten Konflikt in Erfahrung gebracht hätte!

Im nachfolgenden soll versucht werden, eine kurze Übersicht über die verschiedenen möglichen Arten der Hamerschen Herde zu geben, mindestens über die vom Prinzip wichtigsten. Diese Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.



10.11.1 Der sogenannte „Hirntumor“ (in Wirklichkeit Hamerscher Herd)

Das ist das harmlose Etwas, das zu Tausenden in aller Welt aus dem Hirn herausoperiert wird, weil es eine dichtere Konsistenz und eine vermehrte Anfärbbarkeit für Kontrastmittel hat. Beides beruht auf dem gleichen Vorgang, daß vermehrt Glia-Bindegewebe das alterierte Areal des Hamerschen Herdes umwachsen und elektrisch die „Isolierung“ repariert, d.h. verstärkt hat. Unendlich viele Menschen, die das Glück hatten, daß diese fälschlicherweise als Hirntumoren verkannten harmlosen Überbleibsel eines Krebsgeschehens bei ihnen nie entdeckt wurden, tragen sie jahrzehntelang mit sich herum, ohne oder mit nur geringen cerebralen Störungen.

Dieser Hamersche Herd, also ein mehr oder weniger großer weißer Fleck oder Bereich im CT, der einer in diesem Bereich vermehrten Ansammlung von Gliazellen in einem vormals alterierten Hirnbereich entspricht, stellt dann das Ende der Heilung dar, wenn er kein intra- und perifocales Oedem mehr hat. Er stellt einfach eine besser als die Umgebung mit Blut versorgte Narbe dar, unterscheidet sich aber dadurch von den Narben des übrigen Körpers, da in dieser Narbe ja noch weiterhin das frühere Gitter der Hirnnervenzellen fortbesteht. Das ist auch das Geheimnis, warum das früher erkrankt gewesene Gebiet des Körpers, also der Ort des früheren Organkrebses, nach der Heilung friedlich weiterexistiert und sogar seine frühere Aufgabe wieder erfüllen kann. Das Relais des „Computers“ Gehirn ist quasi mit Glia „geflickt“ und repariert. Mit diesem Verständnis können wir uns auch vorstellen, warum ein Konfliktrezidiv so verheerende Folgen haben muß, wenn auch sicher noch weitere Komponenten dafür mitverantwortlich sind.

Wenn wir vom Hamerschen Herd in der Heilungsphase sprechen, der in der Orthodox-Medizin immer noch „Hirntumor“ genannt wird in Unkenntnis der wahren Zusammenhänge, dann müssen wir uns natürlich immer über folgende beiden Tatsachen klar sein:

- a) Zu jedem Hamerschen Herd in der pcl-Phase hat zuvor in der konfliktaktiven Phase ein HH in scharfrandiger Schießscheiben-Konfiguration an gleicher Stelle gehört, den wir nur deshalb meistens nicht gesehen hatten, weil er in diesem Stadium noch keine auffälligen Symptome gemacht hatte oder weil wir leichtere motorische oder sensorische Lähmungen z.B. übersehen hatten bzw. der Patient nicht darüber geklagt hatte.
- b) Alle Hamerschen Herde, sowohl in der konflikt-aktiven Phase mit typischen scharfrandigen Schießscheiben-Konfigurationen, als auch die in

der Heilungsphase mit ihrem mehr oder weniger großen Oedem und ihrer vermehrten Anfärbbarkeit sind samt allen Symptomen auf psychischer, cerebraler und organischer Ebene jeweils auch sinnvolle Vorgänge im Sinne „Sinnvoller Biologischer Sonderprogramme“ (SBS). Es widerspricht dem auch nicht, daß die Herde in der pcl-Phase „repariert“ werden.

10.11.2 Sogenannter apoplektischer Insult¹⁸¹ oder „Hirnschlag“

Liebe Leser, Ihr werdet gleich feststellen, wie schwierig hier die Nomenklatur, d.h. die korrekte Bezeichnung der Begriffe wird. Denn sogar die Schulmedizin merkt inzwischen, daß sich viele ihrer Diagnosen jetzt mit anderen Diagnosen überlappen oder identisch sind, z.T. auch völlig unsinnig waren. Die nächste Schwierigkeit besteht darin, die früheren sog. Diagnosen in die korrekte Sprache der Neuen Medizin zu übertragen, wo sie ja dann quasi immer nur noch einer Phase eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms der Natur (SBS) sind. Deshalb macht Euch nichts daraus, wenn Ihr nicht sofort den Durchblick bekommt. Ich werde mich bemühen, es so einfach wie möglich darzustellen.

Wir hatten früher in unseren Lehrbüchern den sog. „blassen Hirnschlag“ und den sog. „roten Hirnschlag“ unterschieden.

Der blasse oder weiße (sympathicotone) Hirnschlag war eine motorische oder sensorische Lähmung oder beides miteinander. Wir könnten ihn auch MS genannt haben. Es ist einfach nur die konflikt-aktive Phase (ca-Phase) eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms der Natur. Ein blasser oder weißer Schlaganfall, den wir gar nicht so selten, wenn auch nicht so ausgedehnt, erleben, kann genauso schnell wieder verschwinden wie er gekommen ist, vorausgesetzt, der Konflikt löst sich auch wieder schnell.

Für die motorische Komponente ist der epileptische Anfall in der Heilungsphase natürlich obligatorisch, obwohl er, wenn er nachts auftritt, nicht unbedingt bemerkt wird.

Für die sensorische Komponente ist als epileptoide Krise stets die Absence obligatorisch. Aber die kann man natürlich nachts noch leichter übersehen. Besonders gern haben wir früher von „apoplektischen Insult“ gesprochen, wenn Lähmungen, besonders motorische (nervus facialis) im Gesicht zu

¹⁸¹ apoplektischer Insult = Schlaganfall, Gehirnschlag

bemerken waren. Dabei „fällt“ die eine Gesichtshälfte „herunter“, der Mund „zieht“ nur noch zur anderen, nicht gelähmten Seite.

Die Lähmung auf organischer Ebene ist grundsätzlich auf der gegenüberliegenden Seite des Hamerschen Herdes im Großhirn. Wenn der Patient z.B. eine motorische Lähmung der linken Gesichtshälfte (N. facialis) hat, liegt der HH im motorischen Zentrum (Gyrus praecentralis) der rechten Hirnseite. Der Mund zieht dann auf der nicht gelähmten Seite nach rechts herüber, während der linke Mundwinkel „hängt“, d.h. nicht innerviert werden kann.

Neben der Großhirnsteuerung haben aber z.B. die sog. Zehn den Kopf betreffenden Nerven auch noch alte Kerne (heißt Ursprungsorte) im Mittelhirn. Im Falle des N. facialis wurde davon damals - und heute auch noch

- die sog. glatte Muskulatur innerviert. Das ist die alte, unwillkürlich innervierte Muskulatur, z.B. des Darms, dessen Peristaltik¹⁸² wir nicht willkürlich bewegen können.

Diese Kopfnerven-Kerne im Althirn kreuzen natürlich nicht zur Organseite. Wir müssen uns vorstellen, daß der gesamte Mund, samt Nase, Mittelohr und Ohrtröhre ursprünglich zum Darm gehört hat. Auch eine „alte Sensorik“ hat es schon gegeben, nicht nur die vom Kleinhirn gesteuerte Tiefensorik unserer Korium-Haut¹⁸³ und der Milchleiste, bzw. bei uns der weiblichen Brustdrüsen, die auch im oberen Stammhirn ihren Ursprung hatte und dafür verantwortlich war, daß im Schlund, der ursprünglich gleichzeitig zur Aufnahme der Nahrung und zum Ausstoß des Kotes diente, die verschiedenen Dinge in die richtige Richtung dirigiert wurden bzw. zuerst geprüft wurde, wohin was gehört...

Wenden wir uns jetzt dem sog. „roten apoplektischen Insult“ zu, auch roter oder heißer Hirnschlag genannt, dann ist das stets die Heilungsphase eines Hamerschen Herdes, der stets auf der gegenüberliegenden Seite zu den feststellbaren motorischen oder sensorischen Lähmungen gelegen ist. Hier ist die Sache nun etwas schwieriger insofern, als die Lähmungen, sowohl motorische als auch sensorische, auch durch „überfließendes Ödem“ verursacht werden kann, also nicht unbedingt ein motorischer oder sensorischer (Trennungs-) Konflikt vorauf gegangen sein muß. Wenn man ein Hirn-CT anfertigen lassen kann, kann man sich selbst und die Angehörigen oft sehr beruhigen, selbst wenn der Patient im sog. cerebralen Koma ist, was oftmals gleichbedeutend ist mit der Absence einer epileptoiden Krise. Oftmals ist „nichts machen“ dann besser als zu versuchen, den Patienten unbedingt aus seinem „Koma“ herauzholen zu wollen. Denn die epileptoide Krise der Ab-

¹⁸² Peristaltik = unwillkürliche Darmmotorik zur Fortbewegung der Speise

¹⁸³ Korium = Lederhaut

sence geht auch spontan wieder vorbei. Allerdings sollte man dazu wie gesagt ein Hirn-CT haben. Die Befürchtung, daß es eine Hirnblutung sein könnte, stimmt fast nie. Es ist praktisch immer Oedem des in der Heilungsphase aufquellenden Hamerschen Herdes.

Hat der Patient z.B. einen Linksherz-Infarkt mit einem großen Oedem rechts-cerebral periinsulär, dann kann das große Oedem in die umliegenden motorischen und sensorischen Rindenareale, wir sagen „hochdrücken“, so daß sie überflutet sind und dadurch vorübergehend eine Lähmung auf der gegenüberliegenden Körperhälfte resultiert. Deshalb wird dann ein Herzinfarkt oftmals als apoplektischer Insult fehlgedeutet und umgekehrt, je nachdem, welche Symptomatik im Vordergrund steht. Oft stellt man sich auch vor, der Patient hätte *durch* seinen Herzinfarkt einen roten Hirnschlag erlitten, was unsinnig ist.

Vorsicht: Solange man nicht über die Verlaufszeiten des Konfliktes oder der Konflikte Bescheid weiß, kann man auch schlecht abschätzen, ob das Oedem schon den Höhepunkt erreicht hat oder noch steigen wird. Auch längere Bewußtlosigkeit ist dann kein Grund zur Verzweiflung, wenn man den Verlauf durch Konflikt-Kenntnis abschätzen kann. Aber selbst an Konfliktrezidive muß man denken, die das Oedem „hochschaukeln“ können. Die meisten Patienten sind keineswegs so komatos, daß sie nicht das gesprochene Wort mitbekommen und sogar verstehen könnten. Also Vorsicht!

10.11.3 Der Hamersche Herd in der Heilungsphase

Mit Ausnahme der Paralysen werden die meisten zugehörigen cerebralen Prozesse einer Krebserkrankung erst in der pcl-Phase, der Heilungsphase, bemerkt. Das ist nicht verwunderlich. Denn erst in diesem Stadium entsteht das Heilungsoedem und dadurch ein sog. „raumfordernder Prozeß“. Gerade dieses Raumfordernde wurde ja bisher stets als Tumorkriterium mißdeutet. Tumor in der ursprünglichen Bedeutung von Schwellung ist es ja auch, aber eben nicht in der Bedeutung von Karzinom oder sog. (nicht existierender) „Metastase“. Vor allem ist ja das intra- und perifocale Oedem des Hamerschen Herdes in der Heilungsphase nur passagerer Art. Denn besehen wir den Hamerschen Herd nach Abschluß der Heilungsphase, dann stellen wir fest, daß von Raumverdrängung nichts mehr übriggeblieben ist. Es sind nunmehr bleibend die Zwischenräume zwischen den Hirnzellen mit Glia aufgefüllt und offenbar repariert, was an (elektrischer) Funktion defekt geworden war durch die Sympathicotonie während der Konfliktdauer. Jede Hirnschwellung schwächt auch wieder ab.

Weiterhin ist etwas besonderes auch, daß die althirn-gesteuerten Karzinome bekanntlich in der konflikt-aktiven, sympatheticonen Phase wachsen, und zwar durch echtes Zellwachstum, daß aber die Schwellung des Hamerschen Herdes erst in der pcl-Phase, der Heilungsphase entsteht, und zwar nur passager. Die einzige Verständnisschwierigkeit bereitet dabei die echte Zellvermehrung des Hirnbindegewebes, das sich im Grunde verhält wie ein Sarkom-Wachstum. Auch das Sarkom, eine im Prinzip völlig harmlose bzw. sinnvolle Bindegewebs-Wucherung in der Heilungsphase, hat ja echte Zellvermehrung. Während aber die Bindegewebs-Wucherung den Zweck hat, eine mechanische Wunde, Defekt, Knochenbruch oder dgl. bindegewebig-narbig oder callös zu reparieren, also im allgemeinen einen Substanzdefekt aufzufüllen und dadurch im Ganzen wieder funktionsfähig zu machen (z.B. Knochenbruch), füllen die Gliazellen bei der „Croissance perineuronale“ im Hamerschen Herd des Gehirns nur die Gitterzwischenräume zwischen den Hirnzellen auf, um die Funktion der nach wie vor bestehen bleibenden Hirnzellen funktionell (z.B. hinsichtlich Zwischenisolierung) wieder für ihre Aufgabe herzustellen. Nach jeder Konfliktlösung ist die daran anschließende pcl-Phase oder Heilungsphase stets die „Phase des Mesoderms“. In ihr wird alles nach Möglichkeit repariert, auf Organebene eingeschlossen, vernarbt und dgl., stets unter Oedembildung, wie beim Pleura-Erguß nach Pleura-Ca, Perikard-Erguß nach Perikard-Ca, Aszites¹⁸⁴ nach Peritoneal-Ca, Callus-Rekalzifikation nach Knochen-Osteolysen (siehe Leukämie). Wenn auch prinzipiell jedes Hirnoedem wieder abschwillt, weil es wie auch jedes Körperoedem grundsätzlich nur passagerer Art ist, so kann der Patient doch an dem Hirndruck sterben, bevor es wieder zurückgegangen wäre.

Nach der bisherigen Erfahrung mit den Fällen nach der Neuen Medizin kennen wir überwiegend folgende 6 Komplikationsmöglichkeiten für letalen Ausgang in der Heilungsphase:

1. Zu lange Konfliktdauer oder zu große Konfliktintensität des verantwortlichen Konfliktes.
2. Summation von mehreren gleichzeitigen perifocalen Ödemen mit Hamerschen Herden bei gleichzeitiger Heilung mehrerer Krebserkrankungen.
3. Besonders ungünstige Lokalisation des Hamerschen Herdes und seines perifocalen Ödems in der Heilungsphase, z.B. in der Nähe des Atemzentrums in der Medulla oblongata oder des Herzrhythmus-Zentrums im rechten und linken periinsulären Bereich.

¹⁸⁴ Aszites = Bauchwasser

4. Verlegung der liquorableitenden Wege, insbesondere des Aquädukts. Es kommt dann zum Aufstau des Liquors und zum inneren Hydrocephalus (inneren Wasserkopf), d.h. die Liquor-gefüllten Ventrikel erweitern sich maximal auf Kosten des umgebenden Hirngewebes. Es resultiert ein Hirndruck.
5. Bei mehrfachen Konfliktrezidiven, wenn immer wieder Konfliktaktivität und Heilungsphase mit intra- und perifocalem Oedem abwechseln, kann es besonders bedeutsam, wenn der Hamersche Herd im Hirnstamm gelegen ist, offenbar zu Ermüdungserscheinungen der Hirnzellen-Verbindungen kommen. Dadurch kann dann plötzlich das gesamte Areal zerreißen. Dies kann, wenn es im Hirnstamm passiert, den augenblicklichen Tod bedeuten.
6. In der Praxis spielt ein so simpler wie folgenreicher Mechanismus eine sehr große Rolle: Gemeint ist, daß der Patient durch die Symptome der Heilungsphase wie sog. „Kreislaufschwäche“ durch Vagotonie, Aszites, Periost-Spannung, Restanämie, Leukämie oder Rest-Thrombopenie in der mit Rekalzifikation eng einhergehenden Heilungsphase nach Knochen-Osteolyse oder auch Carcinophobie oder Metastasen-Angst bei akutem Anlaß (DHS) jederzeit in Panik geraten kann und einen Zentralkonflikt mit Todesangst-Konflikt erleiden kann. Es genügt dazu leider Gottes oft genug ein unbedachtes Wort eines anderen Menschen, z.B. eines Arztes, den der Patient für kompetent hält, um ihn in den tiefsten Abgrund der Hoffnungslosigkeit und Panik zu stürzen, aus dem ihn nur schwer ein anderer Mensch, am wenigsten aber er selbst sich wieder herausholen kann. Diese Komplikation ist eine sehr häufige und sehr schwere und stets völlig unnötige Komplikation, durch die der Patient auch in einen „Teufelskreis“ geraten kann (siehe entsprechendes Kapitel).

Das intra- und perifocale Oedem ist das Anzeichen der Heilung im Normalfall. Es gilt auch dann, wenn der Hamersche Herd wegen geringer Konfliktdauer, geringer Konfliktintensität oder aus Gründen der individuellen Reaktionsform nicht deutlich abgegrenzt werden kann, die ganze Sache also nur als lokale Schwellung imponiert wie es z.B. nach Lösung von generalisierten Selbstwerteinbrüchen (bei Kindern die Regel) im Marklager des Großhirns üblich ist.

10.11.4 Zerreißung des Hamerschen Herdes durch intrafocales Oedem

Eine häufige Art des vermeintlichen sog. „Hirntumors“ ist die Zyste, eine Art Hohlkugel, die von Flüssigkeit ausgefüllt ist und im Hirn-CT als heller Ring imponiert. Diese Zyste wird normalerweise mit Glia und normalem Bindegewebe ausgekleidet. Oftmals kommt es sogar zu kleineren Blutungen in diese Zyste aus den kleinen Blutgefäßen des Narbensaumes. Es führt zu mannigfältigen Fehldiagnosen und konnte bisher nie erklärt werden. Wenn die Schulmediziner sie zu fassen kriegen, operieren sie sie als „Hirntumor“ heraus, völlig unsinnigerweise. An der folgenden kleinen Serie will ich Euch demonstrieren, wie diese Zysten entstehen. Bei lang andauernden umschriebenen Konflikten, die einen Patienten quasi nur in einer ganz besonderen Hinsicht betroffen haben, und infolgedessen auch nur an einer ganz bestimmten Stelle des Gehirns eine lang angedauerte Alteration verursacht haben, kann in der pcl-Phase Hirngewebe unter dem Dehnungsdruck des intrafocalen Oedems zerreißen. Es resultiert eine mit Flüssigkeit gefüllte Zyste, die zunächst immer größer wird, später wieder kleiner wird, jedoch meist nicht mehr ganz zurückgeht, weil sie in der Zwischenzeit innen mit Bindegewebe ausgekleidet und dadurch verfestigt ist. Im Schnitt imponiert diese Zyste, wie gesagt, als Ringfigur oder, wenn sie tangential getroffen ist, als mehr oder weniger große, runde, weiße Stelle.



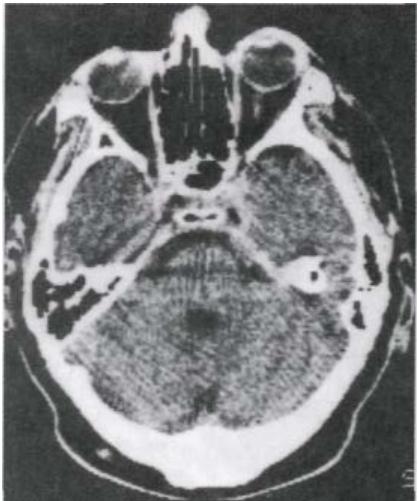
6.6.83

Bei diesem Patienten, von dem auch die nachfolgenden Bilder stammen, ergab sich der „glückliche“ Umstand, daß uns ein Hirn-CT von einer Zeit vorliegt, als sein Krebs noch nicht entdeckt worden war. Diese Aufnahmen wurden in der ca-Phase, auf dem Höhepunkt seines Konfliktes, erstellt. Die Aufnahmen waren damals (1982) technisch noch nicht so gut wie man sie mit heutigen Apparaten herstellen kann. Aber wenn Ihr genau hinseht (Pfeil) könnt Ihr die kleine, scharfrandige Schießscheibe im linken Marklager (für den rechten Oberarmkopf) deutlich erkennen.

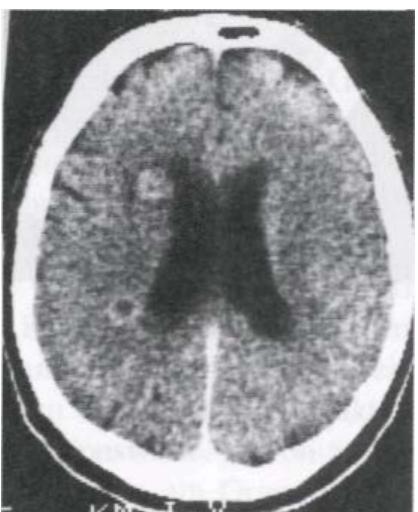


6.6.83

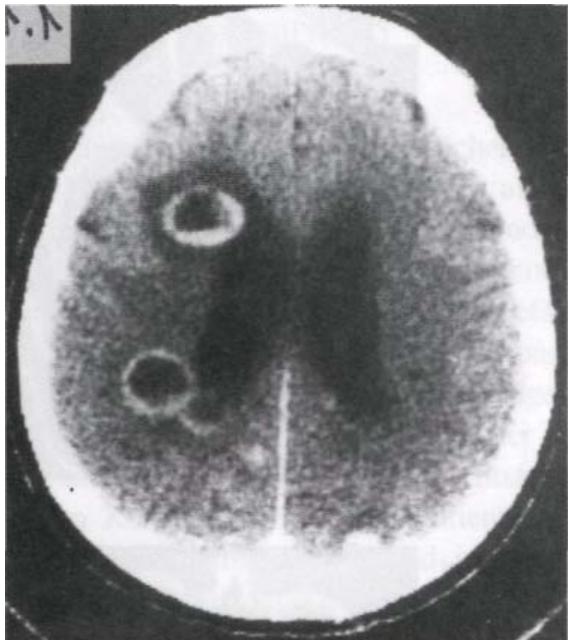
Diese Aufnahmen wurden 4 Monate nach den vorangehenden Bildern gemacht, 5 Wochen nach der Konfliktlösung! Deutlich sind auf dem unteren Großhirnbild die zwei HHe im Marklager links zu sehen, die durch das einschließende Ödem innen zu zerreißen beginnen. Auf dem oberen Bild ebenfalls der HH im Stammhirn, der auf den folgenden Aufnahmen dann immer deutlicher wird. Der Aquädukt ist noch gut offen. Eine Abflussbehinderung für Hirnwasser (Liquor) besteht also nicht.



5.10.83



5.10.83



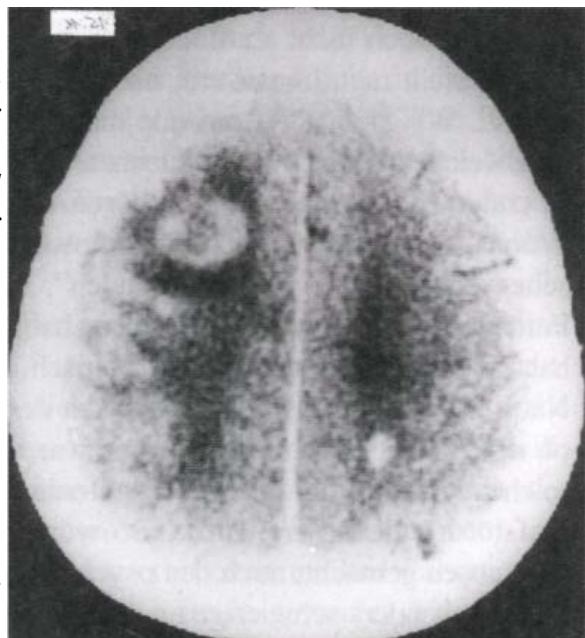
10.10.83



24.11.83

Die HHe links im Bild sind gerissen und werden in der Folgezeit durch das intrafocale Oedem wie „aufgepumpt“. Die drei ursprünglich kleinen HHe sind nunmehr große „Ringe“, d.h. Zysten. Den analogen Vorgang sehen wir auf den Bildern im Stammhirn (Pons) und im Kleinhirn.

Auf der letzten Aufnahme zu diesem Fall sehen wir links cortical im Großhirn, nahe unterhalb der Schädeldecke, eine große, ebenfalls oedematös aufgepumpte und weiß angefärbte große Ringstruktur im motorischen Zentrum für den rechten Arm, der zu diesem Zeitpunkt in der pcl-Phase noch stärker gelähmt war als vorher, was durch den Oedemeinschuß regelmäßig der Fall ist. Deshalb sagen wir allen Patienten mit motorischen Lähmungen, daß die Lähmung effektiv nach der Konfliktlösung (CL) erst noch schlimmer wird, um nach der epileptischen Krise (Krampfanfall), den dieser



15.11.83

Patient kurze Zeit später erlitten hat, dann kontinuierlich wieder besser zu werden. Genau genommen würde sie eigentlich schon vom Beginn der Heilungsphase an wieder besser, was aber durch das Oedem mehr als kompensiert wird, so daß summa summarum klinisch eine Verschlechterung resultiert.

Für den Patienten bestand der Basiskonflikt mit DHS darin, daß sich die Gemeinde in einer dramatischen Gemeinderatssitzung weigerte, dem Patienten, der ein großes Omnibusunternehmen hatte, zu erlauben, auf einem dafür sehr geeigneten eigenen Grundstück, eine Omnibushalle zu errichten. Der Patient empfand diese Entscheidung als kränkenden Selbstwerteinbruch. Er empfand seine Verdienste um die Gemeinde nicht gewürdigt.

Mit den vorausgegangenen Bildern möchte ich Euch, liebe Leser, zeigen, wie viele verschiedene Formationen von Hamerschen Herden im Gehirn vorübergehend oder auch auf längere Zeit bestehen können. Nachdenklich machen soll es Dich, wenn ich Dir nunmehr sage, daß alle diese Hamerschen Herde im Prinzip ein und dasselbe sind, nur in verschiedenen Stadien des Verlaufs, verschiedenen Lokalisationen natürlich, aber auch mit verschiedenen individuellen Reaktionsweisen. So wie wir früher bei Kindern nach der Pockenschutzimpfung bei dem einen Kind eine gewaltige Narbenkeloid-Reaktion sehen konnten und bei dem anderen Kind die Impfstelle kaum noch wiederaufgefunden, so ist auch im Gehirn die Glianarben-Reaktion ganz verschieden, je nach der individuellen Reaktionsweise. Davon zu unterscheiden ist aber die schwere oft intensive Reaktion am Organ und im Gehirn wegen eines besonders intensiven oder lang dauernden Konfliktes.

Ich will auch nicht so tun, als wüßte ich alles. Wie wenig man eigentlich wußte, stellt man immer erst nachträglich fest, wenn man glaubt, etwas zu wissen. Wir sind alle Lernende und haben keine Veranlassung, uns auf irgendwelchen Lorbeeren auszuruhen. Zu dem, war wir lernen müssen, gehört in erster Linie, daß wir hinzuhören lernen auf das, was der Patient sagt. Wohin wir kommen mit den philosophischen, psychologischen, theologischen oder soziologischen „Schulen“, bzw. Dogmenkämmen, über die die Patienten geschoren werden sollen, haben wir alle zur Genüge erlebt. Das hat ja dazu geführt, daß der Mensch nach Schemata untersucht wurde: Nach Blutdruck z. B., ohne daß sich der Mediziner dafür interessiert hätte, ob der Patient in Sympathicotonie war, mit enggestellten Gefäßen und ausreichend Blutdruck, oder in Vagotonie, die als Blutdruckkrise oder Kreislaufstörung deklariert wurde. So wurde das mit allen Befunden und auch Diagnosen gemacht, auch den psychischen.

Das besonders schwierige an den Hamerschen Herden ist eigentlich etwas, das wir ja landauf, landab in der Medizin sehen: Jeder Wert, den wir messen, ist ein Sekunden-, allenfalls Minuten- oder Stundenwert, nur eine Momentaufnahme. Während wir sie analysieren, hat sie sich oft schon längst verändert. Ein Selbstwerteinbruch-Konfliktrezidiv z. B. kann innerhalb einer halben Stunde, wie ich selbst erlebt habe, einen Abfall der Thrombozyten¹⁸⁵ von 85000 auf 8000 bewirken (gemessen mehrmals Uni-Klinik Köln). Solche extremen Änderungen der Laborwerte möchte man selbst als Meßfehler werten. Wenn man aber weiß, daß der 7jährige (Leukämie-Patient) in dieser halben Stunde ein eindeutiges DHS-Rezidiv erlebt hat, weiß man die plötzliche Thrombozyten-Depression einzuordnen.

Ich will damit sagen: Der Mensch lebt, atmet, denkt und fühlt weiter, während wir ihn untersuchen, uns mit ihm unterhalten. Schon viele hundert Male ist es mir passiert, daß der Patient mit eiskalten Händen zu nur in die Sprechstunde oder besser gesagt zum Gespräch gekommen ist - und mit kochendheißen Händen, wie man so sagt, wieder fortgegangen ist. Was war passiert? Der Patient hatte während des Gespräches eine Conflictolyse erlebt. In diesem Falle können wir sogar augenblicklich nachweisen, was dabei im Gehirn passiert. Es schießt Oedem in und um den Hamerschen Herd ein und macht damit diesen Bereich zum sogenannten „raumfordernden Prozeß“. Und selbst von einer halben Stunde auf die andere können wir den deutlichen Beginn dieser Veränderung im Gehirn sehen. Eine Patientin, die vorher in ihrem Leben nie gekrampft hatte, erlitt während der Conflictolyse, also während des Gesprächs in meinem Sprechzimmer in

¹⁸⁵ Thrombozyten = Blutplättchen

Gyhum, einen Krampfanfall, anschließend sogar einen „Status epilepticus“, der durch die unsachgemäße Behandlung in der Bremer Klinik, in die ich die Patientin leider notgedrungen verlegen mußte, schließlich zum Tode führte. Solche Zwischenfälle passieren normalerweise nur, wenn eben das Nicht-Verständnis der Neuen Medizin eine völlig unsinnige Behandlung induziert (in diesem Fall mit Kobaltbestrahlung des Gehirns wegen vermeintlicher „Hirnmetastasen“).

Wenn Ihr, liebe Leser, von dem ganzen Buch nur dieses einzige Kapitel gelesen hätten, müßtet Ihr eigentlich, wenn ihr es aufmerksam gelesen habt, verstanden haben, was ich Euch in diesem Kapitel sagen wollte. Ich habe Euch absichtlich alle Arten von Hamerschen Herden nebeneinandergestellt, konflikt-aktive wie konflikt-gelöste, in der Heilungsphase und nach der Heilungsphase. Ihr habt es so viel leichter als ich: Ihr könnt an einem Tag begreifen, was ich mir in Jahren mühsam erarbeiten mußte, während ich noch jeden möglichen Knüppel zwischen die Beine geworfen bekam. Ich wünsche nur, daß Ihr begreift, daß all die verschiedenen aussehenden Herde nach dem gleichen Strickmuster verlaufen und im Grunde gar nicht so verschieden sind, sondern daß diese verschiedenen weißen und schwarzen Flecken, Raumverdrängungen und Schießscheiben-Konfigurationen nur verschiedene Verlaufsstadien oder Intensitätsgrade der materialisierten und dadurch sichtbar gewordenen biologischen Konflikte unserer Seele sind.

An einigen Beispielen habe ich Euch versucht zu zeigen, wie man im einzelnen Fall das Mosaik zusammenfügen muß. Glaubt mir, es macht solchen Spaß und erst recht, wenn man anderen Menschen damit so unendlich helfen kann. Ich habe deshalb eine relativ große Anzahl von Fällen möglichst von jeder Krebslokalisation einige, zusammengestellt, damit Ihr immer und immer wieder feststellen könnt, daß zwar jeder Fall menschlich und psychisch grundindividuell ist, daß gleichwohl alle nach einem sehr schlüssigen System verlaufen, wie es logischer keines in der ganzen Medizin gibt. Immer müßt ihr dabei Psyche - Gehirn - Organe in einer Synopse zusammen betrachten, jedes für sich, aber nie ohne daß Ihr die jeweils beiden anderen Ebenen gleichzeitig im Auge habt.

Vielleicht versteht Ihr auch schon allmählich, was ich damit meine, wenn ich bei der EISERNEN REGEL DES KREBS von einem überdeterminierten System spreche. Die Hamerschen Herde wären im Prinzip nicht nötig gewesen. Es funktioniert auch ohne die Hamerschen Herde oder nur mit der stillschweigenden Voraussetzung, daß es sie gibt. Denn ob der Patient in der Konfliktlösungs-Phase ist oder nicht, kann ich ja schon feststellen, wenn ich ihm die Hand gebe. Aber wir wären natürlich dumm, würden wir uns eine so gute Möglichkeit der Diagnostik entgehen lassen! Und da in unserer bis-

herigen Medizin die Psyche stets im Verruch der Ungreifbarkeit und damit der Unwissenschaftlichkeit stand, muß man den Zweiflern die Hamerschen Herde buchstäblich unter die Nase halten, damit sie endlich aufwachen und unsere Patienten nicht weiter so elendiglich zugrunde gehen!

10.12 Ein Wort zur Aufnahmetechnik: Hirn-CT oder NMR (MRI, Kernspin-Tomogramm)?

Wir raten allen Patienten, zunächst ein Standard-Hirn-CT oder schlicht ein Standard-CCT (cerebrales Computertomogramm) *ohne Kontrastmittel* anfertigen zu lassen. Standard heißt, daß es sich um die üblichen Schichten handelt, die parallel zur Schädelbasis gelegt werden.

Die Untersuchung „*ohne Kontrastmittel*“ hat folgende Vorteile:

1. Man bekommt nur die Hälfte der (allerdings geringen) Röntgenstrahlendosis ab.
2. Ohne Kontrastmittel gibt es keine Allergien und keine sog. anaphylaktischen¹⁸⁶ Schocks, also keinerlei Zwischenfälle. Wir nennen eine solche Methode „*nicht invasiv*¹⁸⁷“, d.h. nicht belastend.
3. Der Patient geht einigermaßen sicher, daß er nicht plötzlich ein todernstes Radiologengesicht über sich findet, daß ihm sagt, er habe sein ganzes Gehirn voller „Metastasen“ oder „Hirntumoren“. Solche harmlosen Glia-Ansammlungen, die die Neuroradiologen oder Neurochirurgen dogmatischerweise als „*bösartige Tumoren*“ bezeichnen, lassen sich nämlich sehr gut mit Kontrastmittel anfärbten ...

Viele Radiologen tobten, wenn sie nur „*ohne Kontrastmittel*“ untersuchen dürfen, denn ihr operationswilliges Kranken- oder Patientenkontingent nimmt ab und damit auch die Auslastung der neurochirurgischen Kliniken. Überhaupt: Die Überlebenschancen nach einer Hirnoperation sind auf längere Sicht sehr schlecht. Deshalb sollt Ihr, meine lieben Leser, vier Dinge niemals mit Euch machen lassen, die normalerweise kein Doktor selbst an sich machen lassen würde;

1. Hirnoperationen oder Hirndränanlagen (Shunts), sog. stereotaktische¹⁸⁸ Probebohrungen etc.

¹⁸⁶ Anaphylaxie = durch Antikörper vermittelte Überempfindlichkeits-Reaktion vom Soforttyp, die nach einer Sensibilisierungsphase bei erneutem Kontakt mit dem spezifischen Allergen auftritt

¹⁸⁷ invasiv = eindringend

2. Chemogift in jeder Form und Dosierung (einschließlich Mistel-Chemo)
3. Röntgen- und Kobaltbestrahlung in jeder Form, z.B. der Knochen oder des Gehirns.
4. Morphinum und alle künstlichen morphinähnlichen Substanzen (Temgesic, Tramal, MST, Valoron etc.).

Das Nukleo-Magnet-Resonanz-Tomogramm (Kernspin, NMR oder auch MRI genannt), eignet sich für die Diagnostik des Gehirns insofern weniger gut, als es uns bei den konflikt-aktiven Schießscheiben-Konfigurationen weitgehend im Stich läßt. Erst wenn diese Schießscheiben-Konfigurationen über lange Zeit aktiv sind, sehen wir sie auch im NMR aber immer noch weit schlechter als im normalen CT. Bestechend ist natürlich, daß man mit dem NMR in jeder gewünschten Ebene schichten kann, was einem manchmal in der Heilungsphase, d.h. bei einem „raumfordernden Prozeß“ hilfreich sein kann. Insgesamt aber ist auch die Untersuchungsart sehr viel langdauernder (über $\frac{1}{2}$ Std. und länger) und die Patienten bekommen oft durch die Röhre und den mit der Untersuchung einhergehenden Krach Platzangst und Panik. Deshalb eignet sich die Untersuchung für Kinder überhaupt nicht. Das normale CCT dagegen dauert ganze vier Minuten.

Übrigens ist es noch keineswegs klar, ob das NMR wirklich so unschädlich ist, wie man bisher allgemein angenommen hatte. Möglicherweise sind die Magnetresonanz-Schwingungen biologisch gesehen schädlicher als die Röntgenstrahlen beim CCT.

Beim NMR sieht man deshalb die Schießscheiben in der konflikt-aktiven Phase schlechter, weil die Magnetresonanz hauptsächlich auf Wassermoleküle reagiert. Zwar kann man in der pcl-Phase Raumverdrängungen sehr deutlich sehen, aber sie erscheinen dem Betrachter viel dramatischer als sie in Wirklichkeit sind, besonders wenn mit Kontrastmittel untersucht wird. Außerdem stört, daß der Untersucher die Färbungen (schwarz und weiß) jederzeit vertauschen kann, so daß es uns, die wir den Patienten die Bilder verständlich machen möchten, schwerfällt, den Patienten mit den verschiedenen Untersuchungstechniken vertraut zu machen. Der Patient versteht dann schließlich gar nichts mehr. Oft kommt es vor, daß man im NMR einen riesigen Tumor zu sehen meint, der sich im normalen CCT als quasi nicht existent erweist.

Man kann also sagen, daß das NMR oftmals die Wirklichkeit verzerrt und so dem Patienten Panik machen kann und daher nur in besonderen Fällen

¹⁸⁸ stereotaktische Operation = Eingriff am Gehirn, bei dem nach Anlegen eines Bohrlochs best. Hirnstrukturen durch Punktions mit einer Zielsonde erreicht werden

(z.B. bei Hypophysen-Untersuchungen und dergl.) dazu geraten werden kann.

10.13 Hirnoperationen - Hirnbestrahlungen

Hirnoperationen sind deshalb so besonders gefährlich, weil die Betroffenen - das wissen wir noch von den Hirnverletzten des Krieges - mit einem aktiven Konflikt z.B. in der Cortex so reagieren, als hätten sie zwei aktive Konflikte in der Großhirnrinde. Sie sind dann augenblicklich in der schizophrenen Konstellation. Meist kommen die Betroffenen hier nur sehr schwer oder gar nicht wieder heraus. Denn durch die Hirnoperation - schon durch die stereotaktische „Probepunktion“ wird das Gehirn so verletzt, daß es nicht mehr im Grundrhythmus schwingt. Der Unterschied zwischen einem reparierten Hamerschen Herd und einer verheilten OP-Narbe des Gehirns ist der, daß im ersten Falle das Gehirn nach der Reparatur wieder im Grundrhythmus schwingt wie vorher, im Falle einer Hirnoperation aber zeitlebens nicht mehr. Im übrigen ist die Probepunktion ohnehin nichts als horrender Unsinn: Es gibt nichts anderes als Glia nach der Reparatur des Gehirns. Daher braucht man keine Histologie, um diese Selbstverständlichkeit ein zigstes Mal bestätigt zu erhalten.

10.14 Aus einem Interview Dr. Hamers mit Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. P. Pfitzer, Professor für Pathologie¹⁸⁹ und Zytopathologie, Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

Autorisiertes Interview am 13.7.1989 in Düsseldorf:

Dr. Hamer: Herr Professor Pfitzer, Sie haben sich freundlicherweise als Zytopathologe und derzeit amtierender Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf bereitgefunden, über das „Ontogenetische System der Tumoren“ (und Krebs-Äquivalente) zu diskutieren. Ihre Fachrichtung innerhalb der Pathologie ist die Histopathologie und die Zytopathologie (Gewebe- und Zellpathologie). Gleichzeitig sind Sie, glaube ich, Biologe?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Ja, Biologe und Mediziner.

¹⁸⁹ Patho- = Wortteil mit der Bedeutung Schmerz, Krankheit

Dr. Hamer: „Das Ontogenetische System der Tumoren“ sagt u.a. aus, daß in gleichen Organen des menschlichen und tierischen Körpers auch jeweils immer die gleiche histologische Art von Gewebe gefunden wird, ist das richtig so?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Im Prinzip ja, natürlich, bis auf einzelne wenige Ausnahmen, wie Gewebs-Dystopien¹⁹⁰ sog. „versprengte Keime“, Endometriose. Aber sonst stimmt es.

Dr. Hamer: Herr Professor Pfitzer, das „Ontogenetische System der Tumoren“ besagt auch, womit bereits viele Ihrer Kollegen übereinstimmen, daß auch im Tumorfalle an einer Stelle X eines Körper-Organs jedes Menschen stets nur die gleiche und zwar jeweils eine ganz spezielle histologische Tumor-Zellformation angetroffen wird. Also z.B. im Magen-Darmtrakt als typischer blumenkohlartig mit Zellvermehrung wachsender Krebs immer histologisch ein Adeno-Karzinom, auch in den Tonsillen¹⁹¹ und den Lungen-Alveolen, die entwicklungsgeschichtlich beide zum Magen-Darm-Trakt gehören oder im Corpus uteri (Decidua-Schleimhaut) stets ein Adeno-Karzinom. Dagegen in der Mundschleimhaut auch am Muttermund oder in der Vagina, der Bronchial-Schleimhaut oder der Blasen-Schleimhaut stets ein ulcerierendes Plattenepithel-Karzinom. Sehen Sie das auch so?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Normalerweise gibt es solche Häufungen, nicht jedoch im Bronchialsystem.

Dr. Hamer: Wenn das so ist, dann hätten doch eigentlich schon viele mal auf den Gedanken verfallen können, daß die Histologie etwas mit der Organ-Topographie und diese wiederum etwas mit der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der Tiere zu tun haben müßte. Warum ist darauf bisher nie jemand verfallen? Könnte es vielleicht daran gelegen haben, das wir alle zu viel aufs Detail und zu wenig auf die Gesamtorgänge des Organismus gestarrt haben, so daß wir das Wesentliche übersehen hatten?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Nun ja, wir sind heute mehr denn je alle spezialisiert und wer hat schon noch den ganzen Überblick über die theoretischen Fächer in Zusammensicht mit den klinischen Daten und Zusammenhängen am Krankenbett im einzelnen Fall? Der Pathologe sieht den Patienten normalerweise erst, wenn er tot ist. Der Histopathologe sieht Gewebe schon früher. Aber es gibt auch eine große Tradition von übergreifenden systematischen Einteilungen in der Pathologie (WHO und AFIP). Der Überblick und die pathologisch-klinische Zusammenschau sind immer gepflegt worden.

¹⁹⁰ Dystopie = Verlagerung

¹⁹¹ Tonsille = Mandel

Allerdings ist Ihr „Ontogenetisches System der Tumoren“ noch niemandem eingefallen.

Dr. Hamer: Das „Ontogenetische System der Tumoren“ besagt ja, wie Sie wissen, nicht nur, daß an jeweils gleicher Organ-Lokalisation des menschlichen Körpers normalerweise auch die entsprechend gleiche histologische Zellformation zu finden ist und im Tumorfall normalerweise ebenfalls stets die gleiche histologische Zellformation, sondern daß alle gleichen histologischen Zellformationen auch von dem gleichen Hirnteil gesteuert werden (z.B. alles Darm-Zylinderepithel oder im Tumorfall Adeno-Karzinom vom Pons des Hirnstamms), sondern daß alle solchen histologisch gleichen Körperregionen mit beieinander gelegenen Hirn-Relais auch sehr eng verwandte biologische Konfliktinhalte haben.

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Das mag so stimmen, sehr logisch hört sich das Ganze nicht an. Für mich als Pathologen wäre der Beweis wünschenswert, daß ein Neuropathologe jeweils die Stelle mikroskopisch untersucht, die im Gehirn und im Hirn-CT für die besondere Art des jeweiligen Krebses typisch sein soll.

Dr. Hamer: Da gibt es aber eine Schwierigkeit, Herr Professor: In der konflikt-aktiven Phase kann man die Stelle X in der Landkarte des Gehirns, die für einen speziellen Krebs verantwortlich ist, zwar sehr gut erkennen an ihrer typischen Schießscheiben-Konfiguration. Schneidet man aber dieses Hirnareal heraus, dann sieht der Neurohistopathologe nichts mehr. Dagegen kann er natürlich eine Veränderung in der vagotonen Heilungsphase an der Stelle schon sehr deutlich erkennen, wenn die Stelle X, die meine Gegner einen „Hamerischen Herd“ nennen, intra- und perifocales Ödem oder sogar schon Glia-Einlagerung hat. Dann sprechen die Neuroradiologen oder Neurochirurgen gleich von einem „Hirntumor“ (wenn sie nur diesen gefunden haben) oder von einer „Hirnmetastase“, wenn sie vorher noch irgendwo einen anderen Krebs im Körper gefunden hatten.

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Nun gut, man kann sich ja zur Untersuchung auf neurohistopathologischem Gebiet auf solche Fälle beschränken, die nach Ihrer Definition schon in der vagotonen Heilungsphase sind.

Dr. Hamer: Das sind ja alle sog. „Hirntumoren“ oder sog. „Hirnmetastasen“, oder sie sind es mindestens schon mal gewesen, sonst hätten sie kein Ödem und keine Glia.

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Herr Hamer, Ihre Anschauungen sind sehr kühn. Jetzt versteh ich, was Sie meinen. Aber könnte nicht auch der Zellkern für die Fehlsteuerung der Zelle verantwortlich sein, muß es unbedingt das Gehirn sein?

Dr. Hamer: Es gibt einen Witz: Frau Müller weiß über den Gartenzaun zu berichten, daß der Strom fürs ganze Dorf vom Elektrizitätswerk komme. „Das mag sein“, sagt Frau Mayer, „aber unser Strom kommt bestimmt aus der Steckdose.“ Daß jede Zelle von ihrem „Minigehirn“, sprich Zellkern, gesteuert wird, steht für mich außer Frage, nur: Wer könnte die Zellkerne koordiniert steuern, wenn nicht einzig unser „Riesen-Computer“ *Gehirn*?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Ja, Herr Hamer, Sie werfen wirklich die ganze Medizin über den Haufen mit Ihrem „Ontogenetischen System der Tumoren“.

Dr. Hamer: Dazu, meine ich, ist es auch höchste Zeit! Denn wenn das „Ontogenetische System der Tumoren“ auf histologisch-zytologischer Ebene als zutreffend angenommen werden kann, für die cerebrale und psychische Ebene aber sehr leicht zu beweisen ist durch Überprüfung der Reproduzierbarkeit, meinen Sie nicht, Spektabilität, daß wir dann so rasch wie möglich daraus die fälligen Konsequenzen ziehen müßten?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Ja, vorausgesetzt das „Ontogenetische System der Tumoren“ ist auf allen Teilbereichen verifizierbar, dann sind die Konsequenzen wirklich gewaltig!

Dr. Hamer: Die erste Konsequenz, Spektabilität, wäre für unsere Patienten doch wohl die, daß wir ihnen baldmöglichst eine höchst erfreuliche Botschaft verkünden können: Wir hatten uns geirrt! Der Krebs war gar keine wild und planlos wucherndes Heer von feindlichen Zellen, sondern die vermeintlich so ungeordnet invasiv wuchernden bösen Krebszellen oder Krebsnekrosen waren stets ohne Ausnahme in einer strengen Gesetzmäßigkeit auf ihren ontogenetisch vorgezeichneten Bahnen gelaufen!

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Ja, das wäre dann richtig.

Dr. Hamer: Die zweite Konsequenz wäre die, daß wir die alte Vorstellung von sog. „Metastasen“, wie sie bisher von der Schulmedizin „geglaubt“ und gelehrt wurde, schnellstens auf den Schrottplatz der Medizin transportieren müßten. Eine geradezu schauerliche Glaubensakrobatik hatte man von uns verlangt, daß wir uns vorstellen sollten, da würden sich in wild und blitzartig alternierenden Metamorphosen, mitosierende Dickdarm-Karzinome des Entoderms in nekrotisierende Knochen-Osteolysen des mittleren Keimblatts verwandeln können, um schließlich auch noch - „metastatisch-metamorphorisierend“ - sog. „Hirnmetastasen“ des Ektoderms erzeugen zu können. Alle haben immer eifrig behauptet, diesen Unsinn zu verstehen, den ein einigermaßen kritischer Mediziner nicht einmal glauben kann.

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Herr Hamer, ich kann Ihnen hier nicht zustimmen. Wir haben es bisher immer anders gesehen. Ich sehe schon auch, daß wir für die alte Schulmedizin viele Zusatzhypthesen brauchen. Was das Ausschwemmen von Krebszellen in die Peripherie angeht, so ist hier sicher

richtig, daß es bisher vorwiegend indirekte Beweise dafür gibt, daß Krebszellen durch das arterielle Blut an den Ort ihrer Metastasierung gelangen würden.

Dr. Hamer: Die dritte Konsequenz wäre doch wohl die, daß man nun nach dem ontogenetischen System der Tumoren jetzt erst einmal auflisten muß, welche keimblatt-abstammende Zellformation denn in welcher Phase überhaupt Zellteilungen oder Zellnekrosen macht. Denn es ist doch wohl der helle Irrsinn, sich vorstellen zu sollen, daß ein Dickdarm-Adeno-Ca (das in der konflikt-aktiven Phase mit Mitosen „wächst“), als sog. „Metastase“ ein Knochen-Sarkom auslösen könnte, das ausschließlich in der Heilungsphase „wächst“. Kurz, wir hatten unwissend wie die Kinder die sympatheticotonen und die vagotonen Phasen kunterbunt durcheinandergewürfelt und alles schlichtweg als Metastasen bezeichnet. Herr Professor, sind diese Konsequenzen schlüssig?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Das sind Fragen, die die Kliniker beantworten müssen.

Dr. Hamer: Eine weitere schlüssige Konsequenz müßte die Abschaffung der bisherigen Vorstellungen von sog. Hirntumoren und Hirnmetastasen sein, die es gar nicht geben kann.

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Wie meinen Sie das?

Dr. Hamer: Na ja, zunächst einmal: Ist es richtig, daß sich Hirnzellen nach der Geburt nicht mehr teilen bzw. vermehren können?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Ja.

Dr. Hamer: Das einzige, was sich in unserem Gehirn vermehren kann, ist Bindegewebe, sog. „Glia“, und diese gänzlich harmlosen Bindegewebszellen vermehren sich auch ausschließlich in der Heilungsphase, erst in oder nach dieser Phase lassen sie sich mit Kontrastmittel anfärbten, das weiß jeder, der auf dem Gebiet arbeitet.

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Ob die so harmlos sind, wird ja bezweifelt.

Dr. Hamer: Nehmen wir an, Herr Professor, Sie haben bei 100 Fällen mit sog. „Hirntumor“ ein Gliom diagnostiziert, was könnten Sie auch anderes dort diagnostiziert haben, wenn es außer sich nicht vermehrenden Hirnzellen und sich vermehrt habenden oder sich noch vermehrenden - harmlosen!- Gliazellen dort gar nichts anderes gibt?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Bei einem primären Hirntumor natürlich!

Dr. Hamer: Nun stellt aber ein fleißiger Doktorand nachträglich fest, daß in allen 100 Fällen die Autopsiebefunde¹⁹² ergeben haben, daß man irgendwo im Körper ein kleines oder größeres Krebschen entdeckt hat, das kli-

¹⁹² Autopsie = Obduktion, Leichenöffnung zur Feststellung der Todesursache

nisch nicht gefunden worden war, weil es dem Patienten keine Beschwerden oder Symptome gemacht hatte. Würden Sie nun nachträglich nochmals hingehen und versuchen, den sog. Hirntumor in eine sog. Hirnmetastase „umzuempfinden“, das würde heißen, Sie wollten versuchen, die Hamerschen Herde z.B. als Darmzotten-Adeno-Karzinom zu verstehen oder in die Hamerschen Herde gar Knochen-Osteolysen oder Sarkome hineinzuempfinden?

Prof. Dr. Dr. Pfitzer: Ja, da bringen Sie mich ein bißchen in Verlegenheit, weil ich ja auch bisher noch nie durch Ihre Brille zu sehen versucht habe. Ich gebe schon zu, daß polymorphe Gliome oftmals zu verschiedenem zu passen scheinen.¹⁹³

Düsseldorf, den 13.7.1989

IN DIESER FASSUNG ZUGELASSEN

f. Dr. Dr. P. Pfitzer
Stellung Cytopathologie
Zentrum für Pathologie
und Biophysik
Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
4000 Düsseldorf

Pfitz

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. P. Pfitzer
Dekan der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Dr. med. Ryke Geerd Hamer

¹⁹³ Das vollständige Interview kann über den Amici di Dirk Verlag angefordert werden. Hier wurden nur relevante Passagen unverändert wiedergegeben, insbesondere für dieses Kapitel, was das Thema sog. Hirntumoren und sog. Hirnmetastasen anbelangt!

11 Die Bedeutung der Linkshändigkeit und der Rechtshändigkeit

Bekanntlich machen die meisten Menschen schwierige Handgriffe vorzugsweise mit der rechten Hand. Diese Menschen, die Mehrheit (ca. 60%), sind Rechtshänder. Entsprechend heißt die Minderheit, die geschickter mit der linken Hand arbeitet, Linkshänder. Aber die Sache ist nicht immer ganz so eindeutig rechts oder links, wenn auch meist eine Seite bevorzugt wird. Mein Sohn z. B. wirft mit rechts, schreibt mit links, nimmt den Hammer mit links, schießt den Fußball mit dem rechten Fuß und Tennisspielen kann er mit beiden Händen nahezu gleich gut. Trotzdem ist er ein Linkshänder. Denn es gibt zwei gute Tests, um festzustellen, welche Hand bevorzugt wird:

7. *Test:* Man lässt den Patienten wie im Theater klatschen. Die Hand, die hierbei oben liegt, ist die dominante.
2. *Test:* Man lässt den Patienten in Gedanken ein Kind nehmen. Die rechts-händige Mutter drückt das Kind stets mit der linken Hand an ihre linke Wange und hält mit der Rechten das Gesäß des Kindes. Entsprechend umgekehrt verhält es sich bei einer Linkshänderin.

Außer der Linkshändigkeit scheint es auch eine „Linksäugigkeit“ zu geben und eine „Linksohrigkeit“. Davon wird später noch die Rede sein.

Die Linkshändigkeit hat eine ganz entscheidende praktische Bedeutung. Sie hat mich unendliches Kopfzerbrechen gekostet, solange ich den Unterschied von Rechts- und Linkshändigkeit im Gehirn noch nicht wußte. Nunmehr weiß ich ihn. Es verhält sich folgendermaßen:

Merke:

Die Linkshändigkeit verlegt den Konflikt auf die gegenüberliegende Seite des Gehirns im Vergleich zur üblichen Rechtshändigkeit. Von da ab verläuft dann alles genau so, wie beim Rechtshänder der umgekehrte Konflikt verlaufen würde.

Das bedeutet praktisch:

Eine linkshändige Frau kann von einem sexuellen Konflikt keinen Gebärmutterhals-Krebs erleiden, sondern nur von einem Revier-Konflikt (nach den Wechseljahren). Umgekehrt kann z.B. ein linkshändiger Mann von einem Revier-Konflikt keinen Herzinfarkt des linken Herzens erleiden, sondern (in der pcl-Phase) einen Rechtsherz-Infarkt mit Lungenembolie. Diese

Linkshändigkeit ist deshalb von so großer praktischer Bedeutung, weil sie auf den ersten Blick nahezu alles „über den Haufen wirft“, auf den zweiten Blick aber höchst logisch und folgerichtig ist. Der Linkshänder ist quasi nur von der Psyche bis zum Gehirn anders „gepolt“. Hat z.B. bei einer linkshändigen Frau ein sexueller Konflikt aber erst einmal im rechten Periinsulär-Bereich „eingeschlagen“, dann kann selbst eine junge Frau bei entsprechender Dauer des Konflikts einen Herzinfarkt des linken Herzens erleiden. Denn in jedem Fall versorgt der rechte periinsuläre Bereich das linke Herz. Oder sie kann bei einem Schreckangst-Konflikt ein Bronchial-Ca erleiden.

Die Linkshändigkeit zeigt uns in ganz besonderer Weise, daß die biologischen Konflikte nichts mit herkömmlicher Psychologie zu tun haben, sondern wirklich biologisch determiniert sind. Denn daß eine linkshändige junge Frau, wie im Psychose-Kapitel nachzulesen, von einem sexuellen Konflikt die organischen Symptome eines männlichen Revier-Konfliktes und dadurch bedingt im psychischen Bereich eine Depression erleidet, würde ja „rein psychologisch“ gar keinen Sinn machen.

Biologisch muß es aber irgendeinen Sinn haben, daß ca. 40% der Menschen Linkshänder sind und auch bei ihren Konflikten „gegenpolig“ reagieren. Ich habe lange darüber nachgedacht, welches dieser Sinn wohl sein könnte. Ich bin zu dem Schluß gekommen, daß die Linkshänder die „Ersatzleute im Katastrophenfall“ darstellen.

Selbstverständlich kann diese Vermutung zunächst nicht mehr als eine Spekulation sein. Aber in der Natur geschieht nichts Sinnloses. Stellen wir uns vor, es würde für eine Affenherde in einem ökologisch abgeschiedenen Raum z.B. einem unzugänglichen Talkessel, eine Art „Konflikt-Katastrophe“ dadurch resultieren, daß alle männlichen Affen auf einen Schlag vernichtet werden. Die Äffinnen würden daraufhin bei der nächsten Hitze einen Konflikt des Nicht-begattet-Werdens erleiden und, da keine Lösung in Sicht wäre, auch daran sterben. Einzig die Linkshänderinnen unter den Äffinnen würden überleben, denn sie würden zwar auch einen sexuellen Konflikt erleiden wegen ihrer Linkshändigkeit aber würden sie die Symptome eines Revier-Konfliktes haben, der auf psychischer Ebene in einer Depression bestehen würde, im Gehirn rechts periinsulär lokalisiert wäre und auf organischer Ebene ein Koronar-Ulcus-Ca bewirken würde. Aber durch das weiblich-hormonale Übergewicht verlaufen solche „seitenverkehrten Konflikte“ meist mehr oder weniger abortiv¹⁹⁴, d.h. sie kommen nicht so recht zur vollen Wirkung.

¹⁹⁴ abortiv = unfertig, abgekürzt verlaufend

Demgemäß könnte z.B. auch die Depression eine Art „Sparflamme-Überlebens-Phase“ darstellen, in der insbesondere das weibliche oder sogar das linkshändige Tier auf bessere Zeiten wartet und in eine Art psychischen Winterschlaf geht.

Entdeckungen zu machen heißt nur, auf den Pulsschlag der Natur lauschen. Wir kleinen Zauberlehrlinge haben kein Recht, alle Dinge in der Natur, die mehr als hundert Millionen Jahre wunderbar funktioniert haben, als „krankhaft“ zu bezeichnen, nur weil wir sie nicht verstehen. Wer weiß, wie oft schon vielleicht in der langen Menschheitsgeschichte solche „Ersatzfrauen“ eine ganze Sippe oder ein Volk am Überleben gehalten haben. Ähnlich könnte es bei den linkshändigen Männern sein, die eben beim Revier-Konflikt in der pcl-Phase keinen Linksherz-Infarkt erleiden. Wir wissen bisher noch viel zu wenig davon!

Es gibt auch bei Tieren die Links- und Rechtshändigkeit bzw. -Pfötigkeit. Manche Hunde geben stets die linke Pfote, die Mehrzahl aber stets die rechte Pfote. Manche Katzen fangen die Maus stets mit der rechten Pfote, manche mit der linken.

Außer der Linkshändigkeit gibt es auch die Linksfüßigkeit. Meistens sind wohl beide gekoppelt, also der Linkshändige ist auch linksfüßig.

Außerdem gibt es Rechtsohrigkeit, Rechtsäugigkeit, so meint man bisher. Hinsichtlich der Gehör-Zugehörigkeit kann ich noch keine sichere Aussage machen, weil ich noch nicht genug Erfahrungen auf diesem Gebiet habe. Aber hinsichtlich der Augen (siehe auch Tabelle am Ende des Buches) weiß ich einiges: Bekanntlich kreuzen die Sehnervenfasern teilweise. Dabei empfängt die linke Sehrinde alle Strahlen, die von rechts kommen (und auf die linke Retina-Hälften beider Augen fallen), die rechte Sehrinde empfängt alle Strahlen, die von links kommen (und auf die rechten Retina-Hälften beider Augen auftreffen). Die Fasern aber von der Fovea centralis zählen zur lateralen Hälfte und leiten deshalb die Bilder überwiegend zur gleichseitigen Sehrinde.

11.1 Die Links- und Rechtshändigkeit - der Klatschtest



linke Hand oben =
Linkshänder



rechte Hand oben =
Rechtshänder

Der Klatschtest ist die einfachste Möglichkeit zur Prüfung von Rechts- und Linkshändigkeit. Er gehört vor die Auswertung eines jeden Hirn-CTs. Die oben liegende Hand ist die führende und entscheidet die „Mündigkeit“.

Im einzelnen bedeutet das folgendes:

a. Stammhirn:

Die tiefen Teile des Pons sind unpaarig von der Funktion, nicht von der Anatomie her. D.h. die Abfolge der Konflikte des Magen-Darm-Traktes (Mund, Speiseröhre, Alveolen¹⁹⁵, Magen, Leber, Pankreas, Dünndarm, Dickdarm, Mastdarm, Harnblase [Trigonum-Anteil und Eileiter) erfolgt von medial¹⁹⁶-dorsal nach rechts-lateral, nach medial-ventral¹⁹⁷, nach links-lateral und nach medial-dorsal (siehe Stammhirn-Schema, Kap. 16) entgegengesetzt dem Uhrzeigersinn.

Aber schon die Übergangszonen (Kleinhirn-Brückenwinkel) zeigen Paarigkeit (z.B. Akustikuskern). Die Akustikuskerne versorgen das Mittelohr, im biologischen Konfliktfall „Ich habe den 'Hörbrocken' d.h. die Information nicht mitbekommen“, sind aber zum Organ nicht gekreuzt.

Auch die im Mittelhirn gelegenen Relais, bis zum ins Marklager des Großhirns angrenzenden Nierenparenchym-Relais, sind zwar paarig, aber nicht gekreuzt vom Gehirn zum Organ.

b. Vom Kleinhirn an

bekommt die Rechts- und Linkshändigkeit Bedeutung. Daher gilt für alle Relais des Kleinhirns und des gesamten Großhirns, daß die Korrelation vom Gehirn zum Organ gekreuzt ist. Trotzdem unterscheiden sich Klein-

¹⁹⁵ Alveole = Lungenbläschen

¹⁹⁶ medial = nach der Mittelebene des Körpers zu gelegen, mittelwärts

¹⁹⁷ ventral = bauchwärts, zum Bauch gehörend

hirn und Großhirn nochmals voneinander, obwohl für beide in gleicher Weise die Händigkeit gilt.

Im Kleinhirn schlagen die Konflikte streng nach Zugehörigkeit des Konfliktinhalts in Bezug zum Organ ein. D.h. *Die Kleinhirnseiten sind jeweils konflikt-thematisch gebunden*. Ein Mutter/Kind-Sorge-Konflikt schlägt bei einer Rechtshänderin immer rechts lateral im Kleinhirn ein, was die Brustdrüsen der linken Brust betrifft. Erleidet die Patientin einen weiteren Mutter/Kind-Sorge-Konflikt wegen eines anderen Kindes oder einen Tochter/Mutter-Sorge-Konflikt für ihre Mutter, dann schlagen auch diese beiden Konflikte noch in das gleiche Kleinhirn-Relais als Hamersche Herde ein. Auch wenn sie zwei weitere Attacke-Konflikte gegen die linke Bauch- oder Brustseite (Peritoneal¹⁹⁸- und Pleura¹⁹⁹-Mesotheliom) erleidet, schlägt alles auf die rechte Kleinhirnseite, die dann fünf aktive Hamersche Herde in Schießscheiben-Konfiguration aufweisen würde, links dagegen keinen einzigen.

Wenn zwei Konflikte auf zwei verschiedenen Kleinhirn-Hemisphären eingeschlagen sind, dann sprechen wir von „kleinhirn-schizophrener Konstellation“. Damit verbunden ist eine schwere Störung der Emotionalität in paranoid-wahnhafter Weise, ohne daß das formal-logische Denkvermögen beeinträchtigt wäre. Z.B.: „Ich bin wie ausgebrannt, ich fühle mich völlig leer, habe keine Gefühle mehr.“

c. *Marklager des Großhirns:*

So etwas wäre im Marklager-Bereich auch noch möglich. Konfliktinhalt und Organbezug sind hier immer „eineindeutig“, d.h. konflikt-thematisch gebunden.

d. *Bei den corticalen Großhirn-Relais*

ist dies nur bei einer Ausnahme möglich: Dem duktalen' Milchgang-Ulcus-Ca, das hinsichtlich der Seitigkeit und Händigkeit fest an das Kleinhirn-Relais für die Brustdrüsen angekoppelt ist.

Hier kommt nämlich ein ganz neues Moment ins Spiel: Bei den corticalen großhirn-gesteuerten Konflikten ist der Bezug vom Hirn-Relais zum Organ nicht mehr eindeutig wie im Kleinhirn; da die Organe nur teilweise paarig angeordnet sind, entscheidet die Links- und Rechtshändigkeit und die augenblickliche Konfliktsituation, welches Relais im Gehirn jetzt zum HH werden kann und welches Organ dann betroffen ist. Der Bezug vom Gehirn zum Organ, der ist allerdings immer eindeutig. Also:

¹⁹⁸ Peritoneum = Bauchfell

¹⁹⁹ Pleura = Rippenfell

²⁰⁰ Ductus = Gang

Erleidet eine linkshändige Frau einen Identitäts-Konflikt, so schlägt der HH auf der rechten Großhirn-Hemisphäre (temporal) ein und wird auf organischer Ebene zum Magen- oder Gallengangs-Ulcus. Erleidet sie aber danach noch einen weiteren Identitäts-Konflikt in einer neuen Sache, dann kann sie auf der rechten Großhirn-Hemisphäre cortical nicht mehr reagieren, sondern sie erleidet diesen zweiten Identitäts-Konflikt links-temporal und auf organischer Ebene findet man Rektum-Ulcera, die in der pcl-Phase zu Hämorrhoiden werden, wenn die Ulcera in Afternähe gelegen waren. Solange beide Konflikte (rechts- und links-cortical) aktiv sind, ist die Patientin in schizophrener Konstellation. Die Fragen, wie ein Konflikt empfunden wird, (männlich oder weiblich) und wo er dann im Gehirn einschlägt, hängen nicht nur von der aktuellen Hormonlage ab (Postmenopause, Schwangerschaft, Anti-Baby-Pille, Ovarial-Nekrose etc.), sondern auch von der Händigkeit des Patienten. Genauso ändern sich die Konflikte, bzw. können ihres Konfliktinhalts beraubt werden, wenn sich die Voraussetzungen (aktuelle Konflikt-Konstellation, Hormonlage etc.) geändert haben. Sie können dann „springen“, d.h. aus einem Rektum-Ulcus kann ein Magen-Ulcus werden und umgekehrt.

Der Bezug zwischen Hirn und Organ ist jedoch in jedem Fall eindeutig, d.h. wenn ein Konflikt einmal eingeschlagen hat, dann ist das ganz bestimmte zugehörige Organ betroffen - solange der Konflikt aktiv bleibt und nicht „übergesprungen“ ist auf die andere Hemisphäre bei Änderung der hormonalen und konfliktiven Vorkonstellation.

Wichtig bleibt noch festzuhalten, daß natürlich die Innervation der rechten Extremitäten, bzw. der ganzen rechten Körperseite, ohne Ausnahme von der linken Kleinhirn- und Großhirnseite erfolgt. Daran ändert sich von der Zeugung bis zum Tod niemals etwas.

11.2 Die Linksäugigkeit und Rechtsäugigkeit

Nur am Rande soll hier auf ein Phänomen aufmerksam gemacht werden, das beim Angst-im-Nacken-Konflikt noch näher beschrieben wird:

Mir ist aufgefallen, daß die Augen nicht „das gleiche tun“. Beispiel: Eine junge Gräfin in Frankreich war als 20jährige Schwester im Krankenhaus mit den Ärzten aneinandergeraten, weil sie ihnen Unmenschlichkeit vorgeworfen hatte. Mit im Bunde der Ärzte war die Oberschwester. Nun wurde die Schwester pausenlos schikaniert. Sie hatte bei der Auseinandersetzung, bei der ihr Konsequenzen angedroht wurden, ein DHS mit Angst-im-Nacken-Konflikt erlitten, und in den nachfolgenden Monaten, in denen sie

täglich auf neue Schikanen gefaßt sein mußte, konnte sie mit dem rechten Auge immer weniger sehen, schließlich fast nichts mehr. Die Schwester sagte nichts, weil sie zu stolz war, sich zu beklagen, sondern litt stumm, nahm an Gewicht ab, war schließlich nur noch Haut und Knochen. Endlich schaltete sich ihre Familie ein, der das hinterbracht worden war, was da im Krankenhaus vor sich ging. Die Oberschwester wurde versetzt, der Albtraum hatte nach einem halben Jahr sein Ende gefunden. Das Besondere an diesem Fall war, daß diese Krankenschwester (Linkshänderin) sich an die Gesichter der Menschen nicht erinnern konnte. Sie sah jemanden Fremden ins Stationszimmer kommen, und wenn derjenige fünf Minuten später nochmals kam, fragte sie ihn, wer er sei.

Es scheint also so zu sein, daß eine Rechtshänderin, die ja ihr Kind auf der linken Seite trägt, mit dem rechten Auge, dessen Fovea centralis nach links schaut, sich das Gesicht ihres Kindes merkt. Darüber hinaus scheint dann die rechte Fovea centralis mit der rechten Sehrinde für die Gesichtsvergleiche und das Merken eines Gesichtes generell zuständig zu sein. Ich bin mir sicher, daß nun bei den Linkshänderinnen z.B. alles umgekehrt ist. Es ist wohl sinnvoll, daß eine Mutter, die das Kind rechts trägt, wie die Linkshänderin es tut, sich das Gesicht ihres Kindes mit dem linken Auge einprägt. Auch kann man sich gut vorstellen und hat es ja wohl z.T. schon beweisen können, daß die verschiedenen Aufgaben auf die beiden Sehrindenteile der beiden Hemisphären durchaus verschieden aufgeteilt sind.

Bei allen diesen biologischen Vorgängen oder Gesetzmäßigkeiten müssen wir immer Mensch und Tier in Einklang zu bringen versuchen. Nur dann ist es wirklich eine biologische Gesetzmäßigkeit. Ein Baby wächst rasch, die meisten Tierbabys noch rascher. Die Mutter aber muß sich jeden Tag das aktuelle Bild ihres Kindes erneut einprägen. Würden die Menschen noch in großen Familien zusammenleben, dann würden auch bei den Menschenmüttern diese archaischen Fähigkeiten, die wir bei den Tieren Instinkte nennen, wieder wichtig sein. Eine Tiermutter, z.B. in der Herde, braucht diese Fähigkeiten, damit das Tierjunge überleben kann. Die Exemplare, die diese Fähigkeit nicht besitzen, sterben in wenigen Generationen aus. Was für die eine Tierart das Auge, das ist für die andere das Gehör. Die Mütter mancher Tierarten hören aus winzigen Besonderheiten des Schreiens, Blökins oder Piepins genau heraus, daß es ihr Kind ist. Zeigt mir eine einzige Hündin, die unter 50 neugeborenen Welpen ihr Hundebaby nicht herausfinden könnte!

Man könnte sogar eine etwas gewagte Theorie aufstellen, die gleichwohl sehr viel für sich hat:

1. Der Rechtshänder ist nur deshalb rechtshändig, weil das nach rechts sehende linke Auge (gemeint ist die Fovea centralis!) die Orientierung der rechten Hand gewährleistet und so die rechte Hand dirigieren kann. Vergegenwärtigt euch doch einmal, wie ihr einen Nagel in die Wand schlägt: Das rechte Auge kann gar nichts sehen, denn die Sicht wird weitgehend durch den Hammer verdeckt. Das linke Auge (Fovea centralis) orientiert und dirigiert den Bewegungsablauf. Der rechtshändige Schütze zielt mit der linken Fovea centralis. Der Tennisspieler schlägt nicht deshalb mit der Vorhand besser, weil der Bewegungsablauf einfacher ist, sondern weil da das linke Auge dirigieren kann, während er die Rückhand praktisch blind schlagen muß!
2. Beim Linksäuger und Linkshänder sind alle diese Vorgänge umgekehrt. Da steuert das rechte Auge die Bewegung, das linke Auge ist für das Merken des Gesichtes des eigenen Kindes, der Mutter und darüber hinaus aus der Gesichter aller Artgenossen zuständig.

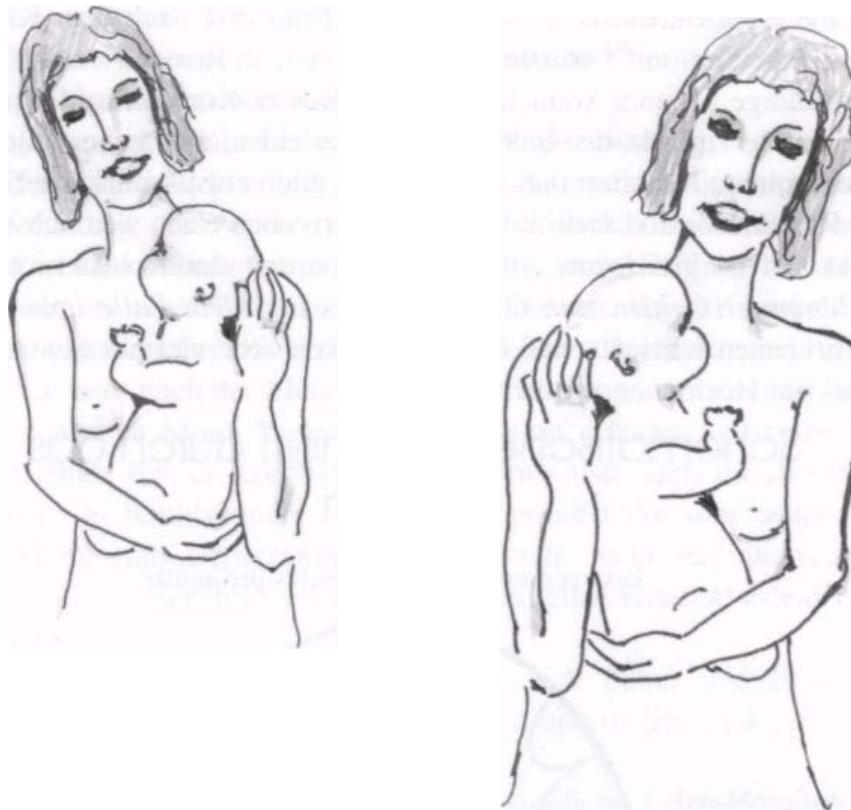
Die rechtshändige Mutter „erfaßt“ ihr Kind überwiegend mit dem rechten Auge, das nach links schaut (Fovea centralis), der rechtshändige Mann aber mißt sein Revier mit dem linken Auge, das nach rechts schaut. Das Gesicht seiner Geliebten erfaßt der Rechtshänder mit dem rechten Auge, „Ihr Lächeln ist der Himmel, unvergeßlich!\", aber seinen Gegner mißt er mit dem linken Auge. Er hat nämlich gar nicht das Bedürfnis, sich dessen Gesicht einzuprägen, sondern nur den günstigsten Augenblick abzupassen, wann er ihn vernichten kann.

Von rechts kann auch dem Kämpfer nichts passieren, die Seite hat er „im Auge“, Gefahr kann nur von links kommen, deshalb versucht er seine „blaue Seite“ mit dem Schild zu decken.

Noch eine Besonderheit: Eine Linkshänderin, die an einem weiblich-sexuellen Konflikt erkrankt (siehe Depression 1. Fall), aber als Linkshänderin ihren Hamerschen Herd im *rechten* periinsulären Bereich zeigt, verliert niemals ihre Eierstocks-Funktion. Sie hat also nach wie vor ihren Eisprung und ihre sog. Periodenblutung, während eine Rechtshänderin keinen Eisprung mehr hat. Deshalb hat früher bei vielen, oft jungen Mädchen oder Frauen der Konflikt nach dem DHS angedauert, weil die Mädchen durch die Amenorrhoe²⁰¹ ganz ernsthaft glaubten, schwanger zu sein.

Ich will keine Prophetien aufstellen, aber die Linkshändigkeit ist sehr viel bedeutender für die zukünftige Medizin, als wir heute allgemein bisher angenommen haben.

²⁰¹ Amenorrhoe = Fehlen oder Ausbleiben der monatlichen Regelblutung



So hält eine rechtshändige Mutter typischerweise ihr Kind: Die linke Hand drückt das Köpfchen an die Brust, die rechte Hand unterstützt das Gesäß des Kindes. Die rechtshändige Mutter schaut ihr Kind mit dem rechten Auge an.

So hält die linkshändige Mutter typischerweise ihr Kind, genau umgekehrt wie die Rechtshänder-Mutter. Die linkshändige Mutter schaut es mit dem linken Auge an!

11.3 Bedeutung der Linkshändigkeit für die klinische Diagnostik

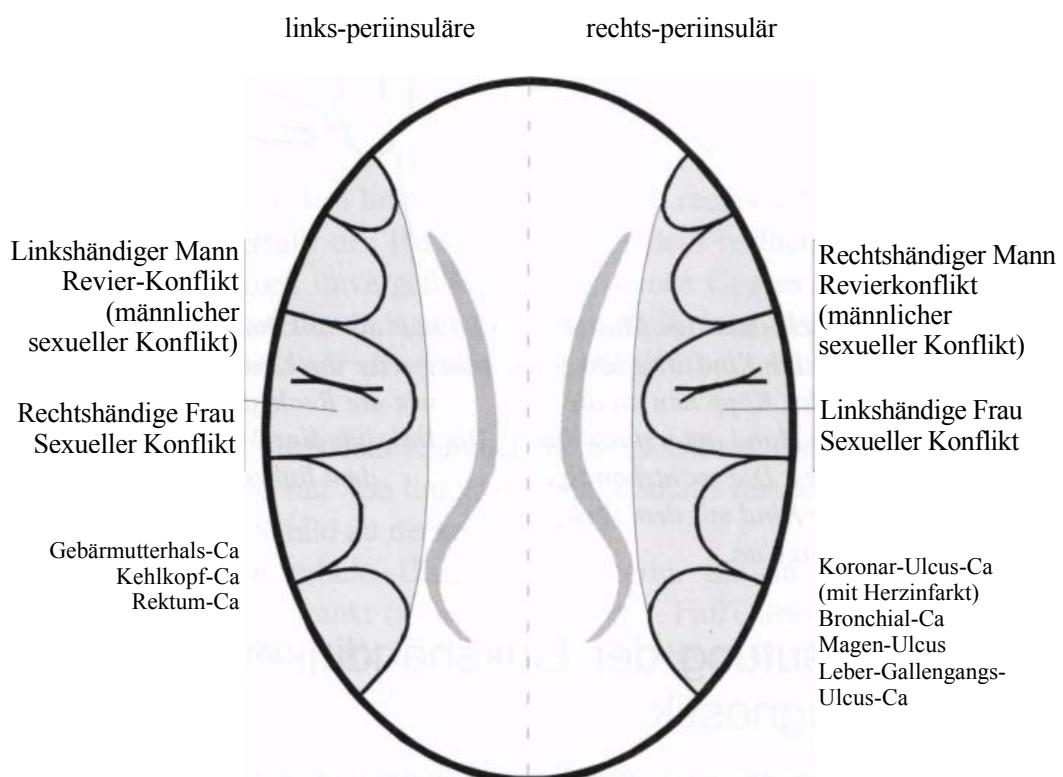
In der Medizin interessieren alle Zusammenhänge physiologischer Art, ganz besonders aber interessieren sie, wenn sie, wie hier, so gravierende Auswirkungen auf Diagnostik und Therapie in jedem einzelnen Falle haben.

Die Linkshändigkeit ist ja keineswegs eine alberne Spielerei der Natur, als was sie heute gewöhnlich angesehen wird, denn es kommt ja hinsichtlich der Konflikte einer funktionellen Ausschaltung der Hormone gleich. Wie ich im Kapitel Psychosen an dem 1. Fall von Depression beschrieben habe, kann also eine Linkshänderin bei einem weiblich-sexuellen Konflikt die Organ-

Symptome erleiden, die eine rechtshändige Frau erst nach dem Klimakterium²⁰² oder im Senium²⁰³ erleiden könnte (bei einem Revier-Konflikt).

Linkshändige Männer können bei einem Revier-Konflikt in der pcl-Phase gar keinen Herzinfarkt des linken Herzens erleiden, außer wenn sie alt sind und die feminine Reaktion haben, dann aber auch auf psychischer Ebene gar keinen Revier-Konflikt mehr erleiden, sondern eben einen weiblich-sexuellen Konflikt. Es ist gleichsam nur die Adressierung der Konflikte umgepolt. *Vom Computer Gehirn zum Organ läuft es in jedem Falle immer gleich!* Daran erkennen wir jetzt, daß Linkshändigkeit sehr viel mit Sexualität und sehr viel mit Hormonen zu tun hat!!

Schematischer CT-Schnitt durch das Großhirn



Zwischen Rechtshändern und Linkshändern ist nur die Relation zwischen psychischer Ebene und Gehirn seitenumgekehrt vertauscht. Von der Ebene Gehirn zur Ebene Organe ist die Relation dagegen konstant. Leichter ist es

²⁰² Klimakterium = Wechseljahre der Frau; die Übergangsphase von der vollen Geschlechtsreife zum Senium der Frau

²⁰³ Senium = Greisenalter

vielleicht umgekehrt zu verstehen: Ein Gebärmutterhals-Krebs hat immer links periinsulär einen Hamerschen Herd, jedoch nur bei Rechtshänderinnen röhrt er von einem sexuellen Konflikt her.

Die Linkshändigkeit ist, wie wir gehört haben, so wichtig, weil sie ja über den Konflikt/Gehirnweg entscheidet. Somit entscheidet sie auch darüber, welche Krankheit die Patienten überhaupt bei welchem Konflikt erleiden können. Die Linkshändigkeit entscheidet z.B. auch darüber, bei welchem Konflikt wir mit einer Depression rechnen müssen, bei der Linkshänderin z.B. beim sexuellen (weiblichen) Konflikt, bei der Rechtshänderin dagegen nur kurz vor oder nach der Menopause, also beim sog. „hormonalen Patt“.

Der sehr weiche Mann kann eine Depression erleiden, wenn es gerade eben noch einen Revier-Konflikt erleiden kann, also auch im „hormonalen Patt“, sofern es Rechtshänder ist. Dagegen erleidet der sehr weiche linkshändige Mann eine Depression, wenn es nicht mehr männlich, sondern schon weiblich reagiert und einen weiblich-sexuellen Konflikt erleidet, ebenfalls im hormonalen Patt.

Die weiblichen Homosexuellen verhalten sich dabei wie Frauen, die männlichen Parts wie Männer. Bei den homosexuellen Linkshändern ist wiederum alles genau umgekehrt.

Umkehren kann man die weibliche oder männliche Reaktion auch durch Sexualhormonblocker. Ebenfalls die gleiche Wirkung, in dieser Richtung wohlgemerkt, haben fakultativ (nicht obligat!) die Zytostatika.

Wenn eines Tages die Neue Medizin eine der Grundregeln der gesamten Medizin und Biologie geworden sein wird, wird man ermessen können, welch atemberaubenden Unfug die heutige etablierten Medizin mit ihrem unverständigen Herumhantieren mit Sexualhormonblockern anrichtet.

Dieser Unfug wird in der offiziellen Schulmedizin überall angerichtet in Ermangelung irgendeiner Konzeption. Die schlimme Wirkung ist die, daß durch diese Sexualhormonblockaden - wozu im ungünstigsten Fall schon die sog. Anti-Baby-Pille gehören kann - der Hamersche Herd von einer Hirnseite auf die andere „springt“. Diese hormonbedingte, man könnte auch besser sagen: hormonblockade-bedingte *Transposition* des Hamerschen Herdes hat unendlich vielen Patienten nicht nur nicht geholfen, sondern eben den korrespondierenden Krebs der gegenseitigem Hirnhemisphäre bewirkt. Durch die Hormonblockade resultiert nämlich oftmals ein Individuum, das hormonal bedingt jetzt genau konträr reagiert als vor der Hormon- "Therapie": Eine Frau, z.B., die vorher sehr feminin reagiert hat und deshalb einen weiblich-sexuellen Konflikt mit einem Gebärmutterhals-Ca erleiden konnte, reagiert nach der Hormonblockade, z.B. mit Nolvadex, plötzlich

männlich und aus dem Gebärmutterhals-Karzinom, das nun stillsteht, wird ein Koronar-Ulcus-Karzinom, was Zauberlehrlinge zu verantworten haben.

Das aber sind nun plötzlich im schulmedizinischen Sprachgebrauch der Zauberlehrlinge „Metastasen“, kleine, böse Krebszellen, die nicht etwa vom Zauberlehrling verbockt wurden, sondern die sich - niemals beobachtet - schlitzohrig, wie man sich solche kleinen „Teufelchen“ vorstellt, heimlich durch das Blut ins neue Organ gearbeitet haben. Aber immerhin benehmen sich die kleinen „Teufelchen“ so gesittet, daß sie immer an der gleichen Stelle auch den gleichen Krebs hervorrufen. Ganz so diabolisch scheinen sie denn doch nicht zu sein!

Verabreicht man einer linkshändigen jungen Frau, die einen sexuellen Konflikt hat und als Linkshänderin eine Depression und die körperlichen Zeichen eines männlichen Revierangst-, Revier-, oder Revierärger-Konflikts (mit Bronchial-Ca, Angina pectoris., Ulcus ventriculi), Hormonblocker, dann kann sie auf der Stelle z.B. ein Gebärmutterhals-Karzinom erleiden.



So nagelt ein Rechtshänder einen Nagel in die Wand: Das linke Auge sorgt für die notwendige Orientierung und dirigiert. Das rechte Auge ist mehr oder weniger hinter dem Hammerkopf, kann also den Nagel gar nicht sehen. Das rechte Auge ist bei solcher Beschäftigung nicht gerade blind, aber nicht in Funktion!

Überhaupt wird uns das Problem der Hemisphären-Unterschiedlichkeit, glaube ich, noch sehr weitgehend beschäftigen. Es ist eins der Grundprobleme der Diagnostik überhaupt. Einen Patienten nicht nach seiner Rechts- bzw. Linkshändigkeit gefragt zu haben, gilt in meinen Augen als gräßlicher Fehler, denn es ist für die Zuordnung der Konflikte zu den Hamerschen Herden und der Krebsgeschwulst oder Nekrose am Organ von großer Wichtigkeit.

11.4 Die beiden Großhirn-Hemisphären: linker Revierbereich = weiblich, rechter Revierbereich = männlich

Es gibt unendlich viele Spekulationen über die Verschiedenartigkeit der beiden Großhirn-Hemisphären. Je weniger solche Spekulanten von der Sache verstehen, desto wildere Behauptungen stellen sie darüber auf. Daran möchte ich mich nicht beteiligen.

Ich möchte an dieser Stelle vielmehr darüber berichten, was ich weiß. Wir haben schon gesehen, daß die Links- und Rechtshändigkeit ganz wesentlich darüber bestimmt, auf welcher Großhirn-Hemisphäre das Individuum seinen ersten Revierbereichs-Konflikt bekommt etc. etc.

Wir haben auch gehört, daß die Links- und Rechtshändigkeit darüber entscheidet, welche Seite die Mutter/Kind oder Kind/Mutter-Seite ist und welche die Partner-Seite.

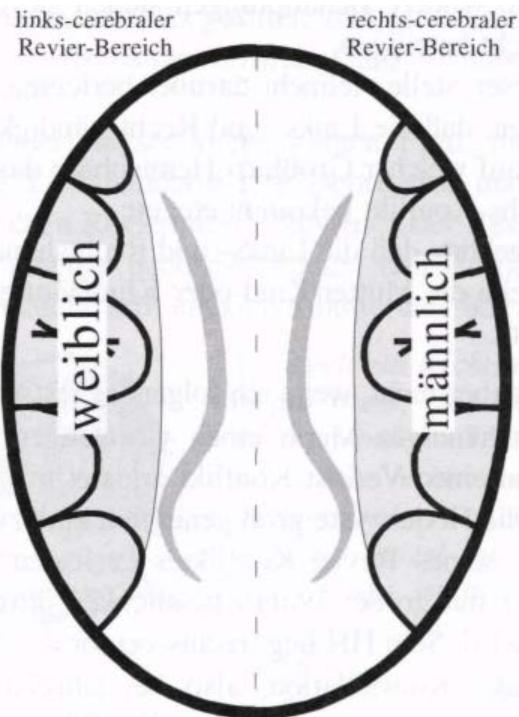
Alles das meine ich aber nicht, wenn ich folgendes feststelle:

- Wenn ein rechtshändiger Mann einen jahrelangen Revier-Konflikt in Aktivität hat und einen Verlust-Konflikt erleidet mit einer Lösung, dann wird er, sofern die Hodenzyste groß genug ist, eine zwangswise „Biologische Lösung“ seines Revier-Konfliktes „erleiden“ (z.B. als „Zweitwolf“), an der er mit großer Wahrscheinlichkeit durch einen Linksherzinfarkt sterben wird. Sein HH liegt rechts-cerebral.
- bei entsprechender Konstellation, also bei jahrelang aktivem Revier-Konflikt und gelöstem frischem Verlust-Konflikt und Hodenzyste, d.h. mit einer großen Testosteron-Anflutung, kann dem Linkshänder nichts passieren. Sein Revierkonflikt-HH liegt ja links-cerebral. Und obgleich er nunmehr viel männlicher wird, bleibt die biologische Zwangslösung des Revier-Konfliktes, wie sie beim Rechtshänder zwangsläufig erfolgt, aus! Dadurch, daß die linke weibliche Seite durch den Konflikt geschlossen ist, wird er noch männlicher als ein Rechtshänder: supermännlich!
- bei der rechtshändigen Frau mit jahrelangem hängendem solitären (also keine Schizo-Konstellation) sexuellen biologischen Konflikt erfolgt nach einem gelösten Verlust-Konflikt mit Eierstocks-Zyste und nach Induration dieser Zyste mit starkem Anstieg der Östrogene, eine zwangswise Lösung des SBS durch die hohen Östrogene. Der HH liegt ja links-cerebral.

Eine solche Patientin kann daran leicht sterben (Rechtsherz-Infarkt mit Lungenembolie).

- im vergleichbaren Fall passiert der linkshändigen Frau nichts. Obwohl sie nunmehr viel weiblicher wird, oder gerade darum, löst sie ihren sexuellen Konflikt, der ja rechts-cerebral gelegen ist, nicht.

Schematischer CT-Schnitt durch das Großhirn



Wir können also feststellen:

Ein Anstieg der Östrogene bringt nur auf der linken Hemisphäre einen sexuellen Konflikt zur biologischen Zwangslösung.

Ein Anstieg der Testosterone durch eine indurierte Hodenzyste kann nur einen Revier-Konflikt auf der rechten Hemisphäre zur Biologischen Zwangslösung bringen.

Mit allem Vorbehalt könnte man deshalb die linke Hemisphäre mehr weiblich nennen und die rechte Hemisphäre mehr männlich.

Das Ganze gilt aber nur für den Revierbereich, sowohl links als auch rechts.

12 Das Konfliktrezidiv

Das echte Konfliktrezidiv, also das Zurückkehren des gleichen ursprünglichen Konfliktes, ist eines derjenigen Dinge, die ich am allermeisten fürchte. Ich habe zu viele Menschen daran sterben sehen.

Es ist auch ohne Hamer kein Geheimnis, daß z.B. kaum ein Patient einen Re-Infarkt, einen Wiederholungsinfarkt, überlebt. Seit wir aber nunmehr deutlich im Gehirn auf unseren Hirn-CTs sehen können, welche Mühe der Organismus hat, seinen Computer Gehirn zu reparieren, können wir ermessen, wie schwierig es ist, gleichsam eine in Heilung befindliche oder gerade geheilte Wunde wieder aufzureißen. Sie heilt viel schwieriger und langsamer als beim ersten Mal.

Stellen wir uns die Hirnzellen wie ein milliardenfaches riesiges Maschengerüst vor, dann müssen wir uns ja auch vorstellen können, welche verschiedenen Änderungen sich da abspielen, wo ein Hamerscher Herd heilt:

- a) es bildet sich ein intra- und perifocales Oedem. Dabei werden die Synapsen der Hirnzellen stark gedehnt. Trotzdem behalten sie ihre Funktion bei. Bei Ende der Heilphase müssen diese Dehnungen wieder rückgängig gemacht werden, wieder ohne daß die Funktion darunter leiden darf.
- b) Offensichtlich wird die Isolierung der Hirnzellen während der konfliktaktiven Phase der Dauer-Sympathicotonie stark in Mitleidenschaft gezogen. Der Organismus repariert das auf erstaunlich einfache und sinnvolle, sowie effektive Weise, indem er eine Zusatzisolierung durch Gliazellen in das Gitterwerk der Hirnzellen einlagert. Das ist das, was die Neurochirurgen als „Hirntumoren“ fehldeuten.

Auch während dieses Vorgangs muß die Funktion des Areals stets gesichert bleiben.

- c) Nicht nur muß die Funktion für das zugehörige Organ gesichert bleiben, sondern der Hamersche Herd schaltet quasi dem Krebstumor das Licht aus und übergibt ihn den zuständigen Spezialbakterien zum Abräumen.

Werden nun diese Vorgänge und Funktionen, die die Natur ja in vielen Jahrtausenden eingeübt hat, dadurch gestört, daß der sog. „Ziehharmonika-Effekt“ eintritt, daß also in kurzer Zeit die Synapsen gedehnt und geschrumpft werden - zusätzlich über die schon normale epileptische Krise hinaus - dann kommt irgendwann der Punkt, wo das Gehirn überfordert ist und nicht mehr mitmacht. Das ganze mühsam aufgebaute Kartenhaus stürzt wieder zusammen, und der Schaden ist ärger als zuvor, wenn während oder kurz nach der Heilungsphase ein Konfliktrezidiv eintritt.

Aus diesen Gründen ist ein echtes Konfliktrezidiv meiner Meinung nach sogar gefährlicher als ein Zweitkrebs, je nachdem natürlich, an welchem Ort im Gehirn der Hamersche Herd gelegen ist.

Es kommt noch etwas hinzu: Der Patient hat an der psychischen Konfliktnarbe gleichsam seine psychische Achillesferse, seinen schwachen Punkt. Der gleiche Konflikt zieht ihn quasi magisch an, bzw. er tappt immer wieder in die gleiche Falle, selbst wenn er das weiß. Ich habe lange überlegt, ich bin zu der Ansicht gelangt, daß das von der Natur so geplant ist. Denn der Hirsch, der sein Revier an den jungen Hirsch verloren hat, hat quasi in seinem Programm, daß er sich dem Eindringling nochmals stellen muß. Denn nur das kann ja der Sinn der Dauer-Sympathicotonie sein, daß der Hirsch in die Lage versetzt werden soll, „seine Chance zu wahren“ und sein Revier noch einmal zurückzuerobern. Wenn überall „geschlagene Hirsche“ durch die Wälder irren würden, würde das nur Chaos in die „Hirschordnung“ bringen. So ähnlich müssen wir uns das wohl auch beim Menschen vorstellen. Ich habe so unendlich viele tödlich verlaufene Konfliktrezidive gesehen, die vom Logisch-Rationalen völlig unnötig und unsinnig gewesen sind, daß sich mir diese Ansicht förmlich aufgedrängt hat.

Die gefährlichste Zeit, das Konfliktrezidiv zu erleiden, ist, wie wir nach dem Gesagten sicher gut verstehen können, nicht der Beginn der pcl-Phase, sondern das Ende der Heilungsphase oder sogar der Beginn der Normalisierungsphase. Dann reißt das Konfliktrezidiv die alte Wunde auf allen drei Ebenen völlig auf und führt zudem noch zum „Ziehharmonika-Effekt“ auf der Gehirnebene. Oft erreicht der Patient dann sogar noch die zweite Heilungsphase. Aber dann schießt das erneute Oedem so gewaltig in und um den Hamerschen Herd ein, daß der Patient in kürzester Zeit daran sterben kann - meist in der epileptischen oder epileptoiden Krise, die in diesen Fällen sehr viel früher als sonst erfolgen kann.

Hierzu ein kurzes Beispiel:

Eine rechtshändige Patientin nach der Menopause hatte mehrere Konflikte, die hier der Übersichtlichkeit wegen nicht besprochen werden sollen. Sie hatte alle organischen Symptome überstanden, eines nach dem anderen. Schließlich erlitt sie ein DHS bei einem schweren Streit mit dem Ehemann, wobei es um die berühmte böse Schwiegermutter ging, die angeblich tagaus, tagein die Patientin terrorisiert hätte. Einige Zeit danach starb die Schwiegermutter. Kurz darauf wurde das Leber-Gallengangs-Ca entdeckt.

Die Patientin erlitt ein neues DHS, weil sie sich sagte: „Der Krebs holt mich ein. Jetzt ist es nur noch eine Frage der Zeit ...“. Die Angst saß ihr

buchstäblich im Nacken und entsprechend erlitt sie einen „Angst-im-Nacken-Konflikt“.

Die Ärzte lehnten jede weitere Behandlung ab, weil sie glaubten, der ganze Körper sei nun voll mit sog. „Metastasen“. Der Ärger-Konflikt mit Gallengangs-Ulcera-Ca war durch den Tod der Schwiegermutter zwar etwas entschärft, aber der Ehemann nahm jetzt, weil er seine Frau für den Tod seiner Mutter verantwortlich machte, erst recht deren Partei, und der Kampf war eben weiter in vollem Gange.

Die Patientin kam zu mir und fragte mich um Rat. Ich sagte: „Sie können nur überleben, wenn Sie eine lange Zeit wegziehen von Ihrem Mann zu Ihrer Mutter, wo Sie gänzlich aus dem Konfliktturm heraus sind. Und dann brauchen Sie auch keine Angst mehr zu haben.“

Die Patientin befolgte diesen Rat. Zuerst war sie sehr schlapp und müde, aber nach etwa 4 Monaten konnte sie wieder arbeiten und den Haushalt ihrer Mutter machen. Sie fühlte sich vollständig wohl. Die halberwachsenen Kinder waren bei dem Vater zu Hause geblieben, weil für die bei der Oma kein Platz war.

Eines Tages, zum ersten Mal nach 7 Monaten, wollte die Patientin ihre Tochter besuchen in ihrem eigenen Haus. Sie glaubte, der Ehemann sei weg. Als sie aber in der Küche stand, kam plötzlich unvermutet der Ehemann, sagte kein Wort, sondern lief immer nur um sie herum, provozierend, vorwurfsvoll, aggressiv. Die Patientin erlitt ein Rezidiv-DHS. Zwei Tage später rief sie mich an. Sie war völlig verzweifelt. Nach dem DHS war sie innerhalb von Stunden völlig ikterisch (gelb) am ganzen Körper geworden. Sie konnte nichts mehr essen, brach ständig grüne Galle. Innerhalb von 2 Tagen hatte sie schon 4 kg an Gewicht abgenommen. Die Ärzte wollten sie nunmehr sofort unter Morphin legen, denn das sei nun der Anfang vom Ende. Ich beruhigte sie und sagte ihr, ich hätte sie damals davor dringend gewarnt. Aber da es nur relativ kurz gedauert habe, das Konfliktrezidiv, sei ich sicher, wenn sie jetzt wie vorher zu Hause bei ihrer Mutter bleiben würde und sich nicht in Panik bringen lassen würde, dann sei der Spuk auch nach spätestens einer Woche wieder vorbei.

Genauso war es. Nach etwa 10 Tagen rief sie mich nochmals an und berichtete, der Ikterus²⁰⁴ habe ganz bald abgenommen, und nun ginge es ihr schon wieder relativ gut. Nur schlapp und müde sei sie, habe aber wieder guten Appetit. Da sie ja genau wisse, wie das beim letzten Mal gelaufen sei, habe sie auch keine Panik mehr. Sie laufe schon wieder in der Wohnung herum. Die Ärzte können jetzt nicht verstehen, warum sie kein Morphin

²⁰⁴ Ikterus = Gelbsucht

braucht. Jemand, der fünferlei Sorten sog. „Metastasen“ hat, der kann doch vermeintlich gar nicht wieder gesund werden. Doch man kann!

Ich will euch aber auch einen Fall schildern, der tödlich endete. Ein Patient erlitt ein DHS, als seine Frau an einem Darmverschluß operiert war und nach wenigen Tagen ein zweites Mal operiert werden mußte. Der Ehemann tobte vor Zorn und Ärger, weil er glaubte, daß der Chirurg „gepfuscht“ hätte. Wahrscheinlich war es ein paralytischer Ileus²⁰⁵ gewesen und der Chirurg hatte gar nichts dafür gekonnt. Aber der Ehemann sah das anders und sah den Chirurgen als schlechten Handwerker. Der ganze Ärger dauerte 6 Wochen, bis die Frau aus dem Krankenhaus entlassen wurde, nach weiteren 14 Tagen hatte sich der Mann beruhigt, der Konflikt war gelöst. Da stellte man bei ihm ein Leber-Karzinom fest, weil sein Leib durch einen beginnenden Aszites dicker wurde. (Der Aszites ist die pcl-Phase eines Konfliktes der Attacke gegen den Bauch - für die Ehefrau - mit vorangegangenem Peritoneal-Mesotheliom).

Nach einigen Irrwegen durch die Schulmedizin, die ich hier nicht schildern will, ging der Aszites wieder zurück, das Leber-Ca war deutlich in Heilung begriffen. Er war noch schlapp und müde, konnte aber schon wieder gehen, fühlte sich wieder einigermaßen wohl. Ich pflege niemals Bescheinigungen über voraussichtliche Verläufe auszuschreiben, weil das Leben allzuoft Haken schlägt und die unwahrscheinlichsten Dinge passieren, die man nie für möglich gehalten hätte. In diesem Falle habe ich mal eine Ausnahme gemacht und dem Patienten für seine Krankenkasse geschrieben, daß der Patient nach meiner Erfahrung mit allergrößter Wahrscheinlichkeit von diesem Leberkrebs genesen würde.

Da geschah genau das, was nicht geschehen durfte und eigentlich nach menschlichem Ermessen auch nicht geschehen konnte. Der Gynäkologe untersuchte die Ehefrau des Patienten und meinte, dort einen „Tumor“ entdeckt zu haben. Sie wurde dann sofort ins Krankenhaus aufgenommen und operiert. Das ganze stellte sich als Irrtum und Fehlalarm heraus. Aber der Patient, kaum halb genesen, tobte und geriet augenblicklich in Panik („Der alte Pfusch!“). Er erlitt ein zwar kurzes, aber sehr schweres Konfliktrezidiv, genau in der alten Narbe. Die Lösung dieses Konfliktes hat der arme Mann nicht überlebt. Leider hatte die Ehefrau das System der Neuen Medizin nicht verstanden. Und als man mich anrief, war „das Kind schon in den Brunnen gefallen“.

²⁰⁵ Ileus = Störung der Darmpassage infolge Darmlähmung oder Darmverschluß

13 Die Konflikt-Schiene

In der Biologie herrschen Gesetze, die wir, seit wir uns angewöhnt haben „psychologisch“ zu denken, nicht mehr verstehen können, die wir jedoch, wenn wir wieder gelernt haben bio-*logisch* zu denken, sehr gut begreifen können. Zu dieser biologischen Art zu denken, gehört das Verständnis der Konflikt-Schiene.

Wir heutigen, durch unsere Zivilisation verbildeten Menschen, empfinden dieses „Schielen-Denken“ geradezu als „krankhaft“, wir sprechen dann von Allergie, die es zu bekämpfen gelte. Wir sprechen von Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis, Psoriasis etc. und bezeichnen damit wahllos verschiedene Konflikte in ganz verschiedenen Phasen mitsamt ihren körperlichen Symptomen. Es findet sich also ein ziemliches Durcheinander, in das wir hier etwas Ordnung bringen wollen:

Außer der eigentlichen DHS-Schiene gibt es noch „Nebenschienen“. Das sind *Begleitumstände oder Begleitmomente* wesentlicher Art, die zum Zeitpunkt des DHS dem Organismus als wesentlich in Erinnerung geblieben sind. Dies können z.B. Gerüche, bestimmte Farben oder Geräusche sein. Es kann pro DHS eine Begleitschiene sein, es können aber auch 5 oder 6 Begleitschienen gleichzeitig vorkommen. Es ist unerheblich, ob wir diesen Begleitschienen später „psychologisch“ Bedeutung beimessen oder nicht, sie sind einfach einprogrammiert.

13.1 Fallbeispiel: Heuschnupfen

Als man noch das frisch gerechte Heu zu sog. Heuhocken aufhäufte, um es noch etwas trocknen zu lassen, ohne daß der Tau das Heu wieder naß machte, war solch ein innen hohler Heuhocken besonders auf dem Lande, die romantischste, billigste und deshalb beliebteste Möglichkeit für die erste körperliche Liebe. Passierte dabei, was häufig vorkam, ein größeres oder bedeutsames Malheur, dann erinnerte der Geruch des frischen Heus die beiden Liebenden stets an die damals stattgefundene Katastrophe. Die Katastrophe war aber nicht immer für beide eine Katastrophe, eben auch nicht unbedingt für beide ein DHS, oftmals nur für einen der beiden. Wir sprachen dann von einem Heuschnupfen oder einer Heuallergie. Man braucht übrigens für den Heuschnupfen - der Heuschnupfen ist natürlich schon wieder die Heilungsphase - nicht unbedingt Pollen des Heus, sondern wenn wir

z.B. einen Bauern beim Heuernten im Fernsehen erleben, hat es den gleichen Effekt.

Das Besondere, was uns ja normalerweise in der Natur besonders helfen soll, ist nun, daß wir von jedem „Hauptschienen-Konfliktrezidiv“ natürlich augenblicklich auf jede einzelne oder sogar alle „Nebenschienen“ aufsetzen können, daß wir aber auch von jeder Nebenschiene sowohl auf die Hauptschiene als auch auf andere oder alle Nebenschienen aufsetzen können.

Selbstverständlich haben alle Nebenschienen auch einen entsprechenden selbständigen Konfliktaspekt, einen eigenen Hamerschen Herd im Gehirn und eine entsprechende Organveränderung.

Im obigen Beispiel des Heuschnupfens bekommt die Partnerin, sofern sie damals ein DHS erlitten hatte, vor jedem Heuschnupfen meistens auch gleichzeitig wieder ein Rezidiv des sexuellen Konfliktes mit Gebärmutterhals-Ca. Macht sie also ahnungslos ihren Urlaub zur Zeit der Heuernte auf einem Bauernhof, dann ist sie erstaunt, daß anschließend einmal die Periode ausbleibt. Das Konfliktrezidiv ist natürlich genauso schnell wieder gelöst, sobald sie wieder zu Hause ist und keine Heuernte mehr sieht, Aber eine neue Katastrophe droht, wenn sie dann zufällig zum Gynäkologen geht und der ein beginnendes Gebärmutterhals-Karzinom feststellt.

Ich verpflichte deshalb alle meine Schüler, das DHS ganz besonders sorgfältig zu untersuchen mit allen Begleitschienen, sowohl den optischen, den akustischen, Geruchs schienen, Berührungsschienen etc.

Immer aber müssen sie im Auge behalten, daß das alles keine Störungen sind, wie wir früher die sog. Allergien aufgefaßt hatten, sondern echte und gute Gedankenstützen, die den Organismus auf eine früher erlittene Art von Katastrophe aufmerksam machen sollen!

Nicht genug damit, daß wir die Begleit- oder Nebenschienen herausgefunden haben, sondern wir müssen sie dem Patienten geduldig erklären und zwar so, daß er sie in Zukunft schmunzelnd begrüßt und keinerlei Panik dabei bekommt aber auch weiß, daß der eigentliche Konflikt noch nicht richtig gelöst ist. In einer Zeit, in der es nur „Symptom-Medizin“ gab und jedes auffällige Symptom als „Krankheit“ mit Therapie-Notwendigkeit (!!) galt, ist diese Arbeit oft gar nicht so leicht. Bei Patienten, die die Neue Medizin nicht begreifen wollen oder können oder dürfen, ist es sogar vergebliche Mühe.

13.2 Fallbeispiel: Flug Senegal-Brüssel

Ein Ehepaar fliegt aus dem Senegal nach Brüssel. Während des Fluges erleidet der Ehemann einen Herzinfarkt. Katastrophe! Er ist kalkweiß, schnappt nach Luft, liegt auf dem Boden im Gang des Flugzeuges. Seine Ehefrau rechnet jeden Moment damit: Er wird sterben! Er stirbt aber nicht. Man landet in Brüssel, er wird ins Krankenhaus gebracht und wird wieder gesund.

Nicht nur der Flug war für die Ehefrau die Hölle, auch die nächsten drei Wochen sind furchtbar. Sie nimmt an Gewicht ab, kann nicht mehr schlafen, hat ständig Angst um das Leben ihres Mannes.

Biologisch gesehen hat sie einen Todesangst-Sorge-Konflikt (für einen anderen) erlitten. Nach diesen furchtbaren drei Wochen beruhigte sie sich schließlich und es kam zur Conflictolyse. Die Patientin hatte das Glück, aus Afrika Tbc-Mykobakterien mitgebracht zu haben. Sie schwitzte die nächsten drei Wochen nachts, besonders gegen Morgen teilweise fünf Nachthemden durch, hatte leichtes, nächtliches Fieber. In der Lunge hatte sie einen Rundherd (Adeno-Karzinom der Alveolen), der nun durch die Tuberkel-Bakterien verkäste und abgehustet wurde mit dem Restzustand einer kleinen Kaverne, sog. partiellem Lungen-Emphysem.

In der Folgezeit erlitt die Patientin mehrfach solche Schwitzeperioden, mal kürzer, mal länger. Unmittelbar zu Beginn einer weiteren, längeren Schwitzeperiode fand man ein Adeno-Karzinom der Lunge, bevor die säurefesten Stäbchen (Tbc) noch Zeit hatten, den „Tumor“ zu verkäsen und aus husten zu lassen. Nun galt die Patientin als schwer „lungenkrebskrank“. Man wollte „sicherheitshalber“ den einen Lungenflügel herausoperieren, dazu Chemo, Bestrahlung und die üblichen Maßnahmen ... Als man aber auch auf der anderen Seite weitere Rundherde entdeckte, wurde die Patientin als inkurabel bezeichnet und ihr der baldige Tod vorausgesagt.

Da die Neue Medizin in Belgien einigermaßen bekannt ist, fand sich ein Arzt, der der Patientin sagte, seiner Meinung nach könne nur der Dr. Hamer solche schwierigen Fälle lösen. So kamen sie denn zu mir.

Der Fall war wirklich nicht ganz leicht aufzuklären, denn die Patientin hatte eine etwas außergewöhnliche Schiene. Als wir die gefunden hatten, war der Rest nur noch Routine.

Welche Schiene hatte Sie?

Der Todesangst-Sorge-Konflikt war nicht schwer herauszufinden. Das DHS war so dramatisch gewesen, daß man es überhaupt nicht übersehen konnte. Es schien mir höchst wahrscheinlich, daß der Ehemann erneute Herzanfälle (Angina pectoris) oder sonstige kritische Situationen erlitten

haben mußte, bei denen die Ehefrau (Patientin) wieder Todesangst um ihn ausgestanden haben müßte. Wenn das der Fall gewesen wäre, hätte alles ohne Wenn und Aber gestimmt. Aber - die Ehefrau bestritt ganz energisch: Nein, dem Mann gehe es gut, er habe nie mehr einen Anfall gehabt, er sei völlig gesund, mit dem Flugzeug geflogen sei er auch nicht mehr.

Da kam mir der rettende Gedanke: „Ist vielleicht sonst jemand von ihrer Familie mit dem Flugzeug geflogen?“ „Das ja, Herr Doktor, aber es ist nichts passiert dabei. Aber wenn Sie so fragen, da fällt mir ein: Die letzte Schwitzperiode hatte ich, nachdem meine Tochter von ihrem dreiwöchigen Teneriffa-Urlaub zurückgekehrt war. Meinen Sie, das könnte damit zusammenhängen? Allerdings erinnere ich mich, daß ich die gesamte Zeit, in der sie mit Mann und Kindern weg war, nachts nicht schlafen konnte, auch etwas Gewicht abgenommen habe und immer daran dachte: 'Wenn sie nur erst schon wieder zurück wären!'"

Der Rest war wieder Routine: Es ließ sich sehr exakt rekonstruieren, daß die Patientin jedesmal, wenn irgendein Familienmitglied (Schwester oder Kinder) mit dem Flugzeug unterwegs war, eine panische Angst hatte, die sie sich bei „vernünftiger“ Überlegung gar nicht erklären konnte. Und immer, wenn das Familienmitglied wieder zurückgekehrt war, hatte sie ihre Nachschwitz-Periode gehabt. Und jetzt hatte gerade wieder eine längere Nachschwitz-Periode mit subfebrilen Temperaturen und Husten begonnen. Da hatte man ein Röntgenbild gemacht und die Sache entdeckt.

Die zweite Schiene des Gleises war ... *das Flugzeug!*

So, wie ein Eisenbahngleis aus 2 Schienensträngen besteht, auf denen der Zug fährt, so hatte die Patientin bei dem dramatischen Herzinfarkt des Ehemannes auf dem Flug vom Senegal nach Brüssel 2 Konflikt-Komponenten erlitten:

1. den Todesangst-Sorge-Konflikt um den Ehemann wegen des Herzinfarktes
2. den Flugzeug-Angst-Konflikt, da sie im Flugzeug so hilflos gefangen saßen.

Beide Komponenten waren seither komplex miteinander verbunden und bei jeder einzelnen der beiden Komponenten rastete augenblicklich der Todesangst-Sorge-Konflikt ein. Wir hätten auch sagen können: Seither war sie allergisch auf Herzinfarkte und Herzanfälle (die aber glücklicherweise nicht passiert waren) und - Flugzeuge!

Die Therapie bestand darin, der Patientin *die Zusammenhänge bewußt zu machen*, die Ursachen abzustellen und ansonsten ... gar nichts zu tun, sondern Mutter Natur möglichst nicht zu stören. Das heißt: Die Patientin

schwitze nochmals in der Nacht 3-4 Wochen lang, dann waren keine Lungenrundherde mehr zu sehen, nur noch kleine Kavernen. Der Patientin geht es heute gut.

13.3 Fallbeispiel: Am Steuer eingeschlafen

Ein Mann fuhr nachts um drei Uhr auf der Autobahn zwischen Brüssel und Aachen. Bei Lüttich, kurz vor der Maasbrücke schlief er am Steuer ein. Nach etwa einem Kilometer wachte er erschrocken davon auf, daß der Motor ein anderes Geräusch machte, weil der Fuß das Gaspedal nicht mehr drückte. Er erlitt den Konflikt: „Ich traute meinen Ohren nicht“.

Augenblicklich hatte er einen Tinnitus²⁰⁶ im linken Ohr. Von da ab bekam er eine Zeitlang den Tinnitus regelmäßig

1. wenn er morgens aufwachte und
2. immer, wenn er Auto fuhr und den Motor drosselte, also bei einer bestimmten Geräusch-Frequenz.

13.4 Fallbeispiel: Die überfahrene Katze

Ein Autofahrer überfuhr unglücklicherweise eine Katze. Er stieg aus, um zu sehen, ob sie vielleicht doch noch am Leben sei und ihr vielleicht noch zu helfen sei. Aber sie war „mausetot“. „Oh Gott“, dachte er, „das arme Katzenviecherl, wie ist das nur passiert“. Es fuhr ihm ein riesiger Schock in die Glieder, wie er die arme, tote Katze so liegen sah.

Ein Jahr später lief ihm eine streunende Katze zu, die seine Frau spontan aufnahm und die beide bald in ihr Herz schlössen. Am Feierabend pflegte er sie zu streicheln. Alles war in Ordnung ..., solange die Katze pünktlich nach Hause kam. Kam sie aber zu spät, dann erlitt er augenblicklich eine „Allergie“ auf das Nichtvorhandensein der Katze. Denn jedesmal tauchte dann wieder das Bild von der armen, totgefahrenen Katze vor ihm wieder auf. Er kam dann jedes mal in Panik: „Unserer Katze wird doch nicht ..., nein nicht auszudenken, wenn sie irgendwo auf der Straße liegt, wie die arme Katze damals ...“

Kam die Katze dann nach Hause, so bekam er jedesmal eine ausgedehnt akute „Hautallergie“, d.h. die Haut an Händen, Armen und Gesicht war

²⁰⁶ Tinnitus = Ohrgeräusche

ganz rot angeschwollen, in Wirklichkeit eine Heilung der voraufgegangenen kleinen Haut-Ulcera. Der Hautallergietest ergab: Eindeutig *Katzen-Allergie!* Wir hatten bisher geglaubt, das seien alles Krankheiten, die dringend behandelt werden müßten. Diese Sicht ist jedoch völlig einseitig, denn es sind die Reste unserer Instinkt-Fähigkeiten. Es waren jeweils Alarmsignale vorausgegangen, beim Asthma bronchiale oder Asthma laryngeale sind es jeweils zwei aktive Alarmsirenen, die uns sagen wollen: Vorsicht, da ist doch damals was passiert. Oder: Bei dieser Kombination mußt Du aufpassen!

Auch dazu wieder zwei kurze Beispiele:

13.5 Fallbeispiel: Der Boxer im Lieferwagen

Wir waren mit unserem Lieferwagen in den Park gefahren und dort mit unseren beiden Boxerhunden (Pärchen) spazieren gegangen. Nach dem Spaziergang sollten sie im Wagen noch einen Moment warten, bis wir rasch noch eine Tasse Kaffee getrunken hatte. Da es warm war, ließen wir die Fensterscheibe halbhoch offen. Noch nie waren die Hunde aus dem Fenster gesprungen. Diesmal aber kam wohl ein besonders unverschämter und kläffender Artgenosse vorbei, der augenblicklich verjagt werden mußte. Gedacht getan. Der Boxerrüde von vier Jahren springt mit einem gewaltigen, eleganten Sprung durch das halbgeöffnete Fenster des Lieferwagens. Die sechs Jahre ältere Boxerhündin will es ihm nachmachen, aber die alte Dame kommt nicht so elegant nach, bleibt mit ihrer etwas dickeren Taille hängen, überschlägt sich und landet auf ihrem Hundepopo. Sie trug dann einen Beckenbruch davon, an dem sie drei Monate laborierte.

Von da ab war sie nicht mal mit dem schönsten Leckerbissen dazu zu verleiten, nochmals in den Lieferwagen einzusteigen. Sie ging bis zur Türe, aber dann drehte sie sich entschlossen um: „Herrchen, die Wurst möchte ich zwar sehr gerne, aber in den Lieferwagen steige ich nicht noch einmal ein, denn da kann man rausfallen ...“

Was einer Boxerhündin nie passieren würde, das passiert uns Menschen alle Nas' lang.

13.6 Fallbeispiel: Ein Auffahrunfall nach dem anderen

Eine Speditions-Chefin erlebte einen Auffahrunfall mit ihrem PKW. Es fuhr ihr ein Bus von hinten auf ihren Wagen auf. Sie sah den Bus im Rückspiegel „auf sich zurollen“. Da sie Linkshänderin ist, erlitt sie bei diesem Schreckangst-Konflikt und Frontalangst-Konflikt (hier Ohnmächtigkeits-Konflikt: „Ich konnte nichts machen!“) die entsprechenden Hamerschen Herde rechts frontal. Als die Sache endlich aus der Welt geschafft war, einschließlich sog. Schleudertrauma und Versicherungsabwicklung, fand man glücklicherweise nicht - trotz Hustens das zugehörige Bronchialkarzinom und die zugehörigen Kiemenbogen-Zysten, dafür aber die beiden Hamerschen Herde im Gehirn. Sie wurden natürlich sofort zu „Hirntumoren“ erklärt und herausoperiert. Das war 1982. Einige Jahre später erlitt sie fast exakt den gleichen Unfall, nur war es diesmal kein Bus. Es lief alles fast identisch ab, wie beim ersten Mal. In der neurochirurgischen Klinik sagten die Ärzte, der Tumor rechts frontal sei nachgewachsen. Wieder wurde die Patientin operiert. Das ganze passierte noch ein Drittes Mal und sie wurde, nachdem sie den Konflikt wieder gelöst hatte zum dritten Mal an der gleichen Stelle operiert, weil der „Hirntumor“ schon wieder nachgewachsen sei.

In der letzten Zeit hatte sie mehrere „Fast-Auffahrunfälle“ erlebt. Inzwischen ist sie allergisch auf Auffahrunfälle. Einige Male war es „ganz knapp“ gewesen. Und jetzt soll sie zum vierten Mal operiert werden, samt Chemo und Bestrahlung diesmal, denn diesmal hatte man Kiemenbogen-Zysten und Lungenveränderungen gefunden, die man zu „Metastasen“ des „Hirntumors“ erklärte. Da lernte sie glücklicherweise die Neue Medizin kennen.

Jetzt fährt die Patientin konsequent nicht mehr selbst Auto.

Die Schiene in der Neuen Medizin bedeutet, daß ein Patient - gleich Mensch oder Tier - der einmal einen biologischen Konflikt erlitten hat, sehr leicht wieder auf die Schiene gerät, wenn es zu einem Rezidiv kommt. Das Rezidiv kann dabei sogar aus nur einer Komponente des Konfliktes (siehe „Flugzeugallergie“) bestehen. Schon das genügt, um das volle Konfliktrezidiv auszulösen. Solche Konfliktrezidive verlaufen an unserem intellektuellen Verstehen vorbei. Wir können sie nur *intuitiv* erfassen und vermeiden. Das, was wir Menschen erst nach der dritten Operation richtig machen („aus Schaden klug geworden“), macht das Tier gleich nach dem ersten Mal richtig, instinkтив!

Wir müssen eine ganz neue Dimension des Denkens kennenlernen, eine Art des intuitiven biologischen Erfassens. Die biologischen Konflikte holen uns in die rauhe Wirklichkeit zurück. Besonders das Tier. Aber auch im Grunde für uns Menschen geht es ja eigentlich dabei stets um Leben und Tod!

13.7 Fallbeispiel: Nußallergie

Nachfolgenden Fall, den mir eine Patientin geschickt hat, veröffentliche ich dankbar und gerne mit ihrer ausdrücklichen Erlaubnis, samt Namen und Bild, weil ich ihn sehr originell und instruktiv finde.



Ottilie Sestak
16. Juni 1998

Meine Nußallergie

Ich bin am 21. September 1941 mittags um 11.30 Uhr in Oberndorf am Neckar geboren und Rechtshänderin.

Solange ich mich überhaupt zurückerinnern kann, litt ich unter Aphthen im Mund. Nur wer selbst solche „Biester“ hatte, kann nachempfinden wie weh diese tun. Zwei, drei oder vier - manchmal so groß wie der Nagel am kleinen Finger - waren keine Seltenheit.

Als Kind meinte der damalige Hausarzt in Oberndorf, es sei Vitamin B-Mangel, aber die verschriebenen Tropfen halfen nichts. Später - mittlerweile wohnten wir in Radolfzell am Bodensee - erklärte man mir, daß es mit der Pubertät zu tun hat. Am 5 August 1961 habe ich dann geheiratet und wurde am 7. Juni 1972 geschieden. Da ich nach meiner Unterleibsoperation 1970 - Tumor am rechten Eileiter - von Professor O. erfuhr, daß ich keine Kinder bekommen kann, da der linke Eileiter nur ein Muskelgebilde (Geburtsfehler?) ist, der rechte Eileiter durch die Operation nicht mehr funktionstüchtig sei und mein früherer Mann „eigene Kinder“ haben wollte, haben wir uns getrennt.

Als ich dann 1972 (ich habe nach der Scheidung einen „Schlußstrich“ gezogen und nochmals neu angefangen) - mittlerweile war ich 31 Jahre alt - nach Waldbronn zog, nahm ich das Problem Aphthen mal wieder in Angriff.

In der Hautklinik in Karlsruhe besorge ich mir beim Professor ... (den Namen weiß ich nicht mehr) einen Termin. Ich trug ihm mein Problem vor und er fragte, ob er mir mal etwas zeigen soll. Ich bejahte und er zeigte mir zwei Aphthen in seiner Mundschleimhaut. Er verschrieb mir dann eine blaue Tinktur, die in der Apotheke zusammengemixt wurde. Sie schmeckte ähnlich wie früher das Malebrin (oder so ähnlich) mit dem man gurgeln mußte bei Halsschmerzen. Dem Professor sagte ich dann, daß ich nichts zum einpinseln möchte, sondern etwas, daß ich die „Dinger“ gar nicht mehr bekomme. Daraufhin erzählte er mir, daß es sich bei den Aphthen wahrscheinlich um eine Erbkrankheit handelt und ich damit leben müsse. Außerdem fragte er noch, ob es in der Familie jemanden gibt, der auch darunter leidet, was ich verneinen konnte. Es hatte nur mich erwischt.

Ganz sicher war ich mir jedoch nicht und fragte dann meine Mutter, ob sie jemanden in der Familie weiß oder sich erinnern kann, der unter Aphthen zu leiden hatte. Sie verneinte dies und damit war für mich der Fall zunächst wieder einmal erledigt. Der Witz dabei ist, daß meine Mutter ein paar Tage später bei mir anrief - sie wohnte mittlerweile auch in Waldbronn, nur zwei Straßen von mir weg - und sagte, ich solle doch mal kurz vorbeikommen. Ich kurvte sofort hin und zu meinem Erstaunen zeigte sie mir eine Aphthe in ihrem Mund. In dem Moment glaubte ich sogar an die „Erbkrankheit“.

Am 11. August 1979 lernte ich meinen jetzigen Mann Leo kennen, der zu meinem Aphthen-Problem immer meinte, dafür müsse es doch eine Lösung geben. Aber weit gefehlt. Alles was ich ausprobierte von Gel über Salbe und Tropfen, Spülungen und Kamille, Salbei, Myrrhe, Schwedenkräuter und was weiß ich noch alles - nichts, aber überhaupt nichts hat geholfen. Wenn ich drei oder vier so kleine „weiße Teufel“ hatte, halfen meist nur noch Schmerztabletten, denn ich war ja ganztags berufstätig als Direktionssekretärin bei der Deutschen Krankenversicherung in Karlsruhe und mußte tagsüber natürlich auch sehr viel reden und telefonieren.

Ab 1.1.1997 wurde ich von der DKV in den erweiterten Vorruestand übernommen.

Vom 29.3. bis 16.4.94 machten mein Mann und ich eine Rundreise durch China von Peking bis Hongkong. Wieder zu Hause stellte ich fest, daß ich keine Aphthen hatte. Welch ein Wunder, denn das kam ganz, ganz selten vor.

Plötzlich kam ich auf die Idee, daß die Sache etwas mit dem Essen oder dem Reis zu tun hat. Von dieser Stunde an schrieb ich ganz genau auf, was ich „unter der Nase“ hineinschob. Überall hatte ich meine Zetteln verteilt, damit ich ja nichts vergesse. Irgendwann merkte ich dann, daß, wenn ich Nüsse gegessen hatte, es besonders schlimm war. Von der Stunde an aß ich keine Nüsse mehr. Alle Bekannten und Verwandten machten für mich nur noch Kuchen ohne Nüsse. Sogar gemahlene Haselnüsse oder Mandeln in Kuchenteig, Sesam- oder Mohnbrötchen und Sonnenblumen-Brot habe ich im Laufe der Zeit „verachtet“. Sobald ich mal nicht wie ein „Schießhund“ aufpaßte, war ich schon wieder „gesegnet“. So mied ich eben alles, was mit Nüssen zu tun hatte und sagte mir, daß ich ohne Nüsse leben kann.

Für den 1. Mai 1997 lud ich Heinz B. mit Familie ein. Heinz kenne ich schon seit meiner frühesten Kindheit, denn er wurde am 18. März 1942 auch in Oberndorf am Neckar geboren.

Seine Mutter wohnte zu der Zeit bei Tante Sofie - eine Schwester meiner Großmutter - und ihrer Familie.

Auf Heinz hatte ich nämlich ein „Attentat“ vor. Ich wollte ihn bitten, daß er am 23. Mai - dem 90. Geburtstag meiner Mutter - in der Uniform der Stadtkapelle Oberndorf auf seiner Posaune den Narrenmarsch bläst, denn wir wollten mit zwei Hansel, einem Narro und einem Schantle - Fasnachtsfiguren aus unserer Heimat - das Geburtstagsprogramm eröffnen. Natürlich hatte Heinz sofort zugesagt und sich eine Uniform geliehen, weil er nicht mehr aktiv bei der Kapelle spielt. Die Freude bei unserer Mutti über die gelungene Überraschung war riesig, denn „Fasnet“ war für sie immer etwas ganz wichtiges.

Kurz bevor Heinz kam, telefonierten wir nochmals miteinander und er fragte mich, ob ich schon mal etwas von Dr. Hamer gehört habe, was ich verneinte. Er erzählte mir die Geschichte vom tragischen Tod seines Sohnes Dirk. Außerdem sagte er mir, daß seine Schwester mit Dr. Hamer zusammenarbeitete und er zwei Bücher hat, die er mir mitbringen könne, was er dann auch tat.

Die Bücher las ich dann und machte mir so meine Gedanken. Es waren für mich keine „spanischen Dörfer“, denn ich arbeitete von Februar 1974 bis September 1976 als Chefsekretärin in der Neurologie in der Kurklinik Reichenbach. Nach der Städtereform 1972 wurde aus den vier Ortschaften Reichenbach, Busenbach, Etzenrot und Neurod der neue Ort Waldbronn. Die Albstraße gehörte zu Reichenbach. Den Job hatte ich angenommen, weil ich später in die Verwaltung des Thermalbades, das im Bau war, wechseln wollte. Die Sache zerschlug sich, da der vorgesehene Ge-

schäftsführer kurz vor der Übernahme des Thermalbades mit 42 Jahren an einem Herzschlag starb und die Verwaltung von der Gemeinde übernommen wurde. Da die Anamnesen und Krankheitsgeschichten der Patientinnen und Patienten mir psychisch sehr zu schaffen machten, wechselte ich am 1. Oktober 1976 zur Deutschen Krankenversicherung. Bevor ich die Stelle in der Kurklinik antrat, hatte ich - außer meinen eigenen Wehwehen - noch nichts mit Medizin zu tun gehabt.

Ich hatte nämlich in einer Strickwarenfabrik Großhandelskaufmann gelernt und nach der Lehre von Mai 1957 bis Juni 1972 bei Schiesser in Radolfzell - damals Europas größter Unterwäschhersteller - gearbeitet.

Von Juli bis Oktober 1972 arbeitete ich in München als Chefsekretärin beim Herrenausstatter Hofele am Rosenheimerplatz.

Vom 1.11.72 bis 31.1.74 war ich Sekretärin beim technischen Direktor bei Mann Mobilia in Karlsruhe. Ein Unternehmen mit mittlerweile um die 20 Möbelhäuser. In die Kurklinik wechselte ich dann, weil es bei uns im Dorf war und ich nicht mehr nach Karlsruhe zufahren brauchte.

Nachdem ich „wie von Heinz befohlen“ zuerst die beiden Bücher von Herrn Dr. Hamer gelesen hatte, stürzte ich mich auf den zusammengefalteten Plan. Ich gestehe, daß ich zwischendurch schon mal einen Blick darauf geworfen hatte, mußte aber dann wieder daran denken, daß Heinz sagte, ich würde die Zusammenhänge erst verstehen, wenn ich die Bücher gelesen habe.

Den Plan breitete ich auf den Tisch aus, kniete mich auf meinen Stuhl und begann mein „Studium“. Beim Thema Allergie läuteten bei mir alle Glocken. Plötzlich war ich davon überzeugt, daß die Sache mit den Nüssen „von irgend etwas von früher“ kommen muß. Sofort erzählte ich es meinem Leo der dann meinte, daß das gut sein kann.

Aber woher und von was??

Immer wieder überlegte ich und grübelte - ohne Ergebnis. Eines nachts wachte ich auf und plötzlich wußte ich Bescheid. Ich konnte es kaum erwarten bis Leo endlich aufwachte, am liebsten hätte ich ihn sofort geweckt, tat es dann aber doch nicht. Schlafen konnte ich nicht mehr und „lauerte“ bis er endlich die Augen aufmachte. Sofort teilte ich ihm mit, daß ich weiß woher das mit den Nüssen kommt. Er erwiderte ganz ruhig: Laß uns zuerst mal frühstücken und dann erzählst du mir alles. Solange konnte ich natürlich nicht warten und schon im Nachthemd in der Küche legte ich los.

In Oberndorf wohnten wir im Hause der Großeltern an einer Schützensteige (eine 16%ige Steigung). Im unteren Grundstück stand ein - für mei-

ne Begriffe als Kind - riesiger Nußbaum, von dem ein paar Äste zu uns in den Garten herüberhingen. Es war „bei Strafe“ verboten die Nüsse aufzuhaben, denn mit der Besitzerin, einer Frau Fuoß, war „nicht gut Kirschen essen“. Es war wieder einmal Herbst - es muß 1946 oder 1947 gewesen sein. Die Nüsse waren reif und gerade aufgebrochen. Meine Schwester, sie ist fünf Jahre älter, und ich schlichen in Richtung Nußbaum. Wir schauten, ob die „Fußin“ am Fenster ist oder unsere Mutti oder unsere Oma herausschaut. Weit und breit war niemand zu sehen. Da rissen wir die Nüsse ab, machten ganz schnell die grünen Schalen weg und warfen sie in den Garten von Frau Fuoß, da riß diese schon die Fenster auf und schrie: „Lasset jo meine Niß en Ruh, sonscht komme!“ Im selben Augenblick schaute unsere Mutti von der Veranda herunter. Sie bekam alles mit und rief wütend: „Regina, Ottilie sofort raufkommen!“ Oben wartete sie schon mit dem Teppichklopfer und schlug uns windelweich. Immer wieder sagte sie, daß sie es uns schon austreiben würde, an die Nüsse zu gehen und wenn sie uns totschlagen muß. Übrigens an Frau Fuoß kann ich mich nicht mehr erinnern, aber die geifernde Stimme werde ich mein ganzes Leben lang nicht vergessen. Ob ich nochmals eine Nuß geholt habe, weiß ich nicht mehr, kann es mir aber nicht vorstellen.

Im Januar 1951 zogen wir nach Radolfzell. Das Verbot löste sich in Luft auf, und in den großen Ferien, die ich jedes Jahr bei meinen Großeltern verbringen durfte, waren die Nüsse noch nicht reif.

Zu erwähnen scheint mir an dieser Stelle wichtig, daß meine Schwester nie irgendwelche Probleme mit Nüssen hatte.

Mein Mann meinte, nachdem ich ihm die Geschichte erzählt hatte, daß die Schläge wegen den Nüssen schon der Grund sein könnte, daß ich alles was eine harte Schale hat und innen einen Kern, nicht vertrage.

Ein paar Tage später erzählte ich die Sache meiner Mutti und meiner Schwester. Beide erinnerten sich ganz genau an die Begebenheit damals.

Dann fing ich an zu überlegen, was ich nun mache. Ich wußte überhaupt nicht wo und wie ich anfangen soll. Fragen konnte ich ja auch niemand. Nach ungefähr zwei Wochen kaufte ich eine Tüte Erdnüsse und legte ein paar in ein Schälchen. Den ganzen Nachmittag über schielte ich die Erdnüsse immer wieder an. Am Abend sagte ich dann zu meinem Leo: „So, und jetzt esse ich von den Nüssen, denn erstens bekomme ich von meiner Mutti keine Schläge mehr und zweitens lebt „die alte Fußin“ schon lange nicht mehr; es kann mir also gar nichts passieren.“ Mit sehr gemischten Gefühlen machte ich die erste Erdnuß auf und aß die beiden Kerne. Ich aß noch zwei oder drei und dachte immer, daß mir ja nichts mehr passieren

kann. Nach ungefähr zehn Minuten merkte ich plötzlich, daß es mich vorne im Mund sticht und brennt. Sofort sprang ich auf und sauste ins Bad, zog die Lippe etwas herunter und siehe da, es war schon ein dunkelroter Tupfen zu sehen. Ich schaute in den Spiegel und sagte zu meinem Spiegelbild: „Was soll denn das? Es kann Dir doch überhaupt nichts passieren!“ Am anderen Morgen war der Tupfen wieder weg. Ich aß sofort wieder Erdnüsse und wartete, aber es „tüpfelte“ nicht mehr. Seither esse ich wieder alle Arten von Nüssen, Mohn-, Sesam und alle anderen Körnerbrötchen und Brotsorten.

Alle Bekannte und Verwandte wurden im Laufe der Zeit darüber informiert, daß ich wieder Nüsse essen kann und warum.

Unser Hausarzt, Herr Dr. H., wußte von meiner Nuß-Allergie nichts, denn ihn haben wir erst seit April 1995.

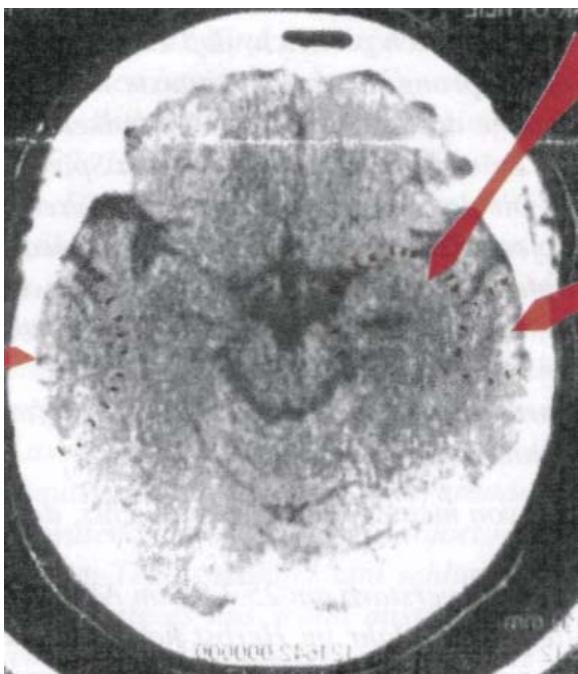
Herr Dr. R., unserer früherer Hausarzt verstarb am 25.3.95 im Alter von 63 Jahren an einer Lungenembolie. Letztes Jahr im Herbst hatte ich mal einen Termin bei Hr. Dr. H. und erzählte ihm unter anderem die ganze Geschichte. Er hörte mir ganz aufmerksam zu, stützte dann den Kopf auf den Arm und meinte: „Das ist ja sehr interessant!“ Weiter sagte er nichts.

Fast fünfzig Jahre meines Lebens hatte ich aufgrund der fürchterlichen Schläge und der „Todesdrohung“ - wegen den blöden Nüssen - unter den schmerzhaften Aphthen zu leiden. Wenn ich zurückdenke an die Aussagen der Ärzte von wegen Vitamin B- Mangel, Erbkrankheit usw. habe ich dafür nur noch ein müdes Lächeln übrig und kann nur sagen: „Was für ein Schwachsinn!“

Ottolie Sestak

Die Therapeutin der Patientin berichtet noch:

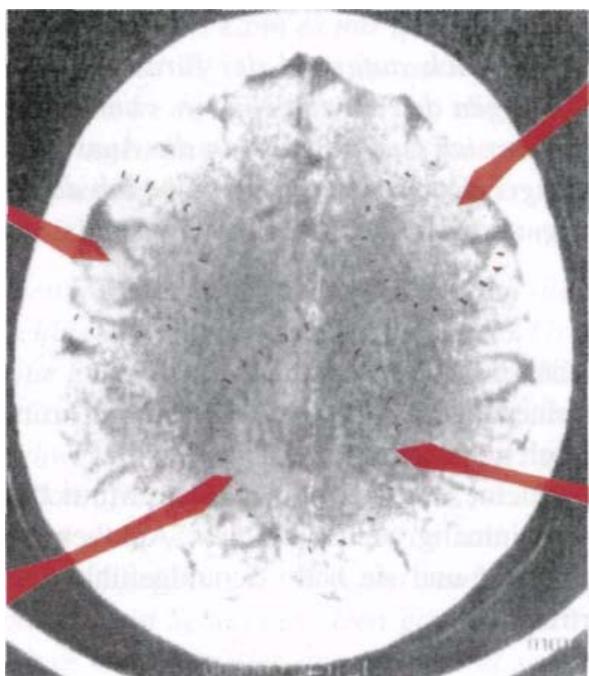
Ottolie erzählte bei uns noch eine kleine Begebenheit, die sie jedoch nun zum Aufschreiben vergessen hat, die jedoch auch sehr interessant ist; Sie erzählte nämlich die ganze Geschichte ihrer alten Mutti. Die Mutti bekam dann anschließend, wenn auch einmalig, selbst ein paar Aphthen im Mund. Es hatte ihr seelisch so zugesetzt und sie hatte Schuldgefühle und bekam die Aphthen einmal stellvertretend.



Linker Pfeil für rechte Mundseite: Aphthen. Der HH ist in Lösung.

Rechter seitlicher Pfeil für linke Mundseite: Aphthen, HH ebenfalls in Lösung.

Rechter oberer Pfeil: Hör-Konflikt, Sprach-Tinnitus = Stimme der Mutter im linken Ohr. Diese Schiene scheint noch nicht gelöst im August 1998. Es kann aber doch sein, daß der HH am aufquellen ist. Eine Lösung ist hier nicht ganz sicher auszuschließen.



Linker Pfeil. Kehlkopfschleimhaut-Relais. Der HH scheint hängend aktiv zu sein.

Rechter oberer Pfeil: HH im Bronchial-Relais, scheint ebenfalls noch hängend aktiv zu sein zum damaligen Zeitpunkt (17. August 1998)

Das würde bedeuten: Zwar ist die Aphthen-Schiene wohl vollständig gelöst, aber die alte Schreckangst-Schiene erfährt, möglicherweise durch die Stimme der ja noch lebenden Mutter, immer wieder Rezidive, und: Die in den Wechseljahren befindliche Patientin ist offenbar genau im „hormonalen Patt“, d.h. links ist der HH noch und rechts

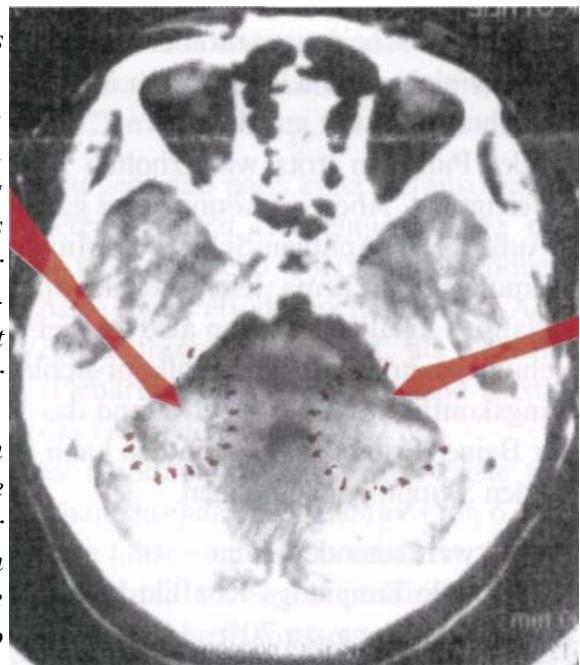
schon aktiv. Sie ist deshalb wieder in (corticaler) Schwebe-Konstellation.

Unterer Pfeil rechts und links: Der gewaltige brutale Trennungs-Konflikt (Prügel), das Periost der Beine und des Rückens betreffend, ist gelöst. Die Patientin berichtet, daß sie von dem 5 Lebensjahr an dauernd kalte Beine und Füße gehabt habe (typisch für Periost-Konfliktaktivität).

Rechter Pfeil: HH im Leber-Relais in pcl-Phase.

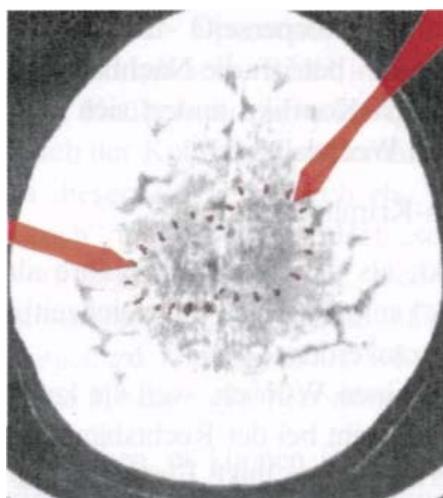
Linker Pfeil: HH im Sigma-Relais (Sigma-Ca) in pcl-Phase. Dieser HH umfaßt gleichzeitig auch das Akustikus-Relais für das linke Mittelohr; Zugehöriger Konflikt: einen Hörbrocken wieder loswerden wollen und nicht loswerden können (Stimme der Mutter).

Sowohl das Leber-Ca als auch das Sigma-Ca waren gewaltige Prozesse, glücklicherweise aber wohl laufend von Lösungsphasen unterbrochen. Denn sonst hätte man sicher mal etwas bemerkt. So hat die Patientin mit einer verkäsenden Leber-Tbc und einer ebenfalls verkäsenden Sigma-Tbc (Nachtschweiß und subfebrile Temperatur seit Jahrzehnten!) diese zugehörigen Karzinome immer wieder abbauen können. Deshalb der gewaltige HH rechts und links!



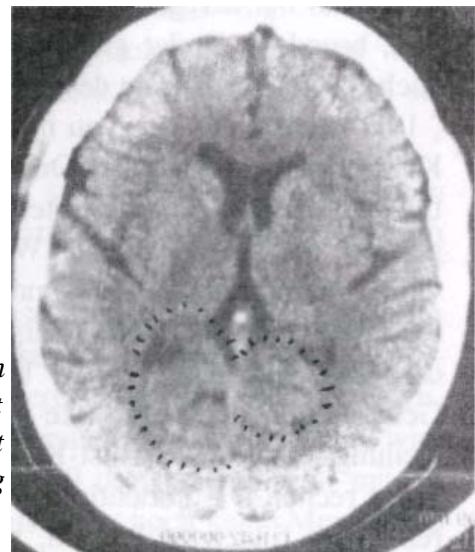
Rechter Pfeil: Trennungs-Konflikt von der Mutter oder den gewünschten Kindern, halb in Lösung.

Linker Pfeil: HH für Trennungs-Konflikt von Ehemann Nr. 1, halb in Lösung.



Links großes Relais für den rechten Eierstock (operierte Zyste).

Rechts kleines Relais für den nekrotisierten Eierstock. Aber auch dieser scheint noch 1989 durch die Wiederheirat „phantomatös“ noch eine (kleinere) Lösung erfahren zu haben.



Dieser Fall scheint so schön einschichtig und klar zu sein. Nun, wir wollen ihn hier nicht verunklaren. Dazu ist er zu schade. Aber er hat noch mehrere Schichten, wie wir auf dem Hirn-CT ersehen können, von dem der Radiologe der Patientin trotz wiederholten Bittens nur eine schlechte Papierkopie gefertigt hat. Aber wir können eine ganze Menge daran lernen:

Außer der „Aphthen-Schiene“ (Mundschleimhaut), die man ja nach dem Homunculus-Schema leicht rechts und links im tiefen lateralen Temporallappen lokalisieren kann als HH, lief gleichzeitig noch eine Schreckangst-Schiene, betreffend die Kehlkopf-Schleimhaut, sowie eine „brutale Trennungskonflikt-Schiene“, betreffend das Periost des Rückens, des Popos und der Beine (Prügel!). Die Aphthen kann man sehen, die anderen Schienen nur an den Symptomen erkennen.

Noch zwei Besonderheiten:

Der brutale Trennungs-Konflikt betraf gleichzeitig

- a) die Mutter, ca. zu 70%
- b) die Nachbarin, ca. zu 30%

beide gleichzeitig. Dieser Konflikt konnte sich im Laufe der Jahrzehnte nicht ändern, wenn die Patientin Rezidive erlitt: Mutter blieb immer Mutter, Nachbarin immer Nachbarin. Deshalb war der HH „übergreifend“ über beide Hemisphären. Rechte Hemisphäre für linke Körperseite - betrifft die Mutter; Linke Hemisphäre für rechte Körperseite - betrifft die Nachbarin.

Der andere Konflikt, nämlich der Schreckangst-Konflikt, ändert sich aber wohl, oder kann sich ändern, und zwar mit den Wechseljahren.

Das nachfolgende ist etwas für Neue Medizin-Kriminalisten:

Begonnen hat der ganze biologische Konflikt, als die Patientin 5 Jahre alt war, beendet war der ganze „Aphthen-Spuk“ mit 56. Dies ist gleichzeitig auch (1997) der Beginn der Wechseljahrs-Beschwerden.

1970 trennte sie sich von ihrem Mann auf seinen Wunsch, weil sie keine Kinder bekommen könnte. Der rechte Eierstock steht bei der Rechtshänderin für den Konflikt, den geliebten Mann zu verlieren, der linke Eierstock, angeblich „atrophisch“, war in Wirklichkeit „nekrotisch“, d.h. in Konfliktaktivität, keine Kinder bekommen zu können. Nach der Herausnahme des rechten Eierstocks blieb der linke aktiv, weil man ihr sagte, nun könne sie definitiv keine Kinder mehr bekommen. 1989 wurde, zusammen mit der Gebärmutter, auch der linke nekrotisierte Eierstock herausgenommen. Die Heilungsphase des Verlust-Konfliktes um den Ehemann war die Eierstocks-Zyste rechts. Die Patientin hatte, damals erst 29, gehofft, noch einen anderen Mann finden zu können, vielleicht auch mit ihm noch Kinder zu be-

kommen. Bei der Operation hatte man den linken Eierstock als „atrophisch“ bezeichnet, was in Wirklichkeit „nekrotisch“ hätte heißen müssen (keine Kinder bekommen zu können).

Nun wissen wir ja aus unseren Erfahrungen, daß nach einer herausoperierten Eierstocks-Zyste die übergeordneten Zentren (Nebennierenrinde und Hypophyse) die Östrogen-Produktion stellvertretend übernehmen können. So war es auch hier. Die Patientin hatte ihre Periode noch 5 Jahre. Aber auch danach war sie nicht in den Wechseljahren, selbst nicht, als sie 1989 (mit 48 Jahren) eine Totaloperation (Gebärmutter-Exstirpation und Exstirpation des atrophierten linken Eierstocks) erdulden mußte.

Aber : 1970, nach der Operation der rechtsseitigen Eierstocks-Zyste (die linke war ja atrophiert, quasi nicht vorhanden) hat die Patientin 3 bis 6 Monate Menopause durchgemacht. So lange hätte es nämlich gedauert, bis die Eierstocks-Zyste induriert gewesen wäre und Östrogen produziert hätte. Entsprechend lief das Sonderprogramm im Gehirn, müssen wir annehmen. Folgerichtig berichtet die Patientin, daß sie kurz nach der Eierstocks-Exstirpation einen starken trockenen Husten gehabt habe mit starkem Fieber (früher als „Virus-Bronchitis“ bezeichnet), bei dem sie 10 bis 14 Tage im Bett gelegen habe.

Nach der Operation war Menopause. Da sprang der Schreckangst-Konflikt mit seinem HH im Kehlkopf-Relais auf die männliche rechte Hirnseite hinüber und bewirkte dort einen HH im Bronchialschleimhaut-Relais. Auch der Konflikt muß damals gewechselt haben zum Revierangst-Konflikt. In dieser Zeit des Wechsels, kurz nach der Operation, wo der eine HH „noch“ und der andere HH „schon“ in Aktivität waren, hätte die Patientin vorübergehend, wie sie sich gut erinnern kann, eine sog. Schwebe-Konstellation. Sie träumte ständig davon, ein Vögelchen zu sein und wegfliegen zu können dahin, wo sie keiner kennt und niemand weiß, daß sie keine Kinder mehr bekommen kann.

Wir sehen, es können Begleitschienen, sofern sie im Revier-Relais gelegen sind, während der konflikt-aktiven Zeit durchaus ihre Qualität ändern, wenn die Hormonlage sich ändert.

In diesem Fall, in dem es für die linke Hirnseite zu einer vorübergehenden „Quasi-Lösung“ mit Kehlkopf-Husten kam, setzte aber einige Monate später die im Sonderprogramm enthaltene, cerebral gesteuerte Östrogen-Vermehrung ein, die die vorübergehende Menopause wieder umdrehte, wieder die Menses hervorrief und dafür sorgte, daß die Patientin erst mit 56 Jahren in die Wechseljahre kam, aus denen bis heute noch keine Menopause im hormonalen Sinne geworden ist, obgleich die Patientin seit einer Totalo-

peration 1989 keine Blutungen mehr bekommen kann, auch schon seit 1975 nicht mehr gehabt.

Jetzt ist der links-cerebrale Kehlkopfschleimhaut-Konflikt ja seit 29 Jahren wieder aktiv. Da der HH ja nur wenige Monate im Bronchialschleimhaut-Relais aktiv gewesen war, hat sie an den darauf natürlich gefolgten „kleinen Bronchial-Husten“ keine besondere Erinnerung mehr.

Seit Ende Juni '97 ist nun der Nuß-Aphthen-Konflikt gelöst. Seither kann die Patientin wieder Nüsse essen, ohne Aphthen zu bekommen. Und wieder bekam die Patientin einen „Virus-Kehlkopf-Husten“. 10 Tage war die Stimme weg. Wir wissen nicht, ob alle Schienen nunmehr definitiv gelöst sind - wir wollen es einstweilen annehmen.

Wenn die Patientin demnächst in die Menopause kommt, kann kein Schreckangst-Konflikt mehr springen, weil er nicht mehr da ist. Wir sehen, wie gut wir rechnen müssen, denn die Schienen - besonders, wenn sie zusammen beim gleichen DHS entstanden sind - müssen sich keineswegs synchron oder qualitäts-konstant verhalten. Es können Schienen gelöscht, bzw. gelöst werden, während die anderen noch aktiv bleiben.

Aber unsere Geschichte ist medizinisch noch nicht zu Ende. Die Patientin hatte noch zwei weitere Schienen, die aber glücklicherweise nie diagnostiziert wurden;

- a) eine Verhungerungs-Konfliktschiene mit Leber-Adeno-Ca, und
- b) einen häßlichen, hinterhältigen Konflikt mit Sigma-Adeno-Ca.

alles wegen der Nüsse. Wir können nicht genau rekonstruieren, ob die beiden Konflikte - mit schizophrener Stammhirn-Konstellation, die die Patientin ausdrücklich bestätigt - immer, meistens oder nur des Öfteren aktiv waren. Zur Zeit dieser Aufnahmen, am 17. August 1998, sind sie beide gelöst. Die Patientin hat sehr oft und manchmal auch längere Zeit Nachtschweiß mit subfebrilen Temperaturen gehabt, typische Zeichen einer tuberkulösen verkäsenden Heilungsphase solcher Adeno-Karzinome. Seit Juni '97 hat sie auch nicht mehr das Gefühl der Konsternation gehabt. Glücklicherweise wurden, wie gesagt, diese Schienen nie diagnostiziert. In der Medizin-Zeit vor der Neuen Medizin, wo solche Symptome als „bösertig“ galten, wäre die Diagnose für die Patientin das Todesurteil gewesen. Und die Aphthen im Mund wären dann „lauter Metastasen“ gewesen. Schauerlich, sich das auszumalen.

Manchen von uns fällt es schwer, sich einfühlen zu können, daß ein kleines Mädchen von 5 Jahren bei einem einzigen Biologischen Konflikt so viele Schienen „einfangen“ kann und - über mehr als 50 Jahr behalten kann. Noch schwerer fällt es uns im Moment vielleicht noch, zu verstehen, daß

alle diese Schienen ihren guten Biologischen Sinn haben: Sie sind biologisch sinnvolle Erinnerungs-Stützen an die „Nuß-Katastrophe“, die diese sensible Patientin als Kind so empfunden hat. Dabei spielt auch keine Rolle, daß bei der Schwester damals offenbar kein DHS eingeschlagen ist.

Interessant ist übrigens auch, daß bei der Mutter damals offenbar auch ein Konflikt abgelaufen war („Dem Vater tut die Tracht Prügel oft mehr weh als dem ungezogenen Buben“), denn sonst hätte sie die Aphthen der Tochter nicht so spontan assoziieren können.

Vielleicht versteht Ihr jetzt, liebe Leser, warum ich meinen Schülern einhämmere, das DHS genauestens zu recherchieren. Die meisten Schienen werden beim DHS gelegt. Die zusätzlichen Schienen, die bei einem Rezidiv dazukommen, sind meist nur wenige.

Gleichzeitig darf aber auf keinen Fall in Zukunft eine Art „Jagt auf Schienen“ einsetzen, denn das würde den Patienten nur verunsichern, solange er die Neue Medizin noch nicht ganz kennt und noch nicht weiß, daß das alles ja sinnvolle biologische Erinnerungs-Stützen sind, von Bösartigkeit keine Spur. Sie haben auch nichts mit Psychologie zu tun, sondern sind reine Biologie, psychisch genauso wie cerebral und genauso organisch. Und, wie man sieht, kann man alt damit werden und sogar glücklich. Der einzige grobe Unfug, den wir Zauberlehrlinge gemacht haben, war die Eierstocks- und Uterus-Exstirpation. Und natürlich hätten wir mit der Patientin einen solchen „Nuß-Konflikt“ schon 40 bis 50 Jahre früher lösen können - übrigens herrliche Gelegenheit für ein kleines sog. Psychodrama, in dem man alles naturgetreu nachstellt, aber für ein gutes Ende sorgt, was sich in der Erinnerung des/der Patienten/in dann auf den früheren schlechten Ausgang draufkopiert...

Frau Sestak, nochmals herzlichen Dank für den anschaulichen Erlebnisbericht.

14 Der hängende Konflikt oder der Konflikt im Gleichgewicht

am Beispiel von Psychosen und motorischen bzw. sensorischen Lähmungen

Die Neue Medizin hat eine Reihe von Spezialfällen und Spezialkonstellationen, so etwa, daß ein Krebs während der Schwangerschaft ab der 10. Schwangerschaftswoche nicht weiterwächst, weil das neue Leben absoluten Vorrang hat. Der Konflikt ist trotzdem durch die Schwangerschaft nicht automatisch gelöst, sondern nur einstweilen storniert, aufgeschoben. Ist er nicht bis zum Ende der Schwangerschaft in der Sache gelöst, so kehrt er pünktlich mit Beginn der Wehen wieder zurück. Das ist dann häufig die Konstellation für die sog. Schwangerschaftspsychosen, besser gesagt Geburtspsychosen. Wir finden hier das Phänomen, daß der Konflikt mit allem, was dazugehört, in einer Art Gleichgewicht hängenbleibt, weder weitermacht noch verschwindet, genau für die Dauer der Schwangerschaft.

Ähnlich verhält es sich mit dem eigentlichen Konflikt im Gleichgewicht. Das bedeutet: Der Konflikt im Gleichgewicht ist ein Konflikt, der mit DHS entstanden ist und seiner Art nach einen Hamerschen Herd und auf Organebene ein Krebskorrelat hat. Seine Aktivität ist aber sehr reduziert, ohne gelöst zu sein. Ein solcher Konflikt ist einerseits relativ ungefährlich, weil er hinsichtlich Krebs keine oder fast keine Aktivität mehr hat, da keine Konfliktmasse aufgebaut wird.

Ein typisches Beispiel für einen solchen oft hängenden Konflikt ist ein motorischer Konflikt, der das motorische Zentrum (Gyrus praecentralis) der Hirnrinde betrifft, so daß eine Lähmung andauert. Die Lähmung „*hängt*“, d.h. die Lähmung bleibt bestehen. Dieser Zustand wird häufig als Multiple Sklerose bezeichnet. Eine andere Dimension oder Qualität bekommt aber ein solcher hängender Konflikt, wenn ein weiterer Konflikt mit einem Hamerschen Herd auf der Gegenseite des Großhirns durch ein DHS dazutritt. In diesem Fall wird der Patient für die Dauer des gleichzeitigen Bestehens beider Konflikte auffällig, sonderbar, *schizophren*. Denn das ist ja die Konstellation für die schizophrene Konstellation, daß der Patient auf beiden verschiedenen Hemisphären-Seiten, jeweils beide im Cortex oder beide im Marklager, je einen aktiven Konflikt hat.

Der Patient ist im wahrsten Sinne des Wortes „spaltsinnig“. Ich glaube, daß man die Bedeutung des hängenden Konfliktes überhaupt nicht hoch

genug einschätzen kann. Die sog. „Geistes- und Gemütskrankheiten“ sind die häufigsten Krankheiten, häufiger als Herzinfarkt. Und die meisten dieser ärmsten anstaltshospitalisierten Patienten sind deshalb in diesen Anstalten, weil sie mit einem solchen hängenden Konflikt behaftet waren, zu dem von Zeit zu Zeit ein neuer (unglücklicherweise auf der Gegenseite des Großhirns gelegener) Konflikt hinzukam und den Patienten „zum Ausrasten“ gebracht hat. Die dramatisch-auffällig gewordenen Patienten haben nach meinen Beobachtungen ausnahmslos einen dritten Konflikt *zusätzlich* erlitten oder hatten eine sog. „biomanische Konstellation“ (s. Kapitel über Psychosen).

Das bedeutet: Die Patienten mit solchen 2 Konflikten, davon je einen in verschiedenen Großhirn-Hemisphären, werden undramatisch schizophren, oder nicht dramatischer als ein an Krebs Erkrankter krank geworden ist.

Die Patienten, die dramatisch psychotisch werden, irgendwelche dramatischen Aktionen machen, toben oder dramatisch „ausrasten“, haben, wie gesagt, für gewöhnlich einen zusätzlichen Konflikt erlitten. Auch über diese Zusammenhänge oder Differenzierung konnte bisher verständlicherweise kein Psychiater je eine Auskunft geben. Nach solcher Art von Konflikten hatte ja auch nie jemand gefahndet. Überhaupt hielt es der Psychiater bisherigen Genres für nicht nötig, oft unter seiner Würde, mit dem „Verrückten“ menschlich zu kommunizieren. Der Psychotiker gilt bis heute für den Rest seines Lebens als „abartiger Mensch“, als Wesen, in das man sich nur streckenweise, im Grunde aber nicht einfühlen kann. Folglich werden alle Psychotiker „ruhiggestellt“, wie das im Fachjargon heißt, salopp auch Tranquilizer-Keule genannt. Durch diese Ruhigstellung - Theater und Geschrei kann man in der Klinik nicht gebrauchen - macht man genau das Verkehrteste, jedenfalls für den Patienten das Verkehrteste, was man machen kann: Man friert die Konflikte ein und macht sie alle zu „hängenden Konflikten“, so daß der Patient praktisch auf Dauer schizophren bleibt und nun erst recht gar nicht mehr herausfindet aus seinen Konflikten, zumal sich für ihn durch die Tatsache seiner gesellschaftlichen Liquidierung - und etwas anderes bedeutet die Dauer-Hospitalisierung nicht - eine gähnende menschliche und gesellschaftliche Leere vor ihm auftut, der er wiederum nur entfliehen kann, wenn er auf seinem kümmerlichen kleinen Plätzchen in der Anstalt als Aussätziger der Gesellschaft hocken bleibt.

Wenn ihr, liebe Leser, im Kapitel Schizophrenie, bzw. Psychosen, die aufgeführten Fälle nachlest, werdet ihr feststellen, daß viele der dort beschriebenen Patienten einen solchen hängenden Konflikt hatten, bevor ein zweiter dazutrat und den Menschen „verrückt“ gemacht hat. Ich bin mir bewußt, daß man die einzelnen Fälle genausogut auch in einem anderen

Kapitel hätte vorstellen können. Aber es kommt ja nur darauf an, daß du, lieber Leser, das System begreifst. Dann klärt sich ohnehin alles von selbst.

Ein ebenfalls sehr großer Prozentsatz unserer „Anstalts-Insassen“ sind Patienten mit irgendwelchen Lähmungen und deren Folgen. Die Lähmungen kommen meist zustande durch einen Hamerschen Herd, z.B. durch einen motorischen Konflikt im Gyrus praecentralis, wobei nach dem DHS der Konflikt zunächst andauert, später abgeschwächt wird, aber niemals ganz gelöst wird. Denn in der Zwischenzeit bleibt die Psyche des Patienten ja nicht unbeteiligt. Selbst bei Kindern und Tieren finden wir nach Lähmungen als konsequentes nächstes DHS einen Selbstwerteinbruch-Konflikt. Das DHS entsteht meist in dem Moment, wo der Patient spürt, daß er gelähmt ist. Das kann ein „Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch“ sein, das kann aber auch ein zentraler Selbstwerteinbruch-Konflikt sein. Es folgen dann Osteolysen im Knochen, die wiederum Skelettdeformationen nach sich ziehen. Zeitweilig kommt es zu Revalorisationen, wo der Patient seinen Selbstwert wieder - auf einer niedrigeren oder transformierten Ebene - einigermaßen aufbauen kann, woraus wiederum Rekalzifizierungen resultieren und damit gleichzeitig eine Zementierung der „Krüppelhaftigkeit“, was wiederum neue Folgen psychischer Art haben kann.

Die Knochendeformationen wie Skoliosen etc., die das Resultat eines langen psychocerebral-organischen Prozesses sind, operativ korrigieren zu wollen, ist sehr problematisch, zumindest solange man sich überhaupt nicht mit dem Werdegang dieses Prozesses, sprich mit der Psyche des Patienten, beschäftigt hat.

So kümmern unsere „Krüppel“ in den Anstalten dahin. Es war mal ein relativ geringer Anlaß, den man rasch hätte ausbügeln können, dessen Folgen und Folgesfolgen aber katastrophal sind. Betrachtet man von daher, welche Sorte von Medizinern solche armen Menschen nötig hätten, so bestimmt nicht die heutige Sorte von arroganten Medizininmillionären, die eingebildet mit der Nase an der Decke schleifend durch die Krankenzimmer schweben, stets umgeben vom Gefolge ihrer professionell bedeutsam blickenden und stets zu jedem Wort des Souveräns heftig nickenden Höflingen, genannt Assistenten.

Die Medizin wird schwer in Zukunft - und wunderbar. Wir müssen zu dem menschlichen Niveau zurückfinden, das die Ärzte unserer Vorfahren schon vor Tausenden von Jahren hatten und das uns verlorengegangen ist.

14.1 Fallbeispiel: Bubenrauchen mit Folgen

Den nachfolgenden Fall hat das Leben so geschrieben, wie ich ihn versuche zu erzählen. Er stammt aus Südfrankreich.

Zwei zwölfjährige Büschlein saßen im Schuppen und rauchten. Sie wußten natürlich, daß der Vater des einen Jungen, in dessen Scheune sie saßen, seinem Filius das streng verboten hatte. Aber gerade das Verbotene hat ja seinen besonderen Reiz. Das war 1970, eine Allerwelts-Lausbubengeschichte. Plötzlich schaute eine Schwester zur Tür des Schuppens herein: „Was macht ihr denn hier, rauchen? Das sage ich dem Vater!“ Sie hatte es dem Vater gar nicht sagen wollen, nur geblufft. Der eine Bub geriet in Panik: „O Gott, die petzt das, das gibt eine Tracht Prügel!“. „Du“, sagte er, „wenn die das petzt, häng' ich mich auf!“

Zwei Tage später hing der Junge sich über der Badewanne auf. Die Eltern des Jungen erfuhren, warum sich der Bub aufgehängt hatte. Das ganze Dorf war in Aufregung, und alles starzte auf Jean, unseren Patienten. Jean (Rechtshänder) erlitt einen furchtbaren Konfliktschock, ein dreifaches DHS: einen Verlust-Konflikt (mit nachfolgendem Hoden-Ca rechts), einen Revierangst-Konflikt (mit nachfolgendem Bronchial-Ca des linken Lungenoberlappens), einen Selbstwertseinbruch (mit nachfolgenden Halswirbel- und Brustwirbel-Osteolysen) sowie, vermutlich schon damals, einen brutalen Trennungs-Konflikt im postsensorischen Rindenzentrum.

Gleichzeitig ist er seitdem an einer manschettenartigen Vitiligo²⁰⁷ am Hals und beiden Handgelenken erkrankt. Das HH-Relaiszentrum dafür liegt im sensorischen Rindenzentrum des Großhirns. Die Vitiligo sind Ulcera der Unterseite der äußeren Plattenepithel-Haut. Der Konflikt ist immer ein brutal-häßlicher Trennungs-Konflikt.

Vom Tag des DHS an, als sein bester Freund sich aufgehängt hat, war der junge Jean in Sympathicotonie. Er träumte fast jede Nacht vom Tod seines Freundes, sah sich im Traum zum Friedhof gehen, nahm an Gewicht ab, hatte immer eiskalte Hände. Das Schlimmste aber war: Er hatte furchtbare Depressionen und war „seltsam verändert“. Aber das führten alle auf seine Trauer um den Kameraden zurück und hielten es für verständlich. Er war depressiv, weil im vorpubertären Alter (hormonales Patt!) der rechte periinsuläre Bereich betroffen war, und „seltsam verändert“, nach Lage der Dinge eindeutig in mehrfach schizophrener Konstellation.

Nach etwa einem Jahr schwächte der Gesamtkonflikt ab, ohne je gelöst zu sein. Er wurde nur zum Teil ein hängender Konflikt, denn das Selbstwertge-

²⁰⁷ Hautdepigmentierung = Weißfleckenkrankheit

ühl hatte einen schlimmen Knacks erlitten, und die Folge war eine Skoliose²⁰⁸ der Brustwirbelsäule und eine Entkalkung der Halswirbelsäule, insbesondere des Atlas (1. HWK) und des 4. bis 6. HWK, entsprechend einem intellektuellen Selbstwerteinbruch-Konflikt, bei dem es immer um Grundsätzliches geht, z.B.: „Ist das göttliche Gerechtigkeit mit mir? Habe ich das verdient?” etc.

Als man 3 Jahre später eine Stützoperation der Halswirbelsäule machte, ging die Operation daneben, statt dessen erfolgte eine Halswirbelfraktur. Man sagte es dem Patienten.

Der Patient rastete völlig aus. Alles erinnerte ihn an den Hals seines durch den Strick gestorbenen Freundes, er geriet augenblicklich ins *Delir*, starre immer nur an die Decke, hatte ein Depersonalisationsgefühl, er sah sich liegen, alles wurde von unten herauf zu Wasser, denn sein Freund hatte sich über der Badewanne erhängt. Bei allen Geschehnissen, die er im Delir sah, war immer sein erhänger Kumpan anwesend.

Der Patient hatte einen motorischen Zentralkonflikt erlitten zu den vorhandenen 5 hängenden Konflikten und kam dadurch augenblicklich ins Delir, hatte seither eine Tetraplegie²⁰⁹, d.h. eine Lähmung beider Arme und Beine. Er war ein gelähmter Krüppel, verschlossener Sonderling, was man in seiner Umgebung aber auf sein trauriges Schicksal zurückführte. Zeichen eines weiteren sensorischen corticalen Konfliktes (Schmerz- bzw. Berührungs-Konflikt) im sensorischen Rindenzentrum waren weiterhin die über den ganzen Körper verteilten Aufreibungen der Nervenscheiden-Enden, sog. Recklinghausen-Knoten. Dazu bestand immer noch und schon wieder eine Depression.

Als ich den Patienten im Mai '86 zum ersten Mal sah, war der junge Mensch fast vollständig gelähmt. Lediglich den rechten Arm konnte er ein ganz klein wenig bewegen, konnte aber weder greifen noch den Arm heben. Eigentlich kam er nur als „Versuchspatient“, weil ohnehin kein Doktor mehr was mit ihm anzufangen wußte. Seine Hände waren eiskalt. Er saß oder lag mehr, hilflos im Rollstuhl, fast bis zum Skelett abgemagert. Wir haben uns einige Stunden miteinander unterhalten. Das hatte ihm bis dahin noch kein Doktor vergönnt. Er wäre ja auch längst in einer sog. Schwerbehindertenanstalt gewesen, wenn seine Familie ihn nicht rührend gepflegt hätte. Im Laufe des Gesprächs faßte er Vertrauen zu mir und war erstaunt, daß sich zum ersten Mal jemand für das interessierte, von dem er, wie er mir gestand,

²⁰⁸ Skoliose = Verbiegung der Wirbelsäule mit Drehung der einzelnen Wirbelpartien und Versteifung in diesem Abschnitt

²⁰⁹ Tetraplegie = komplette Lähmung aller vier Extremitäten

noch die meisten Nächte träumt: Die Sache mit dem Selbstmord seines Freundes vor 16 Jahren.

Und das Wunder geschah!

Der leidgeprüfte, so sensible junge Mensch redete sich zum ersten Mal seit 16 Jahren seinen ganzen Kummer von der Seele, heulend, immer unterbrochen von krampfhaftem Schluchzen. Es sprudelte, explodierte aus ihm heraus. In seiner Umgebung hatte ja jeder die leidige Sache gekannt. Jeder vermißt es, aus Rücksicht auf seine empfindliche Stelle, mit ihm darüber zu reden. Und so drehte sich der Teufelskreis immer weiter.

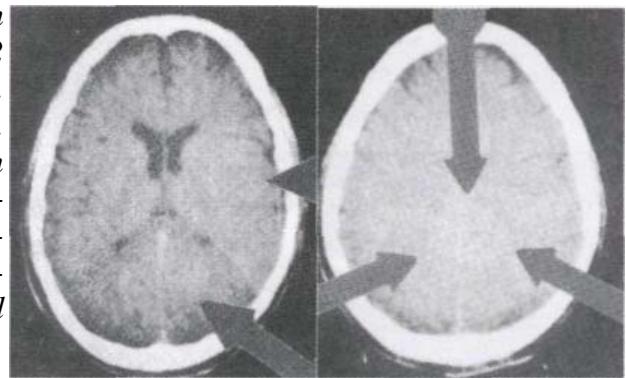
Aber jetzt erwachte dieser bis dahin in dumpfer lethargischer Verzweiflung gefangene junge Mensch mit einem Schlag wie aus einem tiefen Albtraum. Plötzlich sagte er ganz unvermittelt mitten im Gespräch: Ich weiß und spüre ganz deutlich, daß ich jetzt wieder gesund werde. Als er weggefahren wurde, hatte er zum ersten Mal seit 16 Jahren zwar noch keine warmen, aber schon nicht mehr eiskalte Hände. Die Rakete war gezündet. Danach kamen körperlich schlimme Monate für ihn: Er bekam ganz heiße Hände, einen ganz heißen Kopf, starke Hirnschwellung und das bißchen Mobilität des rechten Armes ging anfangs noch zurück. Dagegen stand aber, daß er plötzlich Heißhunger bekam, endlich wieder ohne Albträume schlafen konnte und sich wohl fühlte.

Mit Dosen um 30 mg Prednisolon täglich gelang es uns, die kritische Phase der langdauernden Hirnschwellung glücklich zu überstehen, zumal der Patient ja mit kompletter Moral und beendeten Psychosen voll psychisch mitziehen konnte. Inzwischen kann er wieder beide Arme relativ gut bewegen, die Beine teilweise. Er hat 20 kg an Gewicht zugenommen und nimmt jetzt ohne Cortison - noch weiter zu. Er fühlt sich, wie er sagt, „bombig“. In Wirklichkeit wird sicher noch ein halbes Jahr hingehen, bis er die ersten Schritte wagen kann. Aber das Wunder wird dadurch nicht geschmälert, daß es etwas länger dauert. Auch psychisch ist der Patient zwar jetzt bei bester Moral, weil seine Psychosen (Depression und Schizophrenie) von ihm abgefallen sind, als wäre er immer der normalste Mensch gewesen. Aber er ist immer noch schlapp und müde und wird es auch sicher noch ein halbes Jahr bleiben, auch wenn er jetzt kein Cortison mehr braucht.

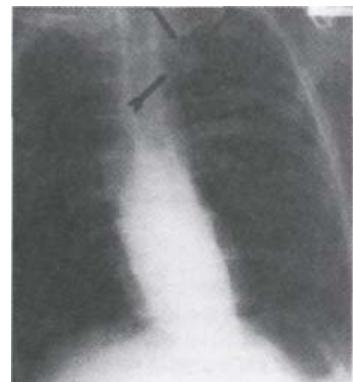
Die Ruhmesorden für diesen wundervollen „Fall“, das will ich gleich dazu sagen, gebühren nicht mir. Ich habe nur das System geliefert. Seine Angehörigen und meine Freunde in Frankreich, die sich aufopfernd für diesen so dankbaren Patienten eingesetzt haben - und zwar ehrenamtlich! - sie haben gemeinsam ein Meisterwerk an Vertrauensklima und Klugheit geschaffen, in dem dieses kümmerliche kleine Pflänzchen gedeihen konnte. Und das ist viel schwerer, als ich das hier zu schildern und zu würdigen vermag. Nur wenn

solche optimalen Voraussetzungen gegeben sind, kann man ein solches Wunder planmäßig vollbringen. Ich habe den Fall so ausführlich aufgeschrieben, weil er für viele ein Trost und eine begründete Hoffnung sein soll. Das, was bei diesem jungen Mann nach 16 Jahren noch reversibel war, ist bei sehr vielen anderen Patienten ebenfalls noch reversibel. Die landläufige Meinung, solche Lähmungen seien nach gewissen Zeiten irreversibel, waren weitgehend schlicht ein Irrtum.

Die beiden linken Bilder zeigen Hirn-CT-Aufnahmen etwa 2 Wochen vor der Konfliktlösung. Sie haben deshalb kein Ödem. Auf dem linken Bild sieht man den oberen Pfeil auf den markierten HH im rechten perinsulären Bereich weisen, entsprechend dem Revier- und Revierangst-Konflikt, dazu korrespondierend im linken unteren Thoraxbild die Restatelektase des Bronchial-Ca des linken Lungenerlappens (Pfeile).



Der untere Pfeil des linken oberen CT-Bildes weist auf das Relais für den rechten Hoden. Diese Konflikte hängen seit 16 Jahren. Die Pfeile des rechten oberen Hirn-CTs vom gleichen Tag zeigen den (postsensorischen) Zentralkonflikt vor der Conflictolyse. Das Foto rechts unten zeigt die Halsmanschetten-Vitiligo. Zur Zeit des Fotos (August '86) hatte der Patient schon wieder 10 kg zugenommen. Nach dem 1. Fünffach-DHS war der Patient „seltsam verändert“, weil in schizophrener Konstellation.





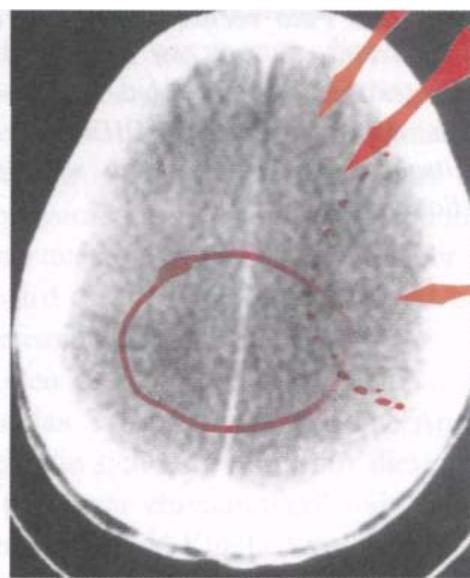
Zwischen 1970 und 1974 hatten alle 5 Konflikte „gehangen“. Als der Patient 1974 durch die mißglückte Halswirbeloperation einen motorischen Zentralkonflikt und einen weiteren sensorischen Konflikt erlitt, rutschte er augenblicklich ins Delir.



Das nebenstehende Hirn-CT stammt vom 22.7.86, kam aber nur durch einen „Trick“ zustande. Denn die Ärzte sahen keinen Sinn darin, bei einem „Pflegefall“, wo beim 1. CT schon „nichts herausgekommen war“, auch noch eine Kontrolle zu machen. Deshalb gab der Patient „Stirnhöhlenschmerzen“ an. Daraufhin wurde ein Spezial-CT gemacht, so daß ich nur Aufnahmen von der Basis und tiefer habe.

Man sieht jedoch, daß die ganze periinsuläre Region unter Oedem geraten ist (Pfeil).

Leider wurden danach lange keine Hirn-CTs mehr genehmigt, so daß die Cortison-Therapie „über den Daumen gepeilt“ werden mußte.

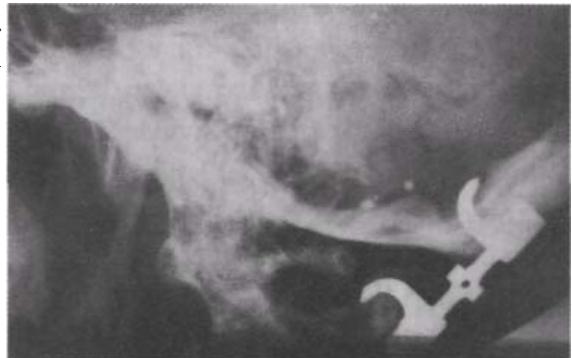
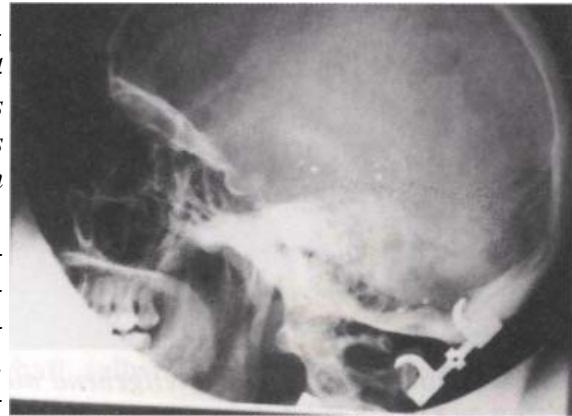


Auf dem Bild links ist deutlich der ausgedehnte HH des Revier-Konfliktes zu sehen, der nun nach so vielen Jahren des „Hängens“ in Heilung gegangen ist und Oedem bekommen hat. Der Pfeil weist auf die Einschlagstelle bzw. den Kern des Hamerschen Herdes (ganz kurz nach der Lösung).

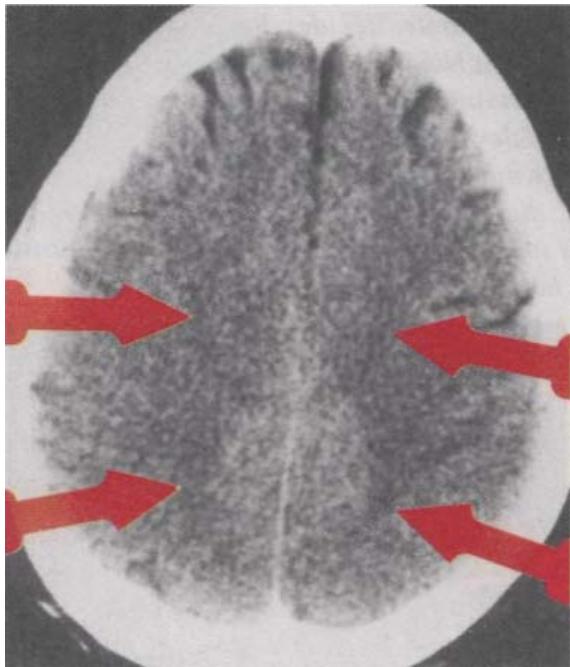
Auf der rechten Aufnahme sind rechts die periinsulären HHe des Revier- bzw. Revierangst-Konflikts gekennzeichnet, die bis in die Cortex hochreichen. In der Mitte, mit dem durchgezogenen Kreis umgeben, ist der postsensorische Zentralkonflikt sichtbar, der deutlich Oedem hat, wenn auch nicht sehr viel.

Die folgenden seitlichen Aufnahmen des Schädels zeigen die 1974 eingebaute Abstützzwinge. Damals brach dabei der Dornfortsatz des Epistropheus²¹⁰. Vor der Operation hatte man dem Patienten gesagt, man rechne mit einer Kompressionsfraktur des Atlas, was eine augenblickliche hohe Querschnittslähmung zur Folge haben könne. Deshalb sei die Operation lebensnotwendig. Die Mitteilung, daß die Operation ein Fehlschlag war, hatte 2 weitere Konflikte mit anschließendem Delir bewirkt. Mutter Natur hatte jedoch ein Einsehen: Auf den beiden Bildern sieht man die Rekalzifikation der Schädelbasis und der obersten Halswirbel - zwischen Calotte und Epistropheus ist eine komplette knöcherne Durchbauung mit Versteifung der Gelenke sichtbar.

Die Zwinge, die ursprünglich nur als Palliativ-Maßnahme eingesetzt war, um die drohende Querschnittslähmung noch hinauszuzögern, stabilisierte damals den Schädel. Heute wäre sie überflüssig, denn alles ist durch dichten Callus gut stabilisiert.



²¹⁰ Epistropheus = 2. Halswirbel



Auf dieses Bild von Mitte Juli '87 habe ich sehnsüchtig gewartet. Ich hatte so sehr gehofft, daß es so sein würde, für den Patienten und für die Millionen von armen Menschen, die an der gleichen Krankheit leiden. Nun ist es da, und es ist wunderbar!

Immer hat der junge Mann gesagt: „Ich weiß, daß Dr. Hamer recht hat, ich habe es gemerkt und spüre es täglich, es wird besser. Es macht nichts, wie lange es auch dauert, ich werde es schaffen!“

Und nun hat er es geschafft! Er kann sich schon wieder in seinem Bett bewegen, fühlt seine Glieder wieder, die er früher nicht gefühlt hat, kann die Muskeln schon

weitgehend wieder kontrollieren.

Und im CT sehen wir jetzt den eigentlichen Grund, die motorischen und sensorischen Zentralkonflikte, endlich in Lösung gehen!!

Wir wußten alle, es mußte so sein, denn das Märchen von der Querschnittslähmung habe ich nie geglaubt. Denn damit ist man immer schnell bei der Hand. Die Zusammenhänge mit den Konflikten waren zu eindeutig!

Läßt euch nicht ein heiliger Schauer den Rücken hinunter, wenn ihr überlegt, liebe Leser, was das für weltweite Auswirkungen hat, was da gefunden wurde? Daß man nach so vielen Jahren einen Konflikt noch lösen kann und die Innervation offenbar wieder funktionieren kann! Es ist wirklich ein Wunder.

Trotzdem muß ich eure Hoffnungen etwas dämpfen. Nicht jeder junge Mensch hat eine so wunderbare Moral wie dieser junge Mann! Es ist ein langer Weg. Zwar hat solch ein Mensch nichts mehr zu verlieren. Aber das Wiederkehren der Hirnfunktion ist auch nicht ganz ohne Beschwerden. Es gibt Hyperästhesien, Kopfschmerzen, Fieber etc.

In solchen Fällen müßt ihr stets kriminalistisch vorgehen, genau in Erfahrung bringen, wann welche Lähmung entstanden ist. Man kann nicht länger alles, was man nicht erklären kann, einfach als Querschnittslähmung abtun oder als Quetschung der Nervenwurzeln.

Es ist auch möglich, sogar bei vielen Fällen äußerst wahrscheinlich, daß die mit einer Lähmung zur Welt gekommenen Kinder intrauterin²¹¹ ein

²¹¹ intrauterin = innerhalb der Gebärmutter

schweres Konflikt-DHS erlitten haben, das ins motorische Zentrum eingeschlagen hat. Immer muß es ein Angst-Konflikt des „Gebanntseins“ oder des „Gefangenseins“ sein, das zu einer Lähmung der Motorik führt. Das hat überhaupt nichts mit Intelligenz oder bewußtem Überlegen zu tun. Das geht quasi halbautomatisch innerhalb von Bruchteilen einer Sekunde. Bei einer bestimmten Art von Konflikt-DHS reagiert das Individuum, Mensch und Tier, mit einer bestimmten Art von „Gebanntseins-Lähmung“, weil eben das zuständige Hirnzentrum betroffen ist.

Natürlich werdet Ihr sofort fragen: Ja, aber wie bekommt man den eigentlichen Konflikt jetzt nach evtl. langer Zeit noch heraus. Bestimmt nicht beim Partygespräch, sondern oftmals erst nach mühevoller Detektivarbeit. Immerhin weiß man ja schon einiges, nämlich welche Art von Konflikt das gewesen sein muß.

Eine Mutter kann in der Schwangerschaft ein DHS erleiden, jedoch, außer in den ersten drei Monaten, keinen daran normalerweise anschließenden Konflikt. Das hat eben seine biologischen Gründe. Und viele Konflikte lösen sich dann durch die Schwangerschaft selbst. Aber das Ungeborene kann durchaus Konflikte im Mutterleib erleiden.

Die zweite Schwierigkeit sehe ich darin, daß es immer nur ganz wenige kluge Menschen gibt. Die Allermeisten sind leider dumm. Und unter den Dummen sind meist die noch die Allerdümmsten, die sich für überklug halten. Es wird schwierig sein, engagierte kluge Ärzte zu finden, die gleichwohl nicht das Bestreben haben, Medizyn-Millionäre zu werden.

Merke:

Das Krebsäquivalent des Hamerschen Herdes im motorischen Zentrum des Gyrus praecentralis ist die Lähmung, denn es geht kein motorischer Code mehr heraus, solange Konfliktaktivität besteht. Der Konflikt des motorischen Zentrums ist die konfliktive „Gebanntseins-Angst“, die Angst, nicht fliehen oder ausweichen zu können.

Das Krebsäquivalent des Hamerschen Herdes im sensorischen Zentrum des Gyrus postcentralis ist die Sensibilitätsstörung, sowie oftmals der Recklinghausen-Knoten, eine Gliawucherung der Nervenscheide, weil der Weg der afferenten Leitung²¹² zum Hamerschen Herd blockiert ist.

Der Konflikt des sensorischen Zentrums ist der Trennungs-Konflikt, der Konflikt des Verlusts des Körperkontaktes (z.B. Mutter, Familie,

²¹² afferente Leitung = nervöse Erregungsleitung vom peripheren Organ zum Gehirn

Herde usw.), was in der Natur durchaus tödlich sein kann, im weiteren auch „Verlassenseins-Angst“.

15 Der Teufelskreis

Gingen früher Patienten, die zur Konfliktlösung und Behandlung bei mir waren, wieder in schulmedizinische Behandlung mit Radikaloperation, Bestrahlung und Zytostatika, dann waren sie fast alle dem Tode geweiht. Gesund kann dort nur zufällig mal jemand werden, der im Grunde gar keinen aktiven Krebsprozeß hatte, sondern ein inaktiviertes oder eingekapseltes altes Ca. Bleiben die Patienten aber in einem panikfreien sanatoriumsähnlichen Krankenhaus mit kleiner Intensivabteilung bis sie ganz gesund sind, dann überleben die allermeisten, sogar schätzungsweise 95% oder noch mehr von allen.

Dazwischen ist der Teufelskreis!! Wir können ihn beschreiben als eine immer schnellere Abfolge ursächlich verknüpfter Ereignisse auf allen drei Ebenen von Psyche, Gehirn und Organen ausgehend von Ersterkrankung, nachfolgender Diagnose mit Diagnoseschock, nachfolgender Zweiterkrankung mit weiteren Diagnose und Prognose-Schocks. Zwischendrin kann es durchaus Lösungsphasen-Symptome geben, die jedoch meist sofort wieder schulmedizinisch fehlinterpretiert werden und so den Patienten noch tiefer in den Teufelskreis hineinführen ...

Würden die Menschen nicht über ihre Krankheit reflektieren und sich nicht in Panik bringen lassen, dann würden an der eigentlichen Krebs-Ersterkrankung nur relativ wenige sterben, praktisch nur die, bei denen der Konflikt nicht oder nur sehr spät gelöst wird. Nach meiner Schätzung sind das etwa 10 - 20%. Aber von diesen 10 - 20% können noch die allermeisten überleben, wenn sie ihren Konflikt lösen könnten - mit Hilfe verständnisvoller, kluger Menschen.

Die allermeisten Patienten, die an Krebs erkrankt sind, sterben heute an der *Panik-Angst!* Die Ursache für diese völlig überflüssige und geradezu verbrecherische Panikmache sind die Unärzte selbst! Die iatrogene, d.h. ärztlich verursachte Panikmache durch Pessimaprognose und dgl. führt zu neuem Konflikt-Schock und neuem Krebs, sog. „Metastasen“ (die es als solche gar nicht gibt).

Ein Fall aus Österreich ist hier ganz besonders aufschlußreich: Aus einer Meldung vom 7.10.99 in allen Österreichischen Medien erfuhr man folgendes; Eine Gynäkologe-Arztsekretärin hat seit 6 Jahren bei insgesamt 140 Patientinnen die histologische Diagnose „bösertig, Krebs“ der Abstriche „entsorgt“ und den Patientinnen geschrieben, es sei „alles in Ordnung“. Hätte man den Patientinnen die Diagnose mitgeteilt und die entsprechende (Pseudo-) Therapie eingeleitet (Operation und Chemo), dann wären inzwischen

sehen, entsprechend der amtlichen Statistik, 130 - 135 der Patientinnen bereits tot. So aber ist keine einzige der Patientinnen gestorben, Eine einzige soll wieder erneut einen positiven Abstrich haben, alle anderen 139 gelten als „unerklärliche Spontanheilungen“, die es aber nach bisheriger offizieller Lesart unter 10 000 nur einmal gegeben hatte. Jetzt gibt es sie 140 mal hintereinander. Man sieht: alles Schwindel, Lug und Betrug. Der Staat selbst ist der Betrüger!

Es hätte doch jedem Arzt irgendwann einmal dämmern müssen, daß es für eine Tatsache sonst keine Erklärung gibt, die gleichwohl alle kennen, nämlich daß wir bei Tieren nur extrem selten einen Zweitkrebs finden. Erst im letzten Stadium von schwerer körperlicher Behinderung kann auch das Tier z.B. einen Selbstwerteinbruch mit Knochenkrebs erleiden, wenn es nicht mehr laufen kann oder sich aus Schwäche nicht mehr wehren kann.

Wir wissen ja auch, daß bei allen an Krebs erkrankten Patienten, das kann ich sogar mit meinem eigenen Krankengut belegen, bei der Diagnosenstellung der Krankheit Krebs nur 1 oder 2% der Patienten - und die auch aus guten Gründen — überhaupt Lungenrundherde zeigen. Zwei, drei Wochen später allerdings weisen die Kontrollaufnahmen schon bei zwischen 20 und 40% der Patienten Lungenrundherde auf, Zeichen für das fast regelmäßig durch die (brutale) Diagnoseeröffnung eingeschlagene Todesangst-DHS. Solche intellektuelle Todesangst, die ja, wie man bei den Tieren sieht, jeder zwingenden Notwendigkeit entbehrt und einzig und allein durch die Ignoranz solcher Unärzte bewirkt wird, dieser iatrogene Schock ist heute die häufigste Todesursache bei Krebserkrankung. Zu diesem Todesangst-Schock bei der Diagnoseeröffnung hinzu kommen dann noch unzählige Prognose-“Folterungen”. Später werden solche Unärzte alle mit den Schultern zucken und behaupten, es sei eben alles ein großes Mißverständnis gewesen.

Das ist nicht wahr.

Meine armen Patienten. Sie sind stets hin und her gerissen. Auf der einen Seite haben viele die Neue Medizin verstanden. Aber wenn dann der hoch seriöse Herr Chefarzt kommt mit den vielen Ober- und Assistenzärzten, die alle zustimmend und ernst mit den Köpfen nicken zu dem, was der göttergleiche Weißbekittelte da als die absolut zuverlässige, wahre Prognose von sich gibt - für den Patienten quasi das Todesurteil, - ja welcher von diesen armen, zu Tode verwundeten Krebspatienten hat dann noch das Herz, die Moral und den Biß, dem riesengroß-seriösen Professor zu widersprechen?

Die foltergleiche Maschinerie läuft an - da gibt es quasi kein Entrinnen aus diesem „Programm“. Nach wenigen Monaten finden sich fast alle im Sterbezimmer. Entwischt mal einer aus diesem Räderwerk der offiziellen

Medizin, dann entgeht er bestimmt nicht der sicheren Nachsorge-Untersucherei. Ständig beobachtet sich der Patient, jede Unpäßlichkeit ist verdächtig auf erneuten Krebs bzw. „Metastase“. Kurz vor der regelmäßigen „gründlichen“ Kontrolluntersuchung ist der arme Patient tagelang im Totalstreß. Dann das Resultat: „Derzeit noch keine Metastasen feststellbar.“ „Gott sei Dank“, denkt der Patient, „nochmals drei Monate länger zu leben.“

Hinzu kommen natürlich nun die unendlich vielen gesellschaftlichen Ängste. Am allerschlimmsten ist die mitleidige Fragerei, „ob es denn noch einigermaßen geht“. Überall fühlt sich der Patient als Todeskandidat angesehen, den man gar nicht mehr für voll nimmt, weil er doch bald sterben wird. Nicht mal die Hand möchten viele Leute ihm mehr gerne geben, weil sie insgeheim fürchten, es könne anstecken. Und selbst wenn der Patient es schafft, für sich selbst einmal den Teufelskreis zu durchbrechen und Mut und Selbstwert zurückzugewinnen, wird er bei nächster Gelegenheit durch seine „einprogrammierte“ Umgebungsgesellschaft unsensibel mit der Nase darauf gestoßen, daß er doch „Krebspatient“ sei.

Vor diesem medizinisch unärztlichen und gesellschaftlich unmenschlichen Hintergrund steht der arme Patient, der die Neue Medizin kennengelernt und sogar verstanden hat, in totalem Dilemma: Zwar kann keiner etwas gegen Hamers Neue Medizin an Argumenten vorbringen, trotzdem wird sie in Bausch und Bogen verteufelt.

Noch viel schlimmer aber ist, daß sogar die verschiedenen Symptome und Zustände ganz verschieden gedeutet werden. Vagotonie z.B. gilt im System der Neuen Medizin als sehr gutes Zeichen der Heilung. Zwar muß sie gelegentlich medikamentös etwas abgebremst werden, wenn während der vagotonen Heilungsphase der Hamersche Herd im Gehirn zu stark anschwillt, aber im Prinzip ist die vagotone Heilungsphase *notwendig* und sehnlich erwartet.

Ganz im Gegensatz dazu ist für die derzeitig noch tonangebende Medizin, in deren Symptomenwortschatz die Ausdrücke Sympathicotonie und Vagotonie nur als Begriffe der sog. „vegetativen Störung“ vorkommen, die Vagotonie beispielsweise eine „schwere Kreislaufstörung“ und der „Anfang vom Ende“.

Obwohl der Patient, wenn es sich nicht gerade um die Heilung von Knochen-Ca handelt, welche Schmerzen macht durch Periost-Dehnung, obwohl also der Patient sich in allen anderen Fällen von Vagotonie sehr wohl fühlt, guten Appetit hat, gut schläft, prophezeien nunmehr alle Schulmediziner, die der Patient vielleicht unvorsichtigerweise aufsucht, ihm das baldige Ende. Und obwohl wir eigentlich die Vagotonie als Rekonvaleszenzstadium

nach den sog. Infektionskrankheiten kennen müßten - man denke nur an die monatelangen „Liegekuren“ bei Tbc-Erkrankung -, so ist doch jeder Schulmediziner geneigt zu sagen: „Ja, beim Krebs ist aber alles ganz anders.“

Da ist auch was Richtiges dran, denn die Krebserkrankung ist ja eine vom Prinzip her zweiphasige Erkrankung: Die sympathicotone, konflikt-aktive Phase, in der der Patient keinen Appetit hat, nicht schlafen kann und vermeintlich periphere Durchblutungsstörungen hat, ist für die Schulmediziner bisher der eigentliche Krebs gewesen. Eine längere Heilungsphase, die ja zum Krebs genauso dazugehört, haben die Schulmediziner bisher nicht gesehen. Und wenn sie sie manchmal in extremer Form gesehen haben, dann war es wirklich oft der Anfang vom Ende, weil dann vielleicht kurz darauf der Patient an der Hirnschwellung gestorben ist.

Fazit: Der Patient kann nicht zweigleisig fahren, weil immer schon die Prognose in die Therapie mit eingeht. Ein Patient, der bei Heilung von Knochen-Ca Schmerzen hat, bekommt in der Schulmedizin sofort Morphinum, oft sogar gegen seinen ausdrücklichen Willen. Damit ist ihm aber der Wille zum Durchhalten genommen, zusammen mit seinen Schmerzen. Der Tod ist dann nur noch eine Frage von Tagen oder Wochen. Weiß der Patient aber, wie es meine Patienten wissen, daß dieser Schmerz etwas im Grunde Gutes ist und auch nur passager, also absehbar, und weiß er, woher oder wozu er kommt, dann mobilisieren sie ungeahnte Kräfte und empfinden auch den Schmerz nicht mehr als etwas so Schlimmes, als wenn man ihnen sagt, wie es bisher geschieht, diese Schmerzen würden nun immer stärker werden und ohne Hoffnung in den zwangsläufigen Tod ausmünden.

Erst wenn der Patient von Ärzten behandelt werden wird, die die Neue Medizin inhaltlich und in der Anwendung beherrschen, dazu in einem sanatoriumsähnlichen Krankenhaus - *ohne* Panik - gesund werden kann, wo er das Bewußtsein hat, daß man seine Krankheit dort kennt und richtig einschätzen und sachgemäß behandeln kann, erst dann ist er aus dem Teufelskreis heraus. Und erst dann werden mehr als 95% der Patienten überleben, während im Teufelskreis allenfalls 1 oder 2 von hundert überleben können.

15.1.1 Fallbeispiel: „Metastasen“ schon im kleinen Finger!

Ein Mann von 45 Jahren hatte 3 Krebse überstanden (Nieren-Krebs, Mediastinal-Ca²¹³ und Lungenrundherd-Ca). Er fühlte sich gesund „zum Bäume ausreißen“, wie er selbst sagte, deshalb ging er wieder arbeiten als Lastwagenfahrer, was er gerne machte. 14 Tage arbeitete er, ohne die geringsten Beschwerden gehabt zu haben oder daß ihm die Arbeit im mindesten schweregefallen wäre. Nach 2 Wochen kam ein Abgesandter der Krankenkasse in die Firma und verlangte, daß „der Krebspatient“ sofort aufhören müsse zu arbeiten, der gehöre in Rente geschickt. Die Krankenkasse sei nicht bereit, im Zweifelsfalle weiter zu bezahlen, denn daß ein „Krebspatient“ wieder arbeiten könne, sei ja so gut wie niemals von langer Dauer. Der Patient wurde von einer Minute zur anderen von seinem Fahrerbock heruntergeholt und - invalidisiert! Der Patient erlitt ein Revierkonflikt-DHS, war am Boden zerstört! Aber auch diesen furchtbaren Schlag hat der Patient noch einmal schaffen können, hatte mir allerdings erst nach 8 Wochen Bescheid gesagt, nachdem er schon wieder einige Kilo an Gewicht abgenommen hatte.

Auch die Heilungsphase mit einem großen Oedem um den Hamerschen Herd im rechten periinsulären Bereich konnte der Patient noch einmal überstehen. Wieder fühlte er sich wohl. Und weil er nun nicht mehr arbeiten durfte, begann er, sein Haus zu verschönern und seinen Wagen aufzupolieren. Eine Stelle am Lack, die abgesplittet war, wollte er mit einer Drahtbürste abbürsten, um sie später zu überspritzen. Dabei stach er sich mit der Drahtbürste versehentlich in den kleinen Finger der linken Hand. Der Stich ging bis auf den Knochen durch. Die Sache entzündete sich, schwoll an und es entwickelte sich eine lokale Osteomyelitis²¹⁴ an der Spitze der Endphalanx²¹⁵ des linken Kleinfingers.

Als der Patient, der sich zu diesem Zeitpunkt komplett gesund fühlte, blendenden Appetit hatte und gut schlafen konnte, ahnungslos um die Folgen solchen Tuns zu seinem Hausarzt mit seinem entzündeten Finger ging, machte dieser Hausarzt, ein ehemaliger Chirurg, der sich nach nichts so sehr zurücksehnte als nach seinem alten Metier, eine Röntgenaufnahme

²¹³ Mediastinum = Mittelfell, mittleres Gebiet des Brustraums, Raum zwischen den beiden Pleurahöhlen (bzw. Lungen)

²¹⁴ Osteomyelitis = Knochenmarks-Entzündung

²¹⁵ Phalanx = Finger-, Zehenglied

dieses Kleinfingers und sah dort einen kleinen Defekt, den die Osteomyelitis verursacht hatte. Aber bei einem „Krebspatienten“ gibt es natürlich keine Osteomyelitis, da gibt es einzig und alleine nur „Metastasen“! Dabei war die Einstichstelle sehr gut sichtbar und unmittelbar über dem Osteomyelitis-herd gelegen. Und so sagte der Medizyniker zu dem schon vor Angst zitternden Patienten: „Sie, das kann nur eine Metastase sein, Sie sind doch ‚Krebspatient‘, jetzt sind die Krebszellen schon im kleinen Finger. Wir müssen sofort amputieren. Und ich sage Ihnen, alles, was der Hamer Ihnen gesagt hat, war Quatsch, wenn das so weitergeht, werden Sie doch noch sterben!“

Der Patient war am Boden zerstört, erlitt in dieser Minute ein Todesangst-DHS. Er ließ sich willenlos sofort - ohne histologische Untersuchung - den Finger vollständig (weit im Gesunden, das ist die Regel!!) amputieren. Aschfahl kam der arme Kerl nach Hause, hob nur wortlos die Hand hoch und war erst nach längerer Zeit dazu zu bewegen, zu erklären: „Die Krebszellen sind jetzt schon in den kleinen Finger metastasiert, sagt der Doktor. Alles, was der Dr. Hamer gesagt habe, sei Quatsch, es gebe für mich keine Hoffnung mehr.“

6 Wochen später rief mich der Patient an. Zu dem Zeitpunkt hatte er schon 10 kg an Gewicht wieder abgenommen, seine vorher praktisch saubere Lunge war bei einer Kontrolluntersuchung voll mit Lungengerundherden. Bald darauf starb der Patient. Er war in den Teufelskreis geraten!!

15.1.2 Fallbeispiel: Teufelskreis durch Herzangst-Konflikt mit Herzbeutel-Mesotheliom

Ein 43jähriger Tennislehrer, Linkshänder, Besitzer einer Tennishalle, hatte wegen dieser Halle einen Revier-Konflikt erlitten. Der zugehörige Hamersche Herd liegt im linken Temporallappen, die zugehörige Organ-Lokalisation sind Ulcera der Koronarvenen.

Nach ca. einem halben Jahr löste der Patient seinen Konflikt. Den notwendigerweise folgenden Rechtsherz-Infarkt erlitt er 2 Monate später: Er bekam morgens eine Minuten dauernde Angina pectoris, erinnerte sich aber, daß er das ganze vorangegangene Jahr leichte Herzstiche gespürt hatte. Der sehr starke Angina-pectoris-Anfall schwächte sich im Laufe des Tages etwas ab, verschwand aber erst am Ende des zweiten Tages.

Dieser Angina-pectoris-Anfall war das DHS: Er dachte: „Oh Gott, jetzt ist die Pumpe kaputt, das ist ein Herzinfarkt, jetzt kannst Du nicht mehr als Trainer Tennisunterricht geben!“

Nun spielte sich folgendes ab: Der Patient hatte zwar schon seit 6 Wochen das besondere Gefühl einer großen Müdigkeit, das hatte er jedoch nicht so ernst genommen und mit Kaffee bekämpft. Natürlich kam nach dem Angina-pectoris-Anfall die Müdigkeit wieder aber jetzt brachte er sie in Zusammenhang mit seinem Herzen!

Er hatte bei dem starken Angina-pectoris-Anfall eine Attacke gegen das Herz empfunden („die Pumpe ist kaputt!“), dieser Konflikt wurde jetzt durch die Müdigkeit aktiv gehalten. Der Patient hatte also einen gelösten Revier-Konflikt *nach* der epileptischen Krise (Rechtsherz-Infarkt) - und gleichzeitig einen aktiven Herzattacke-Konflikt mit einem Herzbeutel-Mesotheliom.

Nach einigen Monaten war die durch den gelösten Revier-Konflikt bedingte Heilungsphasen-Müdigkeit zu Ende und damit löste sich nun der Herzattacke-Konflikt und es folgte der in der pcl-Phase obligate Herzbeutel-Erguß.

Durch den Herzbeutel-Erguß war die Leistungsfähigkeit des Tennislehrers noch erheblicher eingeschränkt als während der Heilungsphase des Revier-Konfliktes. Augenblicklich erlitt der Patient deshalb ein Rezidiv des Herzattacke-Konfliktes und folglich einen Rückgang des Herzbeutel-Ergusses, allerdings nicht als gutes Heilungszeichen, sondern als Zeichen, daß der Herzbeutel-Konflikt wieder aktiv war. Kaum war der Herzbeutel-Erguß auf Grund des erneuten Mesotheliom-Wachstums im Herzbeutel zurückgegangen, kam seine Leistungsfähigkeit zurück und er beruhigte sich einigermaßen. Dadurch kehrte aber nun wieder der Erguß im Herzbeutel als Zeichen eben dieser Beruhigung zurück, d.h. als Zeichen der Lösung seines Rezidiv-Konfliktes. Und so - ohne die Kenntnis der Neuen Medizin - geriet der Patient automatisch in den Teufelskreis. Beim 2. oder 3. Rezidiv wurde der Herzbeutel-Erguß schließlich mit Hilfe eines Thorax-CT's diagnostiziert.

Bei dieser Diagnose erlitt der Patient einen Todesangst-Konflikt mit Rundherd-Krebs in den Lungen-Alveolen. Jetzt war er im doppelten Teufelskreis: Jedesmal, wenn ein Herzbeutel-Erguß diagnostiziert wird, bekommt der Patient Herz- (-beutel) -Angst und Todesangst. Ist der Erguß des Herzbeutels dann abpunktiert, seine Leistungsfähigkeit also wieder größer, beruhigt er sich für eine Weile wieder - der Herzbeutel läuft wieder voll. Das Rad dreht sich immer schneller ...

Als man die Lungenrundherde entdeckt hatte, verloren die Kardiologen jedes Interesse an ihm. Da sagte ihm jemand, es gäbe da noch die Neue Medizin ..

Die Neue Medizin kann solch einen doppelten Teufelskreis durchbrechen, allerdings *nur*, wenn der Patient die Zusammenhänge verstehen kann.

15.1.3 Fallbeispiel: Der Aszites oder Wasserbauch (Heilungsphase nach einem Bauchfell-Mesotheliom)



Das Foto zu diesem Fall soll nicht erschrecken, sondern vor allem zwei Dinge deutlich machen: Zum einen, wie groß ein chronischer Aszites durch einen Teufelskreis werden kann. Zum anderen aber soll das Foto auch zeigen, daß man trotz eines riesigen Aszites noch eine erstaunliche Lebensqualität haben kann. Dies zum Trost für die Patienten, die schon über einen wesentlich kleineren Aszites verzweifeln wollen ...

Beim Aszites bauen viele Patienten geradezu einen chronischen Teufelskreis auf. Der dem Aszites vorangegangene Konflikt, genauer gesagt der Bauchfell-Mesotheliom-Konflikt ist ja immer eine „Attacke gegen den Bauch“. Beim Tier ist das normalerweise ein Tritt oder ein

Schlag gegen den Bauch, den es erlitten hat. Aber es kann auch beim Tier schon ein mehr „mentaler Konflikt“ sein, z.B. eine Darmkolik, die das Tier als „Attacke gegen den Bauch“ erleben kann.

Bei uns Menschen dagegen sind diese mental empfundenen Attacken gegen den Bauch geradezu die Regel. Bei den meisten chirurgischen Bauchdiagnosen, die eine chirurgisch-operative Behandlung nach sich ziehen, erleidet der Patient eine mentale Attacke gegen den Bauch, d.h. er stellt sich vor, wie der Chirurg in seinen Bauch hineinschneidet.

Da die meisten Operationen ziemlich schnell nach der Diagnose erfolgen, sieht der Chirurg gewöhnlich noch nicht die winzig kleinen Mesotheliom-„Stippchen“, sprich kleinen Tumörchen, die er jedoch dann sieht, wenn er die Operation aus irgendwelchen Gründen um 4 Wochen verschiebt. Das

sind dann die Fälle, wo der Chirurg „auf- und wieder zumacht“. Dann steht im OP-Bericht: Der Eingriff, der geplant war, wäre sinnlos gewesen, denn das ganze Bauchfell sei schon „voller Metastasen“.

Ein solcher Fall lag bei einer Patientin vor, bei der man ein Leber-Adeno-Karzinom diagnostiziert hatte. Wegen verschiedener Voruntersuchungen zog sich die geplante Operation 4-6 Wochen hin. Dann schließlich machte man „auf und wieder zu“, d.h. man machte nichts mehr.

Zu diesem Zeitpunkt hörte die Patientin von der Neuen Medizin und las eines der Bücher. Die Folge war (glücklicherweise) der Aszites als Zeichen, daß sie ihren Bauch-Attacke-Konflikt gelöst hatte. Es entwickelte sich jedoch ein Teufelskreis. Fast zwei Jahre lang hatte sie einen, schließlich riesigen, chronischen Aszites, fühlte sich aber dennoch wohl dabei, hatte guten Appetit, schlief gut, fuhr Fahrrad, ging schwimmen aber der Aszites wollte nicht verschwinden. Schließlich rief die Patientin mich an und fragte, warum der Aszites nicht weniger werde. Es fand sich, daß ständig irgendwelche Freunde und Bekannten kamen, um ihren Bauch zu begutachten. Besonders gravierend waren die Kommentare einer Krankenschwester, die zweimal wöchentlich kam, um der Patientin im Haushalt etwas zu helfen. Diese äußerte stets skeptisch, daß sie noch nie jemanden gesehen habe, der so einen Aszites überlebt habe. Bei Frau Meier sei das auch so gewesen, die habe sich zuerst noch eine Weile ganz gut gefühlt, aber dann sei sie doch gestorben.

Dadurch bekam die Patientin dauernd ein Bauchattacke-Konfliktrezidiv und der Bauch wurde dünner. Weil er dünner wurde, beruhigte sie sich wieder und kam wieder verstärkt in die pcl-Phase. Dadurch „wuchs“ der Bauch wieder als Zeichen eben dieser Heilung oder Lösung des Konfliktes. Dies maß sie zudem täglich mit einem Bandmaß. Wenn der Bauch wieder dicker wurde, kam sie wieder in den Bauch-Attacke-Konflikt und er wurde wieder kleiner ...

Als ich ihr das geduldig erklärte, fiel es ihr wie Schuppen von den Augen: „Herr Doktor, das hatte ich ja nicht verstanden!“. Von da ab, so hatte ich ihr geraten, versuchte sie über ihren Bauch zu lachen und so wenig wie möglich darüber nachzudenken. Der Bann war gebrochen und - ganz langsam ging der Aszites nun kontinuierlich zurück!

15.1.4 Fallbeispiel: Teufelskreis bei Kiemenbogen-Zysten

Einer der häufigsten Teufelskreise ist der der Kiemenbogen-Zysten nach Frontal- (oft Krebsangst-) Konflikten. Die Frontalangst ist eine Angst vor etwas, das vermeintlich auf einen zugerollt kommt und dem man nicht ausweichen kann. Es bleibt nur die Flucht. Ist auch der Rückweg nach hinten gesperrt, dann erleidet der Patient (Mensch oder Tier) zusätzlich eine „Angst-im-Nacken“ und ist augenblicklich in fronto-occipitaler schizophrener Konstellation.

Die Frontalangst ist bei Mensch und Tier eine ganz reale Angst, eine Angst vor einer ganz realen Gefahr, vor einem angreifenden Menschen oder Tier etc. Erst in zweiter Linie wird es bei uns Menschen oft zu einer Angst vor etwas Imaginärem, was dem Patienten nicht weniger gefährlich zu sein scheint als ein anrennendes wildes Tier: Der Arzt hat z.B. einem Patienten gesagt: „Wir haben Krebsverdacht“ oder „Sie haben Krebs!“ Da der Krebs immer als etwas Unentrinnbares, etwas Fortschreitendes, auch als „schicksalhaftes Geschehen“ dargestellt wird, obwohl ja real keine Gefahr vorhanden ist, sondern nur imaginär, diese vermeintliche Gefahr als unentrinnbare Gefahr auf die Patienten zurollt, können sie also allein schon durch eine Diagnose einen entsprechenden Frontalangst-Konflikt erleiden. Patienten, die nach der Neuen Medizin diagnostisch aufgeklärt werden, erleiden eine solche Krebsangst so gut wie nie.

Bei der Frontalangst oder Krebsangst werden wir entwicklungsgeschichtlich gewissermaßen wieder in die archaische Zeit zurückversetzt, als unsere Vorfahren noch im Wasser gelebt haben. Die größte Katastrophe war damals, wenn diesen fischähnlichen Wesen die Kiemen durch irgend etwas verstopft wurden oder sie auf dem Trockenen lagen und die Kiemen verklebten, so daß sie keine Luft mehr bekamen. Genau diese Urangst, daß uns die Luft abgeklemmt wird, erleiden wir bei solchen Frontalangst-Konflikten und analog auch bei den Krebsangst-Konflikten. Mir „schnürte es die Kehle zusammen“, sagen die Menschen.

Schlägt ein solcher „Krebs-Diagnose-Konflikt“ ein, so hat der Patient natürlich augenblicklich alle Zeichen der Konfliktaktivität: Eiskalte Hände, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Zwangs-Konfliktdenken etc. Am Hals aber verspürt er lokal nur ein leichtes Ziehen oder Kneifen unter der Haut.

Löst sich nach einer gewissen Zeit der vermeintlichen oder echten Gefahr der Angst-Konflikt, bzw. die Krebsangst-Panik, so entstehen am Hals an

den Stellen, an denen in der konflikt-aktiven Phase in den alten stillgelegten Kiemenbogengängen Ulcera, d.h. flache Gewebsdefekte am Kiemenbogen-Platteneipithel, das das Innere dieser stillgelegten Rohre auskleidet, entstanden waren, nunmehr in der Heilungsphase Flüssigkeits-Zysten. Diese werden fälschlicherweise in der Schulmedizin auch, weil man sie für Lymphknoten gehalten hatte, Non-Hodgkin-Lymphome (= Nicht-Lymphknoten- "Lymphome") genannt. Diese Kiemenbogen-Flüssigkeitszysten sind hervorgerufen durch starke Schwellungen der Heilung an den bis dahin ulcerierten Stellen in den stillgelegten mit Platteneipithel-Schleimhaut ausgekleideten Rohren der alten Kiemenbogengänge. Dadurch kann die Flüssigkeit nicht abfließen und bildet Stücke von aufgetriebenen flüssigkeitsgefüllten Schläuchen, die auch wie Kugeln aussehen können und unter der Haut liegen und zwar beiderseits am Hals vor und hinter dem Ohr, von da ab herunterziehend bis in die Achsel hinein und vorne bis in die Schlüsselbeingrube und sogar auch noch über die Schlüsselbeingruben hinweg (etwa handbreit). Innen können sie hinunterreichen bis zum Zwerchfell und können dort auch dicke Flüssigkeits-Zysten machen, die dann regelmäßig als „Lymphknoten-Pakete“ fehlgedeutet werden. Für die Kiemenbogengangs-Zysten sind mehrere klinische Symptome typisch:

In der ersten Hälfte der Heilung, also vor der epileptoiden Krise, meistens kurz nach der Conflictolyse, bekommen die „unwissenden Patienten“ „Metastasen-Panik“. Sie halten die sich derb anführenden Zysten für kompakte „Knoten“ („wie aufgepumpte kleine Lederbälle“), „Knoten“, „Lymphknoten“ oder einfach „Tumorwachstum“. Durch die „Metastasen-Panik“ erleiden sie erneut *Krebs-Angst*. Durch diese Krebsangst-Panik verkehrt sich die Heilungsphase augenblicklich wieder in Konfliktaktivität - und die Zysten sind rückläufig.

Den gleichen, vermeintlich günstigen Erfolg erzielt man auch durch Chemo oder Bestrahlung der Zysten mit Röntgen- oder Kobaltstrahlen, nur mit dem Unterschied, daß bei Chemo oder Bestrahlung nicht Konfliktaktivität bewirkt wird, sondern nur Heilungs-Stop! In beiden Fällen ist der Patient augenblicklich im Teufelskreis gefangen:

Im Falle eines Konfliktrezidivs durch erneute Krebsangst-Panik erfolgt: Abbruch der Heilung, Rückgang der Kiemenbogen-Zysten, weitere Ausdehnung der Ulcera in den Rohren oder Schläuchen der alten Kiemenbogengänge.

Es bleibt die „Konfliktmasse“, die durch den jähnlichen Abbruch der Heilung weder psychisch noch organisch abgeheilt wäre, also die aufgeschobene, aber noch notwendige „Restheilung“. Gleichzeitig entsteht eine neue Kon-

fliktmasse, die ebenfalls später durch Heilung aufgearbeitet werden muß, psychisch wie cerebral als auch organisch.

Gelingt es also, den Patienten nochmals zu beruhigen, so werden die nun als Zeichen der wieder eingetretenen Heilung erneut entstehenden Flüssigkeits-Zysten *größer* als zuvor durch Restheilung + Heilung der neuen Panik.

Natürlich wird auch die zwangsläufig eintretende epileptische bzw. epileptoide Krise stärker als sie beim ersten Mal geworden wäre, wenn der Patient seine Krebsangst-Panik ohne ein erneutes Rezidiv bis zu Ende gelöst hätte.

Bekommt der Patient nunmehr angesichts der noch vergrößerten Flüssigkeits-Zysten erneut ein Rezidiv der Krebsangst-Panik, so geht das ganze Spiel des Teufelskreises wieder von vorne los.

Erleidet der Patient, z.B. weil er die Neue Medizin kennt, kein neues Krebsangst-Panik-Rezidiv, also keine erneute Konflikt-Aktivität, und kommt es zu einer richtigen Heilungsphase, so kommt es natürlich häufig vor, besonders wenn die als „Knoten“ empfundenen, oft ziemlich großen Zysten am Hals gelegen sind (oder im Mediastinum²¹⁶), daß der Patient das Gefühl hat, er bekomme rein mechanisch vermindert Luft. Meist fühlt er das nur, ohne daß es wirklich der Fall ist. Ganz selten kommt es aber auch wirklich vor, daß die Luftröhre²¹⁷ von außen imprimiert oder sogar komprimiert ist. Eine echte Gefahr des Erstickens ist dabei jedoch faktisch so gut wie nie gegeben, weil die Zysten höchstens flach auf die (derbe) Luftröhre drücken können.

In der epileptoiden Krise jedoch kann das subjektive Gefühl, bzw. die archaisch-kreatürliche Angst zu ersticken, geradezu überwältigend sein und den Patienten in erneute furchtbare Angstpanik bringen. Allerdings geschieht das glücklicherweise nur in extremen Fällen, die auch sehr große Flüssigkeits-Zysten haben. Einen solchen Patienten zu beruhigen, bzw. aus der Panik herauszuholen oder - noch besser - ihn durch Vertrautmachen mit der Neuen Medizin erst gar nicht in diese Panik hineinkommen zu lassen, ist die vornehmste Aufgabe eines jeden „Iatros“²¹⁸. Solche Patienten medikamentös zu sedieren²¹⁹, ist unsinnig und normalerweise nur ein Zeichen von Ignoranz, denn für die Zeit *nach* der epileptoiden Krise, wenn der Patient in das „zweite vagotone Tal“ fällt, kann die voraufgegangene Sedierung *tödlich* sein. Die chemische Sedierung, eine Art von Vergiftung, kann niemals

²¹⁶ Mediastinum = Mittelfell; mittleres Gebiet des Brustraums

²¹⁷ Trachea = Luftröhre

²¹⁸ Iatrose = Arzt, Heiler

²¹⁹ Sedativa = sog. Beruhigungsmittel

den beruhigenden Zuspruch eines Menschen oder des „Iatros“ ersetzen. Erst, wenn die Patienten auch dieses „zweite vagotone Tal“ noch durchwandert haben, sind sie wirklich gesund.

Im Fall von Chemo und Bestrahlung erlangt der Orthodox-Mediziner zunächst einen Pyrrhussieg, wenn die Kiemenbogen-Zysten rückläufig werden. Aber er hat ihn um den Preis erlangt, daß die Heilung und die in der Heilung zwangsläufig erfolgende epileptoide Krise lediglich storniert wurden, dazu der gesamte Organismus furchtbar und meist irreparabel geschädigt wird. Nicht einmal die schlimmsten Medizyniker haben früher ehrlicherweise jemals die Chemo als „Therapie“ bezeichnet, sondern man hat früher den Patienten gesagt: „Bevor du endgültig an Krebs stirbst, kannst Du noch 3 oder 4 Wochen auf dem Reservetank des Knochenmarks fahren bzw. leben.“ Aber selbst das war natürlich nur Unsinn! Die Patienten, deren Kiemenbogengangs-Zysten mit Chemo „bearbeitet“ werden, bei denen gehen die Zysten zunächst zurück, wie gesagt: Der Heilungsvorgang ist lediglich *storniert*, nicht etwa beendet. Hört die Chemo auf, fängt die Heilung wieder an und mit ihr kommen die Zysten zurück. Das setzt den Patienten in einen Dauer-Teufelskreis, den „Exorzierern“ füllt es die Taschen. An dieser unsinnigen Tortur sterben fast alle Patienten.

Der Kiemenbogenzysten-Teufelskreis, der bei Tieren - bis auf die Schwierigkeiten vorübergehender Luftnot in der epileptoiden Krise - praktisch nicht vorkommt, nimmt hier absichtlich einen so breiten Raum ein, denn es ist einer der häufigsten immanenten²²⁰ Teufelskreise, dabei zum größten Teil ein iatrogener.

Merkt Euch: Einen Patienten im Augenblick der Panik zu beruhigen, der mental iatrogen deformiert ist, ist schwer. Dagegen einen Patienten zu beruhigen, der vorher schon die Neue Medizin kennengelernt und verstanden hatte, ist zwar auch kein Kinderspiel, aber es ist eine gut lösbare Aufgabe, es ist sogar eine beglückende Aufgabe, gleichsam eine Gemeinschaftsarbeit unter Wissenden!

²²⁰ immanent = innewohnend, enthaltend

16 Das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalent-Sonderprogramme- Das 3. Biologische Naturgesetz der Neuen Medizin

Jahrelang bin ich geirrt durch die vermeintlich morphologische²²¹ und histologische Systemlosigkeit der Geschwülste, Schwellungen, Tumoren, Karzinome, Sarkome, Seminome²²², Chorioneitheliome oder Gliome, samt dem, was die sog. Schulmedizin als sog. Metastasen ansieht.

Jetzt endlich glaube ich, eine Einteilung gefunden zu haben, die man wahrscheinlich in mehr oder weniger abgeänderter Form auch in Jahrzehnten noch benutzen wird. *Es ist die Einteilung nach der Entwicklungsgeschichte oder Embryologie²²³!*

Ordnen wir alle diese verschiedenen Geschwülste und Schwellungen nach dieser Entwicklungsgeschichte, bzw. nach ihren Kriterien der verschiedenen sog. Keimblätter, dann ordnet sich alles plötzlich wie von selbst. Wenn das Gehirn bei Mensch und Tier wirklich der in -zig Jahrmillionen gewachsene Computer des menschlichen Organismus ist, dann müssen logischerweise auch die Entwicklungsgeschichtlich „zusammenhängenden“ Körperorgane im Computer Gehirn „zusammenwohnen“.



Die Embryologen teilen allgemein die Embryonalentwicklung ein in die drei sog. Keimblätter, das Entoderm oder inneres Keimblatt, das Mesoderm oder mittleres Keimblatt und das Ektoderm oder äußeres Keimblatt.

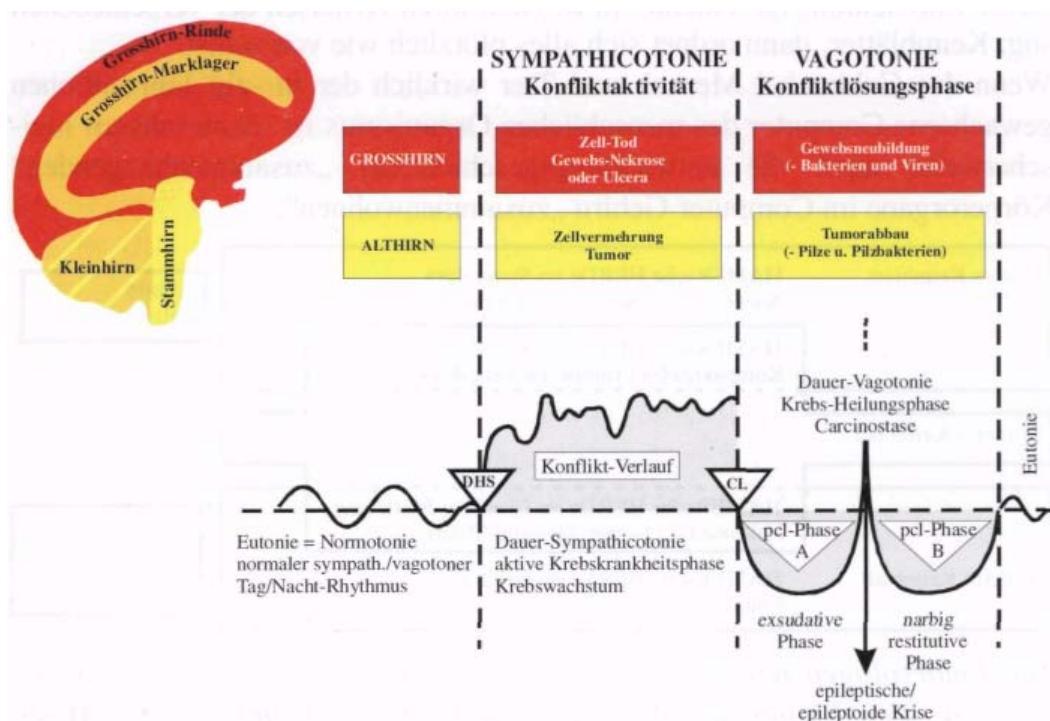
²²¹ morphologisch = die äußere Gestalt und Form betreffend

²²² Seminom = Hodentumor

²²³ Embryologie = Lehre von der Entwicklung des Embryos

Die sog. Keimblätter entwickeln sich beim Embryo im Mutterleib aus den ersten Zellverbänden. Die meisten unserer Organe kann man einem dieser Keimblätter zuordnen. Wir können dem Schema entnehmen, daß sich das „Krebsverhalten“ der Keimblätter fundamental unterscheidet. Entoderm und Ektoderm bzw. die ihnen zugehörigen Organe verhalten sich in der ca-Phase und der pcl-Phase genau gegensätzlich. Das Mesoderm bzw. die ihm zugehörigen Organe teilen sich auf die beiden anderen Keimblätter hinsichtlich dieses Verhaltens auf. Dies war auch der Grund, warum die Suche nach einem Stoff gegen den „bösen“ Krebs bisher erfolglos sein mußte. Denn wie könnte irgendein „Medikament“ auf dieser Welt gleichzeitig gegen Zellvermehrung und Zellschwund sei?! (Ganz abgesehen von der Sinnlosigkeit dieser Art zu denken) Die bisherige Medizin kann somit allein mit dieser Erkenntnis ad absurdum geführt werden!

Das ontogenetische System der Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme der Natur



Wir sehen auf dem obigen Schema über dem Zweiphasigkeits-Schema zwei Etagen: zwei verschiedene Gruppen, wie auch auf der Tabelle „Psyche - Gehirn - Organ“ dargestellt.

Die gelbe Etage entspricht der Althirn-Gruppe und die rote der des Großhirns, wie man auf der linken Seite des Schemas rasch verfolgen kann. Bei dem schematischen Schnitt durch das Gehirn könnte man sich die untere Etage, nämlich das Althirn, etwa wie einen Schmetterling oder einen Vogel mit hochgestellten Flügeln vorstellen. Der Rumpf (gelb) ist das Stammhirn (Kopf = Mittelhirn, Bauch - Brücke, Pons, der Schwanz die sog. Medulla oblongata, das obere Rückenmark). Der Flügel mit orangener Zebrastreifung ist das Kleinhirn. Die orangene Streifung hat es, weil es zwar zum Althirn gehört, aber gleichwohl zum mittleren Keimblatt (Mesoderm) Wenn wir die dem Buch beiliegende Tabelle vornehmen, dann finden wir die waagerechten Etagen dieses Schemas dort als senkrechte Gruppen wieder:

Links, gelb, Stammhirn, inneres Keimblatt. In der Mitte, orange: Mittleres Keimblatt: Oben kleinhirn-gesteuerte Organe, unten Großhirnmarklager-gesteuerte Organe (z.B. Knochenskelett, Lymphknoten, Eierstöcke, Nieren etc.). Rechts, rot, äußeres Keimblatt, oben und unten hirnrinden-gesteuert Organe.

Schauen wir wieder auf unser Schema, dann erkennen wir, daß die Althirn-Etage in der konflikt-aktiven Phase (ca-Phase) Tumorwachstum mit Zellvermehrung macht, in der Heilungsphase nach der Konfliktlösung (CL), die wir auch post-conflictolytische Phase oder kurz pcl-Phase nennen, wird der Tumor wieder abgebaut durch Mykobakterien (z.B. Tbc).

Bei der roten Großhirn-Etage ist das genau umgekehrt: In der ca-Phase werden dort Zellen eingeschmolzen - wir nennen es Nekrosen oder Ulcera - in der pcl-Phase werden diese Nekrosen oder Ulcera wieder aufgefüllt, bzw. wieder ausgeheilt. Da ja bisher niemand etwas wußte, weil niemand ein System hatte, wurden die Restitutionen oder das Wiederauffüllen der Nekrosen und Ulcera in der pcl-Phase ignoranterweise auch als Krebs oder Sarkom bezeichnet, weil ja dabei auch Zellvermehrung (Mitosen) mit großen Zellen und großen Kernen stattfinden - allerdings jedoch eben zum Zweck der Heilung!

Das Rätsels Lösung lag darin, daß wir jetzt die Keimblatt-Zugehörigkeit und die Lokalisation der für jedes Organ spezifischen Hirn-Relais mit in unsere Überlegungen einbeziehen können. Und siehe da, jetzt finden wir eine wunderbare Ordnung für alle Krebse und Krebsäquivalente - die ja jeweils nur eine Phase waren - und finden gleich die Symptome und Zusammenhänge der komplementären Phase dazu!

Die Embryologen teilen allgemein die Embryonalentwicklung ein in die drei sog. Keimblätter, das Entoderm oder inneres Keimblatt, das Mesoderm

oder *mittleres Keimblatt* und das *Ektoderm* oder *äußeres Keimblatt*. Die meisten unserer Organe entstammen nur einem dieser Keimblätter, wie z.B. das Magen-Darm-Rohr (ohne Rektum und obere 2/3 des Ösophagus²²⁴, kleine Curvatur des Magens, Leber-, Gallen- und Pankreasgänge und die Inselzellen des Pankreas) dem Entoderm, dem inneren Keimblatt.

Da aber der Darm schließlich auch Blutgefäße hat, diese aber dem mittleren Keimblatt zugehören, hat auch der Darm „mesodermale Anteile“, wie man sagt. Und da der Darm auch ein Nervengeflecht hat, das sog. vegetative Nervensystem, hat es natürlich auch ektodermale Anteile.

Aber wenn man von einem Organ sagt, es sei beispielsweise entodermalen Ursprungs, dann meint man nicht diese mesodermalen Anteile (Gefäße) und ektodermalen Anteile (Nerven), denn diese Anteile haben doch alle Organe.

Aber es gibt auch Organe, die aus mehreren Anteilen verschiedener Keimblätter funktionell zusammengebaut sind. Dazu gehört insbesondere der Kopf- und Lungenbereich mit Herzbereich, Magen, Leber, Pankreas, Duodenum²²⁵ sowie der Vesico-Vagino-Anal-Bereich²²⁶ samt Nierenbecken. Einige dieser später funktionell zusammengefügten Organe, die wir heute als ein Organ zu sehen gewohnt sind, haben jeweils ihre Relaiszentren in oft weit auseinanderliegenden Teilen des Gehirns.

Beispiel: Der Uterus²²⁷ besteht eigentlich aus zwei Organen, einem Gebärmuttermund und -hals und einem Gebärmutterkörper mit Eileitern. Diese beiden verschiedenen Organe sind scheinbar zu einem Organ „Uterus“ zusammengewachsen, sind aber hinsichtlich ihrer Schleimhaut verschiedenen Keimblättern entstammend und haben jeweils ihr Relaiszentrum in ganz verschiedenen Teilen des Gehirns: Gebärmuttermund und -hals im periinsulären Bereich links, Gebärmutterkörper-Schleimhaut im Pons des Stammhirns. Entsprechend sind auch die histologischen Formationen vollständig verschieden voneinander: Gebärmuttermund und -hals haben Plattenepithel, Gebärmutterkörper hat Adenoepithel (Zylinderepithel). Hinzu kommt natürlich noch die mesodermale Muskulatur der Gebärmutter, die ihr Relais im Mittelhirn (Stammhirn) hat. Deshalb hat es mir zunächst so große Mühe gemacht, die Zusammenhänge zu erkennen.

Umgekehrt sind auch Organe, die im Körper weit getrennt voneinander liegen, wie z.B. Rektum-, Vaginal-, Koronarvenen- und Kehlkopf-Plattenepithel links periinsulär, sowie Intrabronchial-Plattenepithel, Koronarintima-Epithel und Blasen-Epithel rechts periinsulär im Großhirn zum großen Teil sehr dicht beieinander liegend.

Und hätte ich nicht immer wieder Hirnregionen, z.B. den *homunculus*, histologische Formationen, embryologische Forschungsergebnisse anderer

²²⁴ Ösophagus = Speiseröhre

²²⁵ Duodenum = Zwölffingerdarm

²²⁶ Vesico-Vagino-Anal-Bereich = Bereich zwischen Blase, Scheide und Anus

²²⁷ Uterus = Gebärmutter

Lehrbücher und meine Hirn-CTs samt Krankengeschichten verglichen, ich würde wohl heute noch darüber nachgrübeln, denn in ziemlich allen Embryologiebüchern steht Mißverständliches, manchmal sogar Falsches, weil ja auch niemand je einen Zusammenhang vermutet hatte.

Jetzt z.B. weiß ich, daß alle Schleimhautbereiche mit Plattenepithel-Belag zusammengehören und ektodermaler Herkunft sind, im Gehirn also auch zusammengehören. Dabei gehören eben so unterschiedliche Organe zusammen, wie Mundschleimhaut, Bronchial-Schleimhaut, Kehlkopf-Schleimhaut und Kiemenbogengangs²²⁸-(Zysten)-Schleimhaut, Koronararterien-Intima, Koronarvenen-Intima, Rektum-Schleimhaut, Gebärmuttermund- und -hals-Schleimhaut. Sie alle haben ihr Relaiszentrum rechts und links periinsulär, alle haben als zugehörige Konflikte sexuelle Konflikte, Revier- oder Reviermarkierungs-Konflikte.

Die Eiserne Regel des Krebs und das Gesetz von der Zweiphasigkeit aller sog. Erkrankungen (jetzt Sinnvolle Biologische Sonderprogramme genannt) bei Lösung des Konfliktes waren die Voraussetzungen, das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalent-Erkrankungen finden zu können. Es zeigt uns in logisch verständlicher Form die innige Verknüpfung unserer Konflikte, der zugehörigen Hirn-Relais und der Organzugehörigkeit im entwicklungsgeschichtlich relevanten Sinne.

Dadurch bekommt mit einem Schlag unsere gesamte Histopathologie²²⁹ eine völlig durchschaubare, selbstverständliche Ordnung. Die Relais für gleiche Konflikte und histologisch gleiche Organe liegen im Gehirn ganz eng beieinander.

Aber dieses ontogenetischen System der Tumoren und Krebsäquivalente hat uns auch aufgezeigt, daß wir ohne seine Kenntnis niemals z.B. Krebserkrankungen verstehen konnten, weil wir sie in Unkenntnis teils in die konflikt-aktive Phase eingeordnet hatten, und zwar die - wie wir jetzt sehen - *althirn-gesteuerten* Organ-Tumoren und teils die *großhirn-gesteuerten* Organ- "Tumoren", die ja erst in der Heilungsphase Zellvermehrung machen, ebenfalls als Tumoren fehlgedeutet hatten.

Hatte also jemand behauptet, er hätte irgendein System bei Krebskrankheiten entdeckt, dann konnte es nur falsch gewesen sein, wie wir z.B. an den sog. Tumormarkern²³⁰ sehen, die im Nachhinein betrachtet, für sich ge-

²²⁸ Kiemenbogengänge = in der Halsgegend gelegenes Gewebe, das sich in der frühembryonalen Phase aus zwei Kiementaschen bildet.

²²⁹ Histopathologie = Lehre von den „krankhaften“ Veränderungen in und an der Zelle

²³⁰ Tumormarker = Die sog. „Tumormarker“ sind meist Serumreaktionen des Blutes, die anzeigen, daß da ein ca-Phasen-Tumor wächst. Die inzwischen viele

nommen völlig unsinnig waren und meist das Gegenteil von dem bedeutet haben, was wir ihnen eigentlich zuschrieben. Da wir aber den Unterschied zwischen althirn-gesteuerten Organveränderungen und großhirn-gesteuerten Organveränderungen nicht kannten, konnten wir überhaupt gar keine Gemeinsamkeiten finden und wenn wir welche glaubten, gefunden zu haben, so waren sie falsch.

Das ontogenetischen System der Tumoren ist umfassend und in sich logisch. Natürlich folgt es letzten Endes konsequent aus der Neuen Medizin und der Entdeckung der Hamerschen Herde im Gehirn, sowie dem 2. biologischen Naturgesetz (Zweiphasigkeit).

Aber dieses gesamtontogenetische System der Medizin, insbesondere der Tumoren, ist für die Medizin vergleichbar mit der Bedeutung des periodischen Systems der Elemente für die Naturwissenschaft. Es beschreibt umfassend die Zusammenhänge der gesamten Medizin!

16.1 Die Einteilung der Geschwülste

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalente lautet:

1. Den drei embryonalen Keimblättern entsprechen auch spezifische Allen von histologischen Geweben, die untereinander gleich oder wenigstens ähnlich sind. Lediglich das *mittlere Keimblatt* oder *Mesoderm* spaltet sich erneut auf in ein altes oder „*Kleinhirn-Mesoderm*“ und ein neues oder „*Großhirn-Mesoderm*“. Das „*Kleinhirn-Mesoderm*“ verhält sich ähnlich wie das „*Stammhirn-Entoderm*“, während sich das „*Großhirn-Mesoderm*“ ähnlich wie das „*Großhirn-Ektoderm*“ verhält.
2. Im Falle eines DHS, bei dem ein Hamerscher Herd entsteht, reagieren die zu diesem HH in Korrespondenz stehenden Organbereiche mit entsprechender „*Keimblatt-Reaktion*“:

Die entodermalen stammhirn-gesteuerten und die mesodermalen kleinhirn-gesteuerten (zusammen - althirn-gesteuerten) Organe reagieren in der konflikt-aktiven Phase (ca-Phase) mit Zellvermehrung, die mesodermalen großhirn-gesteuerten Organe und die großhirncortical-gesteuerten Organe (zusammen - die vom Großhirn gesteuerten Organe), reagieren mit Nekrosen oder Ulcera.

hundert Tumormarker, die es gibt, könnte man diagnostisch gut verwenden, wenn man die Neue Medizin gut kennen würde und keine Panik aufkommen würde. So aber werden die „Tumormarker“ den Patienten als „bösertige Zeichen“ an den Kopf geschleudert. Dabei sind ihre Aussagen denkbar harmlos.

3. Die Heilungsphase nach Conflictolyse ist bei den drei Keimblättern sehr verschieden:

Innernes Keimblatt:

Stopp des Krebswachstum, Einkapselung oder Abbau durch Pilze oder Pilzbakterien, z.B. Tuberkel-Bakterien. (z.B. Lungentuberkulose)

Mittleres Keimblatt:

a) *Kleinhirn-Mesoderm:*

Wachstumsstop, Einkapselung oder Abbau durch Bakterien wie beim inneren Keimblatt, z.B. Mamma-Ca durch Bakterien oder Mykobakterien. (z.B. Brust-Tbc)

b) *Großhirn-Marklager-Mesoderm:*

Restitution mit Schwellung und überschießendem Wachstum im Sinne eines Sarkoms oder beim Knochen mit vermehrtem Callus als Osteosarkom. Das überschießende Wachstum ist im Prinzip völlig harmlos und hört am Ende der normalen Heilungsphase auch spontan wieder auf. Bakterien helfen beim Wiederaufbau.(z.B. „Osteosarkom“, Eierstocks-Zyste, Nierenzyste - Nephroblastom)

Äußeres Keimblatt:

Tendenz zum Wiederauffüllen der Ulcus-Nekrose mit Restitution oder narbiger Restitution unter Zuhilfenahme von Viren (z.B. Virus-Hepatitis).

Schon die EISERNE REGEL DES KREBS hatte, das haben viele Mediziner bestätigt, zum ersten Mal in den bisherigen Vorstellungswust vom Wesen der Tumoren ein klares System gebracht. Viele Fragen blieben noch offen. Jetzt ist es mir, so glaube ich, gelungen, ein umfassendes System zu finden, das nicht nur die Tumoren, sondern im Prinzip die gesamte Medizin umfaßt. Denn die Störung unserer Verhaltensbereiche durch die biologischen Konflikte ist ja nur ein Spezialfall, der Sonder-Spezialfall einer Programmänderung eines Hirnbereiches, eben des Hamerschen Herdes, in dem es vorher in erstaunlicher Präzision normal funktioniert hat. Das geradezu atemberaubend Faszinierende an der Programmumschaltung ist, daß zwar durch das DHS der gesamte Organismus mobilisiert wird, daß aber diese Programmänderung, die ich früher als Fehlsteuerung ansah, keineswegs systemlos ist, sondern offensichtlich den Sinn hat, die natürlich gegebene, von der Natur vorgesehene Chance zum Überleben im Kampf ums Dasein, auch wirklich mit allen zur Verfügung stehenden Kräften zu nutzen. Diese Programmumschaltung ist Teil eines sinnvollen Geschehens.

16.2 „Kleinhirn-Mesoderm“ und „Großhirn-Ektoderm“

Gewisse Schwierigkeiten hat es mir immer gemacht, wenn ich, wie bei diesem Kapitel, über die Erkenntnisse der Embryologen hinausgehen mußte. Für die Embryologen schienen gewisse Fragen nicht von so besonderer Wichtigkeit, darum haben sie sich nicht speziell damit beschäftigt. Die Haut ist ektodermalen Ursprungs, natürlich aber nur die Epidermis²³¹. Die Epidermis ohne Unterhaut (Korium²³²), denn die ist mesodermalen Ursprungs. Es gibt da die feinen Unterschiede in den sog. Hautschichten.

Es gibt nämlich eine untere Hautschicht (Korium) mesodermalen Ursprungs, die die Drüsen enthält (Schweißdrüsen, Talgdrüsen) und die Melanophoren²³³. Dann gibt es darüber die äußerste Epidermis von Plattenepithel, diese ist ektodermalen Ursprungs. Sie enthält die oberflächlich sensiblen taktilen²³⁴ Nervenendigungen und an der Unterseite auch eine Melanophoren-Schicht.

Der feine Unterschied ist der, daß die einen Zellen vom Kleinhirn innerviert werden, die anderen vom Großhirn. Und das wiederum bestimmt nicht nur ihre Funktion, sondern auch ihren histologischen Aufbau, natürlich auch ihre verschiedene „Tumor-Reaktion“ oder -Formation.

16.3 Das Kleinhirn-Mesoderm

Etwa um die Zeit unserer Evolutionsgeschichte, als unsere primitiven „Vorfahren“ das Milieu des Wassers gegen das des Landes einzutauschen begannen, zu der Zeit, als das Kleinhirn im Bau war, benötigte das Individuum eine Haut, die nicht nur Stabilität gab, sondern auch gegen übermäßige Sonneneinstrahlung abschirmen konnte, Austrocknung verhinderte etc. Dieses Organ will ich einmal die *mesodermale Kleinhirn-Haut* nennen.

Diese Kleinhirn-Haut hatte keine großen mechanischen Belastungen auszuhalten. Das Individuum konnte sich aber schon wurmartig kriechend vorwärts bewegen. Die Haut hatte die unspezifische, sog. „protopathische Sensibilität“; d.h. sie besaß Empfindung für extremen Druck und Temperatur, war also schon anpassungsfähig und reagibel, wenn sich die Umweltbedingungen extrem veränderten. Diese Haut lagerte die Melanophoren ein, die mit ihrem Pigment besonders das UV-Licht der Sonne abschirmen konnten, außerdem hatte diese Haut durch die Schweißdrüsen die Möglichkeit, einen Flüssigkeitsfilm über die Haut zu legen, um so Verdunstungskälte zu erzeu-

²³¹ Epidermis = oberste Hautschicht

²³² Korium = Lederhaut, bindegewebiger Anteil der Haut

²³³ Melanophoren = Hautpigment enthaltende Zellen

²³⁴ taktil = das Tasten, den Tastsinn betreffend

gen und dadurch Verbrennungen der Haut zu verhindern. Das Individuum war also gegen drohende Gefahren der Vitalsphäre schon recht gut geschützt

Nach Ausbildung dieser Kleinhirn-Haut, deren Relaiszentrum wir im medial-hinteren und lateralen Kleinhirn finden, (im Konfliktfall haben wir einen Verletzung-der-körperlichen-Unversehrtheit-Konflikt und im weiteren einen Besudelungs-Konflikt) wurde das Säuger-Verhalten ausgebildet. Dabei wurde logischerweise das Gesäuge auch gleich in die Haut verlagert. Folgerichtig ist die Brustdrüse eine Einstülpung dieser Kleinhirn-Haut, aus der dann der Säugling seine Milch saugen kann. Im Kleinhirn liegt alles ordentlich beieinander.

Das ursprüngliche Drüseneipithel der Milchgänge gehört ganz offensichtlich nicht mehr zum Drüsentyt des Darmtrakts, gleichwohl ist es diesem morphologisch noch näher verwandt als dem Plattenepithel der äußersten Hautschicht. Beide sind sehr verschieden - weil eben auch der Ursprungsort im Gehirn sehr verschieden ist! Die beste Bezeichnung für das Drüseneipithel der Milchgänge, der Schweiß- und der Talgdrüsen wäre demnach „Kleinhirn-Drüsengewebe“.

Zur Kleinhirnhaut gehörte auch die „innere Haut“ des Körpers, im Bauch das Peritoneum, im Brustraum die Pleura und im Mediastinalraum²³⁵ das Perikard²³⁶.

Wir unterscheiden hier wieder das Peritoneum parietale und das Peritoneum viscerale²³⁷, ebenso Pleura parietalis und Pleura visceralis und Pericardium parietale und Pericardium viscerale.

Ihre Krebse nennt man deshalb Mesotheliome²³⁸.

Es wächst ein Krebs in der vom Kleinhirn gesteuerten Korium-Haut augmentierend²³⁹, er ist sichtbar! Und diese Kleinhirnhaut ist auch für das Ödem, in diesem Fall für die sog. Ergüsse in der Heilungsphase verantwortlich, den Peritoneal-Erguß oder Aszites, den Pleura-Erguß und den so gefürchteten Perikard-Erguß mit der Herzbeutel-Tamponade²⁴⁰! Im Prinzip etwas sehr Gutes, trotzdem als Komplikation der Heilverlaufs-Phase von mir sehr gefürchtet!

²³⁵ Mediastinalraum = Mediastinum

²³⁶ Perikard = Herzbeutel

²³⁷ Viscera = Eingeweide

²³⁸ Mesotheliome = Geschwülste der Organe, die dem mittleren Keimblatt entstammen, von griechisch 'meso' = mittler-

²³⁹ Augmentum = Vergrößerung

²⁴⁰ Herzbeutel-Tamponade = Kompression des Herzens durch den Herzbeutel-Erguß

16.4 Das Großhirn-Ektoderm

In der Folgezeit haben die Fähigkeiten der Kleinhirn-Haut nicht mehr ausgereicht. Mutter Natur hat deshalb in der Hirn-Neuzeit eine auch für den Hautbereich gewaltige neue Konstruktion geschaffen: Sie hat einfach das gesamte Individuum mit einer zweiten Haut, einer *Großhirn-Haut* überspannt.

Diese Großhirn-Haut, natürlich ektodermalen Ursprungs war im Gegensatz zur mesodermalen Kleinhirn-Haut eine widerstandsfähige Plattenepithel-Haut. Diese Plattenepithel-Haut, die dem Großhirn zugeordnet ist, wanderte nun entlang der Segmente und überdeckte die Kleinhirn-Haut vollständig. Sie brachte mit sich die Fein- oder Oberflächen-Sensibilität vom Großhirn (sensibles Zentrum des Gyrus postcentralis) und setzte den Organismus in Stand, alle die Informationen zu erhalten, die er brauchte, um das Individuum den raschen und gefährlichen Anforderungen im Kampf ums Dasein als höchstorganisiertes Wesen anzupassen.

Die Formation des Plattenepithels ist das typische morphologische Zeichen für Großhirn-Haut oder Großhirn-Epithel. Dieses Großhirn-Plattenepithel hat aber nun nicht bei den Grenzen der alten Kleinhirn-Haut haltgemacht, sondern z.B. entodermale Zylinderepithel in der Blase und entodermale im Nierenbecken oder entodermale Epithel im Mund und oberen Ösophagus, der kleinen Curvatur des Magens und der Gallen- und Pankreasgänge sowie das kleinhirn-mesodermale adenoide Epithel der Milchgänge (intraduktal) überzogen. So finden wir jetzt das typische Großhirn-Plattenepithel in der äußersten Haut, in der Schleimhaut des Mundes und des Nasen-Rachenraumes, dem Plattenepithel des Kehlkopfes, der Bronchien, dem Plattenepithel des Ösophagus, des Pylorus²⁴¹, Bulbus Duodeni²⁴² und des Pankreas mit den Ausläufern zu den Inselzellen des Pankreas und dem Epithel der Gallengänge.

Gleichzeitig aber finden wir dieses Plattenepithel ebenso in Blase, Nierenbecken, Vagina, Gebärmuttermund und -hals, in den Milchgängen und im Rektum. Alle mit dieser Art Plattenepithel ausgekleideten Gebiete sind sehr sensibel und dem sensorischen Zentrum des Großhirns angeschlossen. Sie alle haben typische „Großhirn-Konflikte“ (Hamersche Herde im Großhirn).

Dazu gehört auch die frühere Periost-Epidermis²⁴³, die ehemals aus Plattenepithel und sensiblen Nerven bestand. Heute ist das Plattenepithel nicht mehr auffindbar, weil es keine Funktion mehr hätte, dagegen sind die sensiblen Nerven noch vorhanden. Sie schmerzen bei Dehnung des Periosts. Die Schmerzen bei der Dehnung des Periosts, die regelmäßig entstehen, wenn in

²⁴¹ Pylorus = Magenpförtner mit verstärkter Ringmuskulatur

²⁴² Bulbus Duodeni = der auf den Magenpförtner folgende Abschnitt des Zwölffingerdarms

²⁴³ Periost = Knochenhaut; Epidermis = äußere Haut

der Heilungsphase der Knochen Oedem macht, sind ein gutes Zeichen und ein wichtiger Vorgang bei der biologischen Knochenheilung, weil diese Schmerzen das Individuum dazu zwingen, den betroffenen Skeletteil ruhigzuhalten, der bei Belastung oder Funktionsbeanspruchung in Gefahr wäre zu frakturieren.

Oftmals finden wir beispielsweise im Rektum einen Tumor der entodermalen Unterschicht durch die ektodermale Plattenepithel-Schleimhaut hindurchstoßen. Dann sprechen wir von einem „Polypen“(Adeno-Ca).

16.5 Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni

(Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwür)

Nach persönlicher Befragung einiger Koryphäen der Embryologie bin ich nun ganz sicher, daß sowohl Rektum-Schleimhaut (bis 12 cm vom Anus) als auch Vaginal-Schleimhaut samt Muttermund und Cervix uteri, als auch die Harnblasen-Schleimhaut und Nierenbecken, sowie die oberen zwei Drittel des Ösophagusepithels²⁴⁴ samt kleiner Curvatur des Magens, Inselzellen des Pankreas sowie Pankreas- und Gallengängen der Leber sowie die Intimazellen der Koronararterien und Koronarvenen (sehr sensibel!) ektodermaler Herkunft sind.

Alle haben sie Plattenepithel oder abgeplattetes Epithel, alle sind sie von außen „eingestülpt“, also eigentlich „eingewanderte“ Schleimhaut, (großhirn-ektodermale „Völkerwanderung“!!)

Ein geradezu fundamentaler Zusammenhang ist mir dabei aufgefallen, der im nachhinein eigentlich sonnenklar erscheint, im vorhinein mich manches Kopfzerbrechen gekostet hat. Das ist das Ulcus ventriculi (Magengeschwür) und Ulcus duodeni (Zwölffingerdarm-Geschwür).

Wie gesagt, im nachhinein ist ja jedem klar, daß das Magengeschwür psychische Ursachen hat, ebenfalls das Zwölffingerdarm-Geschwür. Für mich ist das nichts Außergewöhnliches, weil letzten Endes ja alles vom Computer Gehirn gesteuert wird. Aber das Magengeschwür und die jedem Mediziner geläufige sog. „facies gastrica“, das „Magengesicht“, passen so gar nicht zu den stammhirn-gesteuerten Organen des Bauchraums. Ebenso paßt dazu nicht das Inselzell-Krebsäquivalent (Insulom) sowohl der Alpha-Inselzellen, als auch der Beta-Inselzellen, genausowenig eine gewisse Art des Leber-Karzinoms (Gallengangs-Ca).

Aber nun gibt es doch blumenkohlartige Magen-Karzinome, sogar so große, daß sie den ganzen Magen ausfüllen können. Wie kann man diesen Widerspruch erklären?

²⁴⁴ Oesophagus = Speiseröhre

Zunächst wollen wir uns einige Tatsachen vergegenwärtigen, die zwar jeder weiß, die aber niemand je erklären konnte:

1. So gut wie nie bekommt eine junge feminine Frau ein Magengeschwür oder Zwölffingerdarm-Geschwür (außer Linkshänderin).
2. Daß eine junge feminine Frau ein Leber-Ulcus-Karzinom bekommen könnte, ist höchst selten. Ich habe noch keines gesehen (außer Linkshänderin).
3. Die Magengeschwüre sitzen immer an der gleichen Stelle: am Magenpförtner (Pylorus/Bulbus) und an der kleinen Magen-Curvatur, nie im Fundus²⁴³ oder an der großen Curvatur.
4. Die oberen zwei Drittel des Ösophagus sind von Plattenepithel bedeckt, das untere mehr von Darmepithel. Aber oftmals geht das Plattenepithel auch bis in den Magen, also hinter die sog. Cardia²⁴⁶.
5. Rektum-Ca und Leber-Ulcus-Ca kommen ungewöhnlich oft gemeinsam vor.

Legt man alle diese Mosaiksteinchen zusammen, dann ergibt sich mit großer Wahrscheinlichkeit, daß Teile dieses Plattenepithels, das ja aus der Mundschleimhaut (Ektoderm!) entwicklungsgeschichtlich die Speiseröhre hinuntergewachsen ist, in Wirklichkeit mit seinen Ausläufern, samt Nervenfasern bis ins Duodenum, ins Pankreas (Inselzellen) und in die Leber gewandert ist. Weiter sind die Fasern nicht gewandert, und das ist auch der Grund, warum es nur ein Dünndarm-Carcinoid gibt. Der Dünndarm ist entwicklungsgeschichtlich nachträglich „eingeflickt“ worden zwischen Duodenum und Coecum²⁴⁷, er hat im Stammhirn ein relativ kleineres, seiner Größe oder Länge nicht entsprechendes Relaiszentrum und einen unverdaulichen Konflikterlebnis-Inhalt. Ich bin sicher, daß alle Nervenfasern, die die kleine Curvatur des Magens, den Pylorus²⁴⁸- und Bulbusbereich des Magens und Zwölffingerdarms, die Papille und den Ductus pancreaticus und den Ductus choledochus cysticus, sowie die Ductus hepatici sensibel versorgen, alle vom rechten Gyrus postcentralis lateral unten versorgt werden. Für Magen und Leber ist es sicher, für die Pankreasgänge bin ich auch sicher, die Pankreas-Inselzell-Innervation (sensibel) kommt jedoch vom Zwischenhirn: links-paramedian Alpha-Inselzell-Relais für Glukagon-Insuffizienz (Angst-Ekel-Konflikt); rechts paramedian Beta-Inselzell-Relais für Diabetes mellitus Konflikt des Sich-Sträubens).

Ich habe natürlich nun selbstredend, nachdem ich auf diese heiße Spur gestoßen war, meine sämtlichen Hirn-CTs durchgesehen und habe wirklich

²⁴⁵ Fundus = Grund, Boden eines Organs, hier des Magens

²⁴⁶ Cardia = Magenmund

²⁴⁷ Coecum = Dickdarm

²⁴⁸ Pylorus = Pförtner

gefunden, daß ich - hauptsächlich bei den Linksherz-Infarkten - einen großen Fehler gemacht hatte: Sehr oft hatten die Patienten zwei Hamersche Herde, einen typisch für Koronar-Ulcus-Karzinom oder Intrabronchial-Karzinom rechts periinsulär, dazu aber einen zweiten HH, den ich nicht so recht hatte einordnen können, von dem ich aber angenommen hatte, er müsse mit „dazugehören“. Dieser lag aber immer im latero-basalen Teil des Gyrus postcentralis des sensorischen Rindenzentrums rechts.

Nun war es eine Routinesache, im Krankenblatt nachzusehen, ob der Patient auch über Magenbeschwerden geklagt hatte (die ich als „Begleitmusik“ bei Angina pectoris des Koronar-Karzinoms fehlgedeutet hatte). Und richtig: In den meisten Fällen hatte ich notiert, daß der Patient „auch“ über heftigste Magenbeschwerden, Koliken, Erbrechen, Teerstühle oder dgl. mehr geklagt hatte, die von allen Doktoren als „gastro-cardiales Syndrom“ den Herzschmerzen zugeschrieben wurden.

Halten wir uns nun das Wesen des Ulcus vor Augen, dann ist es seinem Wesen nach ein Substanzdefekt. Den analogen Vorgang finden wir bei allen Plattenepithel-Karzinomen (Mundschleimhaut, Intrabronchial-Schleimhaut, Koronar-Schleimhaut, Vaginal- und Muttermund-Schleimhaut, Blasen- und Rektum-Schleimhaut, hier bei Blase und Rektum vermischt mit Polypen, die dem entodermalen Darmepithel zugehören und Adeno-Ca-Geweben haben!).

Es kann keinen Zweifel geben: Das Magen- und das Zwölffingerdarm-Geschwür gehören ihrem Wesen nach zu den Plattenepithel-Geschwüren, sind ektodermalen Ursprungs, haben ihr Relaiszentrum im lateraleren Gyrus postcentralis retroinsulär²⁴⁹ rechts, sind ein typisch männliches Attribut des Verhaltens.

Die Sache ist gar nicht so schwer zu verstehen: Im unteren Ösophagus, an der kleinen Curvatur des Magens, am Pylorus des Magenausgangs und im Bulbus duodeni sowie im Pankreasgang, Choledochus²⁵⁰ und Lebergängen überlappen sich zwei Epithelformationen: Das Darmepithel, das entwicklungsgeschichtlich vom Entoderm, dem inneren Keimblatt, abstammt und zum Magen-Darm-Trakt gehört und sein Relaiszentrum im Stammhirn hat, sowie das jüngere Plattenepithel, das dem Ektoderm, dem äußeren Keimblatt angehört und sein Relaiszentrum im Großhirn hat. Daher die Schmerzen beim Magen- oder Zwölffingerdarm-Geschwür, bei der Gallenkolik. Daher auch die (mitgewanderte) Innervation der Inselzellen durch das Zwischenhirn (die Inselzellen sind direkt nervös vom Zwischenhirn versorgt und dirigiert!).

Früher glaubten viele Autoren medizinischer Lehrbücher, die Salzsäure des Magens würde das Magen-Ulcus bewirken. Aber die große Curvatur des Magens, wo die meiste Salzsäure ist, hat nie ein Ulcus. Außerdem ist

²⁴⁹ retro- = Wortteil mit der Bedeutung zurück, hinter

²⁵⁰ Choledochus = Gallengang

die Hyperazidität²⁵¹ des Magens bereits ein vagotones Zeichen, wie in jedem Lehrbuch nachzulesen ist. Daß Magengeschwüre mit Konflikten zu tun haben, bestreitet ja auch keiner. Daß aber im Magen zwei verschiedene Sorten Krebs vorkommen, ein „ulcerativer Krebs“ und ein „blumenkohlartiger“ Krebs, ist nur beim ersten Hinsehen etwas schwer zu verstehen. Bei dem Magen-Ulcus ist es wie beim Ulcus der Mundschleimhaut: Es werden Zellen ulceriert, d.h. abgestoßen, so daß das Lumen, das ist der Innen-durchmesser des röhrenförmigen Organs, größer und dadurch mehr Blut (Koronargefäße), Luft (Bronchien) oder Speise (Zwölffingerdarm oder Speiseröhre) oder Gallensaft (Choledochus oder intrahepatische²⁵² Gallen-gänge) hindurchkann.

Daraus erklärt sich das „Weniger an Substanz“, der Substanzdefekt. Übrigens haben Ösophagus und Magen ihr Relaiszentrum und damit ihren Hamerschen Herd nahezu an gleicher Stelle. Die Konfliktinhalte haben immer eine Beziehung zum Revier.

Was ist mit den Leber-Karzinomen? (Sie kommen oft gemeinsam mit dem Ulcus ventriculi vor). In der Leber haben wir auch zwei Sorten von Ge-schwülsten: die einen - mit Substanzdefekt - sitzen in den Gallengängen, wohin die Großhirn-Nervenfasern (sensibel) reichen. Die anderen sitzen im Parenchym und machen große, adenoide Leber-Rundherde im Leber-Parenchym (wenn es nur einer ist, spricht man von „solitärem Leber-Ca“), manchmal sogar höckerige Knoten in der Nähe der Leberkapsel, die man oft gut tasten kann. Sie ähneln dem Bild des Darmtumors. Das solitäre Leber-Ca kann nur verschwinden, wenn es in der Heilungsphase durch Tuberkulo-se verkäst und abgebaut wird. Die übrigbleibenden Leber-Kavernen kolla-bieren gewöhnlich und indurieren²⁵³ zur sog. solitären Leberzirrhose (im Prinzip der gleiche Vorgang wie bei den verkäsenden kavernisierenden Lun-genrundherden des Alveolar-Bereichs).

Das Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwür hat eine weitere Besonderheit: Da das Relaiszentrum im Cortex liegt, macht es nach Einschießen des Con-flictolyse-Oedems eine gastrische Epilepsie!

Magenkoliken mit Krämpfen sind m.E. oftmals oder vielleicht sogar meistens eine epileptoide Krise nach Lösung des Konfliktes. Da offenbar „Großhirn-Magenkonflikt“ sehr verwandt ist mit dem Revier-Konflikt und mit einem solchen oftmals gemeinschaftlich auftritt, wurde oftmals das Bild eines Herzinfarktes durch das klinische Bild einer Magenkolik verschleiert. In weniger dramatischen Fällen sprach man dann von „Hepato-Gastro-

²⁵¹ Hyperazidität = Übersäuerung

²⁵² intrahepatische = in der Leber befindlich

²⁵³ induriert = verhärtet

Cardialem²⁵⁴ Syndrom" oder von „Gastro-Cardialem Syndrom", je nachdem, was betroffen und kombiniert war.

Dies ist zu unterscheiden von Darmkoliken in der Heilungsphase nach vorausgegangener muskulärer Darmparalyse²⁵⁵ (paralytischer Heus). Konflikt: einen Brocken peristaltisch nicht weiterschieben, d.h. nicht verdauen zu können.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß niemals ein Karzinom in diesen Bereichen auf das scheinbar nächstliegende Organ übergreift, die sog. „Organschwelle" überspringen kann. Niemals sehen wir, daß ein Rektum-Karzinom auf das Sigma übergreift, daß ein Cervix²⁵⁶-Karzinom auf das Corpus uteri²⁵⁷ übergreift, oder daß ein Nierenbecken-Ulcus-Ca auf die Sammelrohre (entodermal) oder von da wieder auf das Glomeruli-Parenchym (mesodermal) der Niere übergreift oder ein oberes Ösophagus-Karzinom auf die große Curvatur des Magens.

In diesen gleichen Hirnregionen rechts periinsulär liegen aber auch Relaiszentren für Organe, die ebenfalls Plattenepithel-Schleimhaut haben, allerdings auf den ersten Blick mit den recto-vagino-vesikalen Organen nichts zu tun zu haben scheinen: Mundhöhle, Ösophagus- und Bronchial-Schleimhaut sowie die sog. Intima der Koronararterien. Organe, die auf den ersten Blick weder miteinander noch mit den recto-vagino-vesikalen Sexual- und Reviermarkierungs-Organen etwas zu tun haben.

Für die Embryologen taten sich bisher keine Widersprüche auf, solange die „Trias der Neuen Medizin" noch nicht bekannt war. Seit wir aber nunmehr lernen müssen, entwicklungsgeschichtlich verständlich zwischen biologischem Konflikt, Lokalisation im Gehirn und Organbezogenheit eine exakte Korrelation zu finden, lernen wir auch die Korrelation zwischen Hirnlokalisierung und histologischer Struktur entwicklungsgeschichtlich zu verstehen.

Wir lernen jetzt zu begreifen, daß die Kiemenbogen-Arterien eine Sonderstellung unter den Arterien einnehmen, weil ihre Gefäßintima aus Plattenepithel besteht (sehr sensibel!), das der Periinsulär-Region im Gehirn zugeordnet ist, also dem Revierverhalten.

Jetzt verstehen wir auch, warum man sich in der Vergangenheit oftmals dadurch hat irre machen lassen, daß im Gehirn Gliazellen²⁵⁸ teilweise so ähnlich aussehen wie verhorrende Plattenepithel-Zellen, wenn diese Gliazellen Glia-Narbengewebe (mesodermal) bildeten, sog. „Gliome". Die äußere Haut (Epidermis) ist zwar auch ektodermal, die Gesamthaut besteht aber entwicklungsgeschichtlich aus zwei verschiedenen Häuten, einer älteren,

²⁵⁴ Hepato-Gastro-Cardialem= Leber, Magen, Herz betreffend

²⁵⁵ Darmparalyse = Darmlähmung

²⁵⁶ Cervix = Gebärmutterhals

²⁵⁷ Corpus uteri = Gebärmutterkörper

²⁵⁸ Gliazellen = Bindegewebzellen

mesodermalen „Kleinhirn-Haut“, die heutige Unterhaut mit Schweiß- und Talgdrüsen und grober Reizwahrnehmung, und der jüngeren „Großhirn-Haut“ (Epidermis) aus Plattenepithel mit Feinsensibilität.

Details überzeugend erklären zu können, das soll nachfolgenden Untersuchern und Interpreten vorbehalten bleiben. An dem System selbst wird sich aber dadurch nichts mehr ändern.

Großhirn-gesteuerte Organe und althirn-gesteuerte Organe verhalten sich hinsichtlich Zellvermehrung und Zelleinschmelzung während der sympathicotonen und vagotonen Phase genau umgekehrt proportional zueinander.

Während also die althirn-gesteuerten Organe in der konflikt-aktiven Phase Zellvermehrung machen, machen die großhirn-gesteuerten Organe in der konflikt-aktiven Phase Zelleinschmelzung.

In der vagotonen Heilungsphase verhält es sich genau umgekehrt. Dies hatte man bisher nicht gewußt, ja nicht einmal geahnt.

Da man alle Zellvermehrung als tumorös ansah, mithin die für die rote (Großhirn)-Gruppe völlig normale restitutive²⁵⁹ Zellvermehrung in der Heilungsphase, d.h. die Wiederauffüllung der Organnekrosen (z.B. Callus²⁶⁰-Sarkom nach Knochen-Osteolyse) genauso wie die Zellvermehrung der gelben (Althirn-) Gruppe (z.B. Dickdarm-Krebs) in der konflikt-aktiven Phase, konnte natürlich kein ehrlicher Wissenschaftler irgendeinen Sinn oder irgendeine Gemeinsamkeit in der ganzen Sache finden. Die Unseriösesten waren noch die, die vortäuschten, als gäbe es irgendeine Gemeinsamkeit zwischen diesen völlig konträren Gruppen. Außer, daß beide Gruppen einmal Zellteilung machen, wenn auch in verschiedener Phase und damit natürlich auch aus ganz verschiedenen Gründen, hatten diese verschiedenartigen Zellteilungen wirklich nichts Gemeinsames, sondern nur ausschließlich Gegensätzliches. Das aber war niemanden je aufgefallen.

1. weil man sich für die Psyche und Konflikte, schon erst recht biologische Konflikte, im Zusammenhang mit Krebs nicht interessierte. Man glaubte eher den vermeintlichen histologischen „facts“ (bösertig - nicht bösertig) trauen zu dürfen.
2. weil man in den CTs des Gehirns dogmatischerweise nur Hirntumoren und Metastasen suchte, statt nach Computer-Relais unseres Gehirns. Von Hamerschen Herden wollte man absolut nichts wissen, denn die hätten ja „die ganze Medizin über den Haufen geworfen“.
3. weil man den an Krebs und Krebsäquivalenten Erkrankten nicht einmal mit Bewußtsein die Hand geschüttelt hat. Denn hätte man dies einmal herzlich getan, dann hätte man feststellen müssen, daß die gelbe Althirn-Gruppe immer mit kalten Händen Zellvermehrung macht, dagegen die

²⁵⁹ restitutiv = wiederherstellend

²⁶⁰ Callus = Kalk

rote Großhirn-Gruppe stets mit heißen oder warmen Händen (Heilungs-) Zellvermehrung zeigt. So einfach wäre das eigentlich gewesen!

Auch bei der vermeintlichen zytostatischen Chemo- "Therapie" hatte man nicht zwischen den verschiedenen Keimblatt-Zugehörigkeiten unterscheiden können. Denn es hätte eigentlich irgendwann mal einem Onkologen aufgehen müssen, daß man mit Chemo, wenn überhaupt, dann nur in der Heilungsphase irgendwas bewirken konnte, nämlich einen Stopp der Heilung. In den konflikt-aktiven Phasen aber verstärkte die Chemo-Pseudotherapie, die stark sympathetic wirkt, noch die Progredienz²⁶¹ der Krebserkrankung.

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebsäquivalente gilt nicht nur für Krebserkrankungen, sondern es gilt, wie alle 5 biologischen Naturgesetze, für praktisch alle Krankheiten die wir kennen. Die Erkrankungen, die keine Krebstumoren oder -Nekrosen in der konflikt-aktiven Phase zeigen, nennen wir „Krebsäquivalent-Erkrankungen“ (eigentlich müßten wir sagen: „Biologische Krebsäquivalent-Sonderprogramme“). Mit ihnen befaßt sich der folgende Abschnitt.

16.6 Die Krebsäquivalent-Erkrankungen, (jetzt „Sinnvolle biologische Krebsäquivalent Sonderprogramme“)

Das ontogenetische System der Tumoren und Krebs-Äquivalente ist, wie gesagt, nicht auf die Krebserkrankungen beschränkt, sondern auch für die sog. „Krebs-Äquivalente“ gültig.

Das Besondere der Krebs-Äquivalente:

Bei der gelben Althirn-Gruppe sind alle Krankheiten identisch mit Krebs und der dazugehörigen Heilungsphase, falls es dazu kommt. Falls es dazu kommt, bedeutet, daß es nicht obligat dazu kommt, sondern nur, wenn eine Konfliktlösung erfolgt, ansonsten endet die konflikt-aktive Phase mit

Kachexie²⁶² im Tod des Patienten, oder der Patient schafft einen modus vivendi in Form eines hängenden Konfliktes. Die Zweiphasigkeit der Erkrankungen ist also, was den 2. Teil oder die 2. Phase anbetrifft, abhängig von der Lösung des Konflikts.

Für die Althirn-Organe gibt es keine Krebs-Äquivalente, sondern nur Krebse und - im positiven Falle - die Heilungsphase nach Lösung des Konflikts.

Für die mesodermalen großhirn-gesteuerten Organe (Knochen, Bindegewebe, Lymphknoten etc.) gibt es ebenfalls keine Krebs-Äquivalente, sondern

²⁶¹ progredient = voranschreitend, fortschreitend

²⁶² Kachexie = Auszehrung

nur Krebs in Form von Nekrosen, Osteolysen, Gewebs-Löchern, kurz Zelleinschmelzungen, sowie - im positiven Falle einer Conflictolyse - die Heilungsphase mit Wiederauffüllung des Substanzdefektes etc.

Krebsäquivalent-Erkrankungen finden wir ausschließlich unter den ektodermalen cortical gesteuerten Organerkrankungen, und auch dort nur bei einem Teil dieser Organe. Trotzdem sind es sehr viele.

Die Definition lautet:

„Krebsäquivalent-Erkrankungen“ (Krebsäquivalent-Sonderprogramme) oder auch kurz Krebs-Äquivalente sind ektodermal-cortical gesteuerte Erkrankungen bzw. Sinnvolle Biologische Sonderprogramme, die auch exakt nach den 5 biologischen Naturgesetzen verlaufen, aber statt eines zellulären oder parenchymatösen²⁶³ Substanzdefektes bzw. statt Zelleinschmelzung eine sinnvolle *Funktionsminderung* zeigen. Dazu gehören motorische und sensorische Lähmungen, Diabetes, Glukagon-Insuffizienz, Seh- und Hörstörungen mit ihren entsprechenden Konflikten und Hamerschen Herden im Gehirn sowie, falls es zu einer Konfliktlösung kommt, die Heilungsphase mit ihren Symptomen und (gelegentlich auch tödlichen) Komplikationen.

Wenn die Zellen am Organ auch nicht einschmelzen bei den Krebsäquivalenten, so scheinen sie doch in gewisser Hinsicht verändert zu sein, wie ja auch die zuständigen Hirnareale (Hamersche Herde) verändert sind. (z.B. Insulome im Pankreas bei Diabetes oder Glukagon-Insuffizienz).

Trotz Veränderung aber scheinen diese Zellen noch nach vielen Jahren der Konfliktaktivität nach einer Konfliktlösung funktionell bedingt restituierbar²⁶⁴ zu sein.

Zusammenfassung:

Mit dem 3. Biologischen Naturgesetz können wir die Ursachen, die Basis allen Naturgeschehens in der Medizin verstehen:

Wir können verstehen, daß die sinnvollen biologischen Sonderprogramme der einzelnen Keimblätter regelmäßig Vorgänge bei uns und allen Mitkreaturen sind, die vor Zig-Jahrmillionen in unserem Gehirn einprogrammiert und seit zig-Millionen Jahren stets in der gleichen oder ähnlichen Weise aber als solche sinnvollen biologischen Sonderprogramme bei uns verlaufen.

Wir können verstehen, daß alle Gewebe mit gleicher histologischen Formation auch im Gehirn ihre Steuerungs-Relais eng beieinander liegen haben, genau wie die dazu gehörigen biologischen Konflikte psychisch eng beieinander liegen.

Wie können jetzt verstehen, warum sinnvolle Vorgänge mit ganz verschiedene Mitteln von Mutter Natur zustande gebracht werden eben, weil es verschiedene Keimblätter gibt.

²⁶³ parenchymatös = betreffend das ganz spezifische Gewebe eines Organs

²⁶⁴ Restitution = Wiederherstellung

Wir können verstehen, warum wir die Krebsentstehung nie begreifen konnten, solange wir diese Zusammenhänge und vor allem den entwicklungsgeschichtlichen Entstehungsmechanismus unserer biologischen Konfliktprogramme nicht verstanden hatten. Deshalb hatten wir in unserer Unwissenheit immer behauptet, Krebs sei nicht verstehbar, sei eben einfach „bösertig“, sein ein wild und planlos wucherndes unkontrolliertes Geschehen, das niemand begreifen könne. - Nichts davon hatte gestimmt!

Krebs und alle anderen sog. „Krankheiten“, die wir jetzt als Teile jeweileriger sinnvoller biologischer Sonderprogramme (SBS) verstehen, sind das Sinnvollste, Logischste und klar Verständlichste, was es überhaupt gibt. Es verläuft nach ganzen fünf biologischen Naturgesetzen, wie ich gerade dabei bin, zu zeigen. Wohltuend wissenschaftlich - gegenüber den unzähligen unbewiesenen und unbeweisbaren Hypothesen der sich hochtrabend „Schulmedizin“ nennenden Ignoranten.

16.7 Warum es keine Metastasen geben kann

Wie Ihr, liebe Leser, im vorangegangenen Kapitel gelesen habt, ist Krebs und überhaupt jede sog. Erkrankung, sprich jedes Sonderprogramm der Natur ein extrem gesetzmäßiges Geschehen.

Mit den 3 Ebenen der Psyche, des Gehirns und der Organe macht sich die Neue Medizin nachweisbar und nachvollziehbar; die 3 Ebenen liefern sogar ein überdeterminiertes System: Kenne ich nur eine Ebene (z.B. die psychische Ebene der biologischen Konflikte) ganz genau, so kann ich die beiden anderen Ebenen erschließen

Über die strikte Regelmäßigkeit der Vorgänge auf allen 3 gedachten Ebenen und damit über die Reproduzierbarkeit der Neuen Medizin kann man auf eine Formel gebracht folgendes aussagen:

Es gibt 3 Ebenen (Psyche, Gehirn, Organe), die synchron verlaufen, und es gibt 2 Krankheitsphasen (sofern der Konflikt gelöst wird), dazu vor der sympatheticen konflikt-aktiven Phase eine Phase der Normalität und am Ende der vagotonen konflikt-gelösten Heilungsphase eine Phase der Renormalisierung. Wir haben also nicht nur je 4 Phasenabschnitte auf jeweils 3 Ebenen, sondern zusätzlich noch 3 markante Punkte (DHS, CL und epileptische Krise) auf jeweils 3 Ebenen, mithin 21 Kriterien, die wir, jedes einzeln, nach den 5 biologischen Naturgesetzen abfragen können.

Da aber die 5 biologischen Naturgesetze zusammen mindestens 6 Kriterien enthalten, einschließlich der histologischen Kriterien, der cerebral-topographischen, organ-topographischen, der konflikt-kolorativen und der mikrobiischen Kriterien, kommt man - wenn man alle 3 Ebenen engmaschig untersuchen kann - für einen einzigen Fall auf 126 überprüfbare und repro-

duzierbare Fakten. Daß nur ein einziger Fall diese 126 reproduzierbaren Fakten zufällig aufweisen würde, ist schon astronomisch unwahrscheinlich, denn es ist ja immer der nächstbeste aus Millionen möglicher Fälle.

Hat aber ein Patient nur zwei Erkrankungen, die vielleicht teilweise parallel oder sukzessiv verlaufen, dann addieren sich die reproduzierbaren Fakten schon auf 252. Die Wahrscheinlichkeit aber potenziert sich auf geradezu astronomische Wahrscheinlichkeitswerte!

Als äußerst wichtiges Kriterium geht noch in die Rechnung ein, daß die Lokalisation der Hamerschen Herde im Gehirn ja prädestiniert ist. Das bedeutet, daß das Relais - eins von mehreren hundert möglichen Relais - schon vorher feststeht. Und dieses Relais - im Erkrankungsfall Hamerscher Herd - muß nun genau die Formation haben, die zu der entsprechenden Phase gehört. Die Wahrscheinlichkeit nur für einen einzigen Fall ist schon astronomisch hoch. Meist haben die Patienten jedoch mehrere Krebse oder Lähmungen, Diabetes oder dergl. und für jede einzelne Erkrankung müssen wieder alle Kriterien erfüllt sein ...!

Hinzu kommt nun noch gemäß dem ontogenetisch bedingten System der Tumoren und Krebsäquivalent-„Erkrankungen“ die Entwicklungsgeschichtliche Bedingtheit einer jeden sog. Erkrankung, was die histologische Formation, die Hirnlokalisierung und auch den besonderen biologischen Sinn des jeweiligen Sonderprogramms anbelangt.

In der Neuen Medizin gibt es keine Sinnlosigkeit, sondern im Gegenteil nur höchste Sinnhaftigkeit! So mutet die Glaubensakrobatik der offiziellen Medizin von der wildgewordenen bösartigen Krebszelle, die unkontrolliert wächst und Tochtergeschwulste, sog. angebliche Metastasen bildet, gelinde gesagt abenteuerlich an:

Die offizielle Glaubensdoktrin zum Thema Metastasen lautet ja bekanntlich, daß von einem Primärtumor ausgehend (über dessen eigentliche Ursache spekuliert wird von Rauchen über Ernährung, Kanzerogene, Viren, böse Gene im Erbgut) Zellen abgesiedelt bzw. ausgesät werden über die Blut- oder Lymphwege. In irgendeinem neuen Organ siedele sich die „bösartige“ Zelle dann an und bilde eine „Metastase“.

Es stellen sich einige Fragen, deren Antworten Ihr Euch, liebe Leser, wahrscheinlich schon selber geben könnt:

1. *Frage*: Der einzige Weg im Körper, der in die Peripherie²⁶⁵ führt, geht über die Arterien. Man redet von der „hämatogenen Aussaat“, also der

²⁶⁵

Peripherie = die äußeren Zonen des Körpers

Aussaat auf dem Blutwege, der angeblichen Metastasen. Es ist jedoch noch nie einem Forscher gelungen, eine Krebszelle im arteriellen Blut zu finden - bei Tausenden von Versuchen.

Wie erklärt sich die Schulmedizin das?

2. *Frage:* Alle Pathologen geben zu, daß im Prinzip immer an der gleichen Stelle des Körpers die gleiche Art von Krebs entsteht. So sind z.B. die Lungenrundherde (bei Todesangst-Konflikt) von der Histologie her gesehen stets Adeno-Karzinome. Niemand kann ein sog. „primäres Karzinom“ von einem „sekundären Karzinom“, also einer „Metastase“ histologisch unterscheiden.

Wenn das so ist, dann müßten ja alle die - im arteriellen Blut nie beobachteten Krebszellen sogar so schlau sein, daß sie in den wenigen Sekunden blitzschnell genau wüßten, wo sie angekommen sind und dann dort das für den jeweiligen Ort übliche Karzinom bilden. Z.B. macht also ein blumenkohlartig wachsendes Leber-Adeno-Karzinom im Knochen plötzlich eine „Knochenmetastase“, d.h. es bilden sich Löcher, um dann später in der Lunge wieder kompakte Lungenrundherd-“Metastasen“ des Adeno-Zelltyps zu machen??! Wir müssen also nicht nur eine dreifache Metamorphose annehmen, sondern auch einen dreifachen Wechsel der jeweiligen Keimblatt-Zugehörigkeit, von dem „fliegenden Wechsel“ der Ankoppelung der Zelle an das zuständige Hirn-Relais ganz zu schweigen! Kurz gesagt: Ein Schwein gebiert ein Kalb und das Kalb ein Schaf! Wie erklärt dies die Schulmedizin?

3. *Frage:* Die Neurohistopathologen sagen übereinstimmend, daß Hirn-, Nerven- oder Ganglienzellen sich spätestens nach den ersten 3 Lebensmonaten nicht mehr teilen können. Die Gliazellen, das sog. Hirnbindegewebe, das keine Nervenfunktion hat, sondern nur Ernährungs-, Stütz- und Narbenfunktion, kann sich teilen wie das Bindegewebe im Körper auch, wenn es Narben bildet. Wenn sich nun Hirnzellen gar nicht mehr teilen können, was sind dann „Hirntumoren“ bzw. „Hirnmetastasen“?

Die Neurohistopathologen stimmen überein, daß man bei einem sog. „Hirntumor“ stets sehen kann, wo er histologisch hingehört. Folglich ist doch am gleichen Platz auch immer im Prinzip die gleiche Sorte Hirngewebe, auch wenn es unter den Bedingungen eines DHS mit anschließender ca-Phase ein bißchen verändert ist. Aber man erkennt immer noch genau, wohin es gehört. Nun wissen wir ja mit Prof. Pfitzer (siehe Kapitel 10), daß die Glia-Narben bzw. polymorphen Gliome oft zu vielem (sprich zu vielen Organkrebsen) zu passen scheinen, die Zellen also morphologisch oft ähnlich aussehen.

Hirntumoren im eigentlichen Sinne kann es jedoch per definitionem nicht geben.

Was die „Hirnmetastasen“ angeht, fordert die Schulmedizin dogmatisch, daß eine bösartige Metastasen-Zelle, etwa aus dem Eierstock, auf ihrem nie beobachteten Weg durchs Blut, sich im Gehirn festsetzt und dort einen kleinen Eierstock bildet! Kleine Eierstöcke und Hoden im Gehirn - hat dies wirklich noch etwas mit Naturwissenschaft zu tun?

4. *Frage:* Wenn man irgendein Organ vom Gehirn trennt (z.B. ein Magenpräparat herstellt), so kann man dort, auch mit hunderten von angebliechen „Karzinogenen“ keinen Krebs mehr erzeugen. Auch wenn man die „Karzinogene“ in tausendfacher Konzentration lokal appliziert.

Wie erklärt man sich das?

Bei Ratten, bei denen angeblich erwiesenermaßen Formaldehyd Krebs verursachen sollte, hatte man eben dieses Formaldehyd, gegen das die Ratten einen großen Ekel haben, in tausendfacher Konzentration *in die Nase* gespritzt. Und das täglich und ein ganzes Jahr lang. Merkt Ihr etwas?

5. *Frage:* Es ist allgemein bekannt, daß von hundert Patienten, bei denen am Tage der Krebsdiagnose ein Röntgenbild angefertigt wird, ca. 98% der Bilder keine „Lungenmetastasen“ zeigen.

An diesem Tage aber wird den Patienten auch die volle vermeintliche „Wahrheit“ gesagt. Für die meisten Patienten ist es, wie sie selbst sagen, ein fruchtbare Schock, ein DHS. Manche erholen sich davon, weil sie z.B. liebe Mitmenschen haben.

Bei 30-40% der Fälle finden wir in der Schulmedizin jedoch drei bis vier Wochen später Lungenrundherde. Merkt Ihr was?

Wie erklärt sich die Schulmedizin dieses auffällige Phänomen?

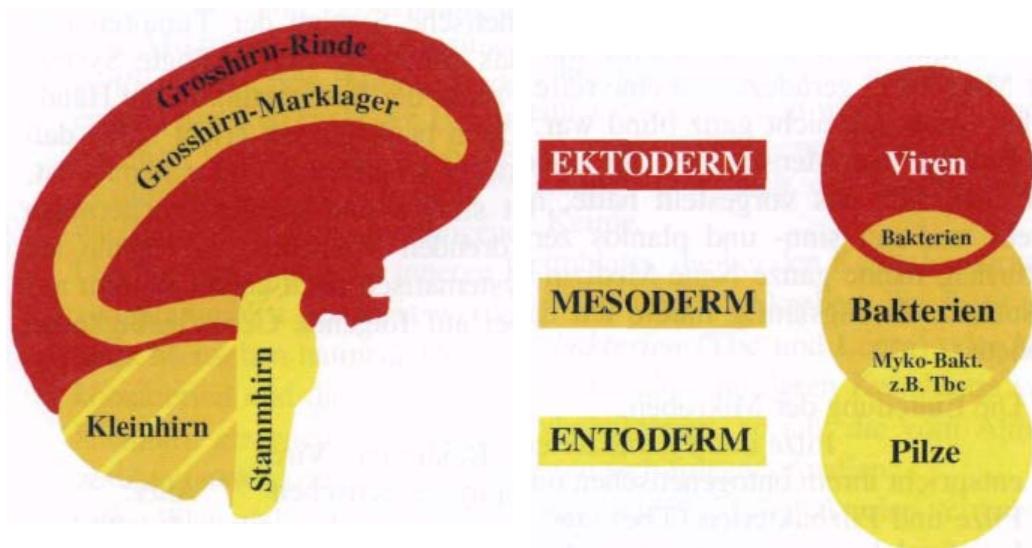
Bei Tieren sehen wir keine solche „Lungenrundherd-Metastasen“.

Primarius aus Klagenfurt auf einem Vortrag von mir in Klagenfurt, 1991: „Der Dr. Hamer sagt, 'Die Tiere haben es gut, die verstehen nicht die Stimme der Primarien (Chefarzte, gemeint sind die Prognosen), darum kriegen die keine Metastasen'.“

Meine Antwort: „Herr Professor, zum 1. Mal haben Sie mich heute richtig zitiert. Sie scheinen im Begriff zu sein, die Neue Medizin zu verstehen.“

17 Das ontogenetisch bedingte System der Mikroben - Das 4. Biologische Naturgesetz der Neuen Medizin

Das ontogenetisch bedingte System der Mikroben



Zusammenhänge zwischen **GEHIRN - KEIMBLATT - MIKROBEN**

Links im Bild sieht man ein Schema des Gehirns und rechts sieht man die entsprechenden Mikroben, die auf Befehl des Gehirns mit der Konfliktlösung zu arbeiten beginnen.

Die Pilze und Pilzbakterien (gelb), die ältesten Mikroben unseres Organismus, bearbeiten nur die vom Stammhirn gesteuerten Tumoren der Organe des Entoderms (inneres Keimblatt), bzw. bauen diese ab, die vorher Zellvermehrung gemacht hatten, z.B. die Darmtumoren, ebenso die vom Kleinhirn gesteuerten Tumoren der Organe des Kleinhirn-Mesoderms (mittleres Keimblatt), die ebenfalls Zellvermehrung gemacht hatten, z.B. einen Tumor in der weiblichen Brust, also alle Tumoren, die vom Althirn gesteuert sind.

Die Viren als jüngste Mikroben (rot) bearbeiten ausschließlich die von der Großhirnrinde gesteuerten Ulcera der Organe des Ektoderms (äußeres Keimblatt), z.B. bei Nasenschleimhaut-Ulcus.

Dazwischen bearbeiten die Bakterien (orange) sowohl teilweise die kleinhirn-gesteuerten Tumoren der Organe des Mesoderms (mittleres Keimblatt), wo sie Zellen abbauen, als auch die großhirnmarklager-gesteuerten Nekrosen der Organe des Mesoderms (mittleres Keimblatt), wo die Bakterien Zellen ab- und aufbauen helfen, z.B. im Knochen.

Das ontogenetisch bedingte System der Mikroben ist nicht etwa eine Theorie oder eine Hypothese, sondern es ist eine empirische Entdeckung. Das Prinzip war eigentlich ganz einfach:

Nachdem ich erst einmal das ontogenetische System der Tumoren und Krebs-Äquivalente kannte, mußte mir das „ontogenetisch bedingte System der Mikroben“ geradezu wie eine reife Frucht der Entdeckung in die Hände fallen, wenn ich nicht ganz blind war. Denn nachdem ich erlebt habe, daß die Biologie von Mensch und Tier keineswegs so unsinnig und systemlos ist, wie man sich das vorgestellt hatte, mit sinnlos und planlos wucherndem Krebs und mit sinn- und planlos zerstörenden Mikroben, da begann ich natürlich, meine ganze Neue Medizin systematisch nach einem System abzusuchen. Zwangsläufig mußte ich dabei auf folgende Gesetzmäßigkeiten stoßen:

1. Die Einteilung der Mikroben:

Pilze und Pilzbakterien - Bakterien - Viren

entspricht ihrem ontogenetischen und phylogenetischen²⁶⁶²⁶⁷ Alter:

- Pilze und Pilzbakterien (Tbc) sind die ältesten oder archaischen Mikroben aus dem Entwicklungsgeschichtlichen „Altertum“, dem „Althirn-Modell“ entsprechend.
- Bakterien sind die „mittelalterlichen“ Mikroben, allerdings schon zum Großhirn-Modell gehörend, genauer dem Großhirn-Marklager. Sie gehören also schon zur Entwicklungsgeschichtlichen „Neuzeit“.
- Viren sind die jüngsten Mikroben, ein Mittelding zwischen belebter und unbelebter Materie. Sie gehören zum Großhirnrinden-Modell, also auch zur Entwicklungsgeschichtlichen „Gegenwartszeit“.

2. *Die Einteilung der Mikroben* erfolgt auch nach Keimblatt-Zugehörigkeit der Organbereiche, die sie „bearbeiten“.

- a) die Pilze und Pilzbakterien (Tbc) bearbeiten alle althirn-gesteuerten Organe, d.h. stammhirn-gesteuerte entodermalen Organe und kleinhirn-gesteuerte vom alten Mesoderm. Nur Zellabbau!

²⁵⁶ phylogenetisch = bezogen auf die Stammesgeschichte

²⁵⁷ Phylogenese = Stammesentwicklung

- b) Die Bakterien bearbeiten die großhirnmarklager-gesteuerten Organe des jungen Mesoderms. Zellabbau und Zellaufbau!
- c) Die Viren bearbeiten die großhirnrinden-gesteuerten Organe des Ektoderms. Nur Zellaufbau!
Alle Mikroben arbeiten sinnvoll und biologisch vernetzt mit dem Wirtsorganismus, wie gesagt, ausschließlich an den Organen, denen sie entwicklungsgeschichtlich - keimblattmäßig - gehirnmäßig zugehören. „Gehirnmäßig“ heißt bei uns Menschen und Tieren „kopfgehirnmäßig“, bei den Pflanzen ist nur das Organ Gehirn vorhanden, das aber für alle Funktionen ausreicht.

3. Arbeitsweise und Vermehrung der Mikroben:

Alle Mikroben ohne Ausnahme „arbeiten“ ausschließlich in der post-conflictolytischen Heilungsphase, beginnend mit der Conflictolyse und endend mit dem Ende der Heilungsphase; sie arbeiten weder vorher noch nachher. Vorher galten sie bisher als sog. „apathogene“²⁶⁸ Keime“, in der Heilungsphase als „virulente“²⁶⁹ Keime“ und nach der Heilungsphase wieder als harmlose „apathogene“ Keime.

- a) Die für die Organe des inneren Keimblatts, die bei den Kephalophoren²⁷⁰ von Stammhirn gesteuert werden, zuständigen Mikroben, die Pilze und beim Menschen hauptsächlich Pilzbakterien (Tbc und Lepra) oder Mykobakterien und die für die Organe des alten mittleren Keimblatts vom Kleinhirn gesteuerten gleichen Mykobakterien, sprich: die vom Althirn gesteuerten Mykobakterien vermehren sich folgendermaßen:

Die Pilze und beim Menschen hauptsächlich Mykobakterien vermehren sich in der konflikt-aktiven, sympatheticen Phase, im gleichen Takt und Intensitätsgrad mit den durch Mitosen neu entstehenden Tumorzellen des Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms des Wirtsorganismus. Sie bleiben im Wirtsorganismus auf Abruf zur Verfügung vorhanden, solange die konflikt-aktive Phase (ca-Phase) andauert. Sie sind in dieser sympatheticen, konflikt-aktiven Phase arbeitsmäßig „inaktiv“, wir sagten früher „apathogen“ oder „avirulent“.

Im Augenblick der Conflictolyse sind genauso viele Mykobakterien („säurefeste Stäbchen“, Tbc) vorhanden, wie nötig sind, um den bis dahin gewachsenen Tumor des SBS in der pcl-Phase problemlos und rasch abbauen und verkäsen zu können.

An der verschiedenen Genstruktur der nur zum einmaligen Gebrauch bestimmten Tumorzellen gegenüber den autochthonen Organzellen, die

²⁶⁸ apathogen = angeblich keine Krankheiten bewirkend

²⁶⁹ virulent = angeblich ansteckend, giftig

²⁷⁰ Kephalophoren = Kopfräger

auch weiterhin bleiben sollen, erkennen die Mykobakterien ganz genau, welche sie abräumen müssen und welche sie nicht anrühren dürfen, (eben die autochthonen). Aus dieser Genverschiedenheit der „Tumor-Einmalzellen“ haben die Schulmediziner eine genetische „Bösartigkeit“ der Tumorzellen konstruiert - völliger Unsinn!

- b) Die für die jüngeren Großhirnmarklager-gesteuerten Organe des jüngeren mittleren Keimblatts (junges Mesoderm) zuständigen *Bakterien* können „abbauend-korrigierend“ (Osteomyelitis) und „aufbauend“ Osteorekalifizierend arbeiten.

Die Vermehrung der Bakterien erfolgt im Gegensatz zu den für die althirn-gesteuerten Organe arbeitenden Mykobakterien *nicht* in der konflikt-aktiven Phase, sondern *ausschließlich* in der pcl-Phase, in Vagotonia!

Während sich Mykobakterien auf der Agar-Kultur praktisch nicht züchten lassen, weil sie ja in der ca-Phase vom Althirn zur Vermehrung gesteuert werden, lassen sich Bakterien auf Agarböden im Brutkasten gut züchten, ob ähnlich gut wie im Organismus, glaube ich nicht. Nur gegen Bakterien wirken Penizilline, ein Stoff Wechselprodukt der Pilze, die sich gegen die Bakterien abgrenzen und diese schädigen oder gar abtöten.

- c) Die für die jüngsten, Großhirnrinden-gesteuerten Organe des äußeren Keimblatts (Ektoderm) zuständigen *Viren* arbeiten ausschließlich in der pcl-Phase und *ausschließlich zellaufbauend!*

Ihre *Vermehrung* bzw. Vervielfältigung geschieht in der pcl-Phase.

Man kann sie praktisch auch nicht züchten, außer auf sog. lebenden Kulturen, z.B. befruchteten Hühnereiern, wo man praktisch den Küken-Embryos einen Konflikt setzt und begeistert zuschaut, wie sich in der pcl-Phase die Viren vermehren.

Die Viren optimieren praktisch den Restitutionsverlauf der ulcerösen Veränderungen der Hämpe und Schleimhäute. Die Heilungsphase verläuft foudroyanter²⁷¹, aber im biologischen Sinne günstiger, als sie ohne Vorhandensein von Viren abliefe.

Wenn eine sog. „Viruserkrankung“, richtiger müßte es heißen: Wenn eine Heilungsphase eines SBS glücklicherweise mit Vorhandensein des passenden Virus abgelaufen ist, bleiben sog. „Antikörper“. Auch dieser Begriff ist im Falle Virus nicht korrekt. Es müßte heißen „Erinnerungskörper für Virus“. Tatsache ist nämlich, daß das Virus beim 2. Mal vom Organismus als „alter Bekannter“ freudig begrüßt wird und die pcl-Phase problemloser und weniger dramatisch abläuft. So müssen wir auf vielen Gebieten umlernen.

²⁷¹ foudroyant = blitzartig einsetzend u. rapid verlaufend

4. Die Arbeit der Mikroben im einzelnen:

Alle Mikroben sind *Spezialisten*, nicht nur hinsichtlich der Organe, die sie bearbeiten, sondern auch hinsichtlich der Art und Weise, *wie* sie arbeiten.

- a) *Pilze und Pilzbakterien* (Mykobakterien, Tbc) sind „*Abräumarbeiter*“, d.h. sie räumen entodermal stammhirn-gesteuerte Tumoren (Adeno-Karzinome) und alt-mesodermale kleinhirn-gesteuerte Tumoren (adenoidische Karzinome) ab, genauer gesagt: Sie verkäsen Tumoren der althirn-gesteuerten Organe vom Beginn der Conflictolyse an, sofern diese erreicht wird. Während der Normotonie und während der konflikt-aktiven sympatheticotenen Phase sowie in der „*Wieder-Normotonie*“ (nach Abschluß der Heilungsphase) sind sie „*apathogen*“, also „*harmlos*“. Ebenso sind sie für alle übrigen Organe harmlos, apathogen!

Wir haben schon gehört, daß die Tuberkel-Bakterien schon in der konflikt-aktiven, sympatheticotenen Phase durch Teilung entstehen, genau im gleichen Takt, wie die Menge der Tumorzellen entsteht, die ja von unseren braven Helfern nach der Conflictolyse wieder abgebaut werden sollen. Das ist die unübertrefflich schonende und wirkungsvolle Chirurgie der Natur!

Aber, anders als bei den „*Großhirn-Modellen*“ wo es „*ewig*“ hängende Konflikte gibt, die eben durch ihr Hängen sogar biologisch-soziale Programme ermöglichen können, wird bei den althirn-gesteuerten Modellen (Stammhirn, Entoderm und Kleinhirn, altes Mesoderm) eine Konfliktlösung und ein folgendes Abräumen des Tumors geradezu vorausgesetzt! Ein Naturvolk aber, bei dem Tuberkulose-Mykobakterien nicht ubiquitär²⁷² endemisch²⁷³ wären, gibt es nicht. Aber es gibt bei den Naturvölkern auch keinen Fall, in dem ein Schilddrüsen-Karzinom wegen Mangels an Tuberkel-Mykobakterien nicht verkäst werden würde und der „*Patient*“ dadurch elendiglich am Vollbild des Basedow zugrunde gehen würde. Das Gleiche gilt für die Hypophysen-Tumoren des Hypophysenvorderlappens.

Was würde auch der menschliche Organismus mit diesen riesigen Mengen an vorsorglich hergestellten, bzw. im gleichen Takt mit dem Tumor durch Teilung entstandenen Tuberkel-Mykobakterien anfangen, wenn sie nicht ihre vorgesehene Abräumarbeit verrichten könnten, wozu sie sich ja so vermehrt haben?

Übrigens, das war ja klar: Für nicht-althirn-gesteuerte Organe kann der Organismus die Tuberkel-Bakterien nicht verwenden: Es ist weder eine Plattenepithel-Tuberkulose bekannt, noch eine Knochentuberkulose oder z.B. eine Gehirntuberkulose, obwohl die Schulmedizin sich das ja so

²⁷² ubiquitär = überall verbreitet, allgegenwärtig

²⁷³ Endemie = ständiges Vorkommen einer Erkrankung in einem begrenzten Gebiet

vorgestellt hatte, daß die „bösen“ Mikroben so ziemlich alles auffressen, was sie kriegen können.

Es gab schon immer eine Reihe von Ärzten, die behauptet hatten, sie sähen bei manchen Krebskranken Pilze und Bakterien in einem Tropfen ganz frischen Blutes. Sie wurden belächelt - aber sie hatten recht. Nur konnten sie ihre Angaben nie am nächstbesten Fall reproduzieren, weil nur die älteren Patienten so etwas zeigten und auch nur dann, wenn sie ein althirn-gesteuertes SBS mit Tumor hatten. Diese hatten das dann schon in der konflikt-aktiven Phase, was ja die Blutsenkung hochtrieb, es waren jedoch früher mehr, heute sind es immer weniger, weil wir Zauberlehrlinge in unserer Ignoranz versucht haben, die Tuberkulose „auszurotten“, die wir auch als „bösaartig“ verteuft, weil nicht verstanden hatten.

- b) Die *Bakterien* sind „Abräum- und Aufbauarbeiter“ im großhirnmarklager-gesteuerten Modell. Sie können z.B. den Knochen gleichzeitig an einer Stelle abbauen und daneben neuen aufbauen.

Früher haben die Chirurgen gedacht, Knochenbrüche müßten „keimfrei“ bleiben. Heute schrauben sie möglichst viele Nägel und Schrauben von außen hindurch, damit möglichst viele Bakterien hineingelangen und die Knochenheilung optimieren können! Zumindest hat man also gemerkt, daß es nicht schadet...

Die Bakterien arbeiten nicht nur erst von der Conflictolyse an, sondern sie vermehren sich auch erst von da ab.

Normalerweise arbeiten Bakterien nur, wenn vorher ein entsprechender Konflikt vorhanden war und gelöst ist. Aber mesodermal orientierte Bakterien und mesodermale Bindegewebe (auch großhirnmarklager-gesteuert) heilen alle Verletzungen in unserem Organismus. Und da gibt es dann auch immer Bakterien. Früher nannten wir das „Superinfektionen“.

- c) Die *Viren* sind reine „Aufbauarbeiter“, fangen ihre Arbeit ebenfalls mit der Conflictolyse an und fangen auch dann erst an, sich durch Teilung zu vermehren. Viren sind im biologisch inaktiven Zustand quasi tot. Erst im Organismus - und nur wenn dieser eine großhirncortex-gesteuerte pcl-Phase hat, und zwar eine ganz spezielle (z.B. Leber-Gallengangs-Ulcera, in der pcl-Phase = Hepatitis bzw. Virus-Hepatitis A, B, oder C ...) wirken die vorher toten Eiweißpartikel namens Viren wie *Katalysatoren* zwecks Optimierung des Heilungsvorgangs, speziell bei Plattenepithel-Ulcera. Ob die Viren auch eine stärkere Schwellung machen, um den Heilungsvorgang zu beschleunigen, ist noch nicht sicher. Vieles spricht aber dafür.

Da sehr viele röhrenförmige Organe mit Plattenepithel ausgelegt sind (großhirncortex-gesteuert), gibt es oftmals Komplikationen, wenn diese röhrenförmigen Organe, wie Bronchien, Koronararterien oder -Venzen, Lebergänge, Pankreasgänge oder Kiemenbogengänge (die alten Kiemen-

gange am Hals und im Mediastinum etc.) zuschwellen und dadurch vorübergehend okkludieren, d.h. verstopft sind. Das „Vorübergehende“ kann monatelang dauern. Der Bronchus kann in manchen Fällen auch ganz okkludiert bleiben. Hinter dem Verschluß durch Schleimhautschwellung bildet sich dann die sog. Atelektase, ein luftleerer Bronchiennast, der gegenüber den luftgefüllten übrigen Lungenabschnitten auf dem Röntgenbild dichter, d.h. weiß erscheint. Diese Lungen-Atelektase sieht man in der Schulmedizin fälschlicherweise als Bronchialtumor an. Leider, denn das einzige, was da betroffen ist, sind die Ulcera (Schleimhautdefekte) im Bronchus, die gerade heilen, sonst wäre der Bronchus nicht „zu“ und es wären keine Atelektasen sichtbar. Bei den Lebergängen, die auch mit Plattenepithel ausgekleidet sind und sich beim biologischen Konflikt des Revierärgers ulcerös verändern, damit der Galleabfluß durch größeren Durchmesser verbessert wird (= biologischer Sinn) schließen sich durch Schwellung eben diese Lebergänge. Folge: Die Galle staut sich auf, kann nicht mehr abfließen, wenn viele Leber-Gallengänge gleichzeitig betroffen sind, wird der Patient gelb: Ikterus, Gelbsucht, brauner Urin, hellgelb entfärbter Stuhl durch Fehlen des Gallenfarbstoffs.

Auch wenn keine Viren vorhanden sind (Non A-, Non B-, Non C-Hepatitis), haben wir doch auch eine Hepatitis, aber sie heilt nicht „ordnungsgemäß“.

Nicht die Viren bewirken also die Hepatitis, wie wir klugen Mediziner in unserer Einfalt geglaubt hatten, sondern unser Organismus bedient sich ihrer, sofern vorhanden, zwecks Optimierung des Heilverlaufs.

5. Die Steuerung der Mikroben

Die Steuerung der Mikroben, die unsere Helfer und Symbionten sind, erfolgt durch unser Gehirn. Die Mikroben arbeiten nicht gegen uns, sondern für uns, als unsere treuen Helfer durch zig-Millionen Jahre unserer Entwicklungsgeschichte.

Zusammen mit der Programmierung unserer Organe in den verschiedenen Hirn-Relais unseres Computers Gehirn sind auch unsere treuen Spezialarbeiter, die Mikroben, gleich mit einprogrammiert worden. Man kann hier von „Vernetzung“ sprechen. Jede Sorte Mikroben hat ihren besonderen Arbeits-Fachbereich. Es gibt sehr spezialisierte Mikroben und andere, die auf mehreren Gebieten ersatzweise tätig werden können. Aber alle halten sich an die Keimblatt-Grenzen. Natürlich gibt es in den Grenzbereichen kleine Überlappungen, aber erstaunlich wenige.

6. Heilverlauf ohne Mikroben:

Sind keine „Spezialmikroben“ vorhanden, dann läuft die Heilungsphase natürlich trotzdem ab, aber nicht biologisch optimal! Das heißt z.B.: ein Todesangst-Konflikt mit Lungenrundherden heilt nach Konfliktlösung *mit* Mycobacterium tuberculosis unter Verkäsung, Abhustung und Kavernisierung der Rundherde, dagegen werden die gleichen Rundherde (Adeno-Ca) ohne Tuberkel-Mykobakterien einfach nur narbig eingekapselt aber nicht abgebaut. Biologisch funktionell ist aber offenbar die Bildung von Kavernen nach Verkäsung und Aushustung des Tumors optimaler. Analoges gilt für alle anderen Mikroben ebenfalls.

Ebenso heilen intrahepatische Gallengangs-Ulcera nach Konfliktlösung auch ohne das Vorhandensein von Viren aus („Non A-, Non B-, Non C-Virus-Hepatitis“). Der Verlauf bei Vorhandensein von sog. Hepatitis-A-Virus oder Hepatitis-B-Virus usw. ist foudroyanter, aber kürzer, bietet offenbar biologisch eine höhere Überlebenschance als ohne Viren. Nicht die Viren bewirken also die Hepatitis, sondern unser Organismus bedient sich ihrer, sofern vorhanden, zwecks Optimierung des Heilverlaufs.

7. Epidemien und Seuchen:

Genau, wie uns immer vor Krebs Angst gemacht wurde, weil er „bösartig“ sei, so wurde uns auch immer vor „bösartigen Mikroben“ Angst gemacht.

Nun, so ganz unbegründet ist die Angst ja im Falle von Seuchen nicht. Aber das liegt gar nicht an den Mikroben, sondern an der Zivilisation - und auch hier wieder an den vielen Irrtümern unserer Zivilisation.

Im Grunde gibt es ja bei den Mikroben zwei Möglichkeiten: Entweder sind die Mikroben (jeweils für eine Region) alle endemisch, das heißt, jeder hat sie. Niemand kann „neue“ Mikroben bekommen, denn er hat ja schon alle, die man in der Region haben kann.

Oder: Man verhindert durch „Hygiene“, Separation und Impfungen, daß die Menschen die Mikroben oder deren Folgen als Toxine etc. erleiden. Den zweiten Weg versucht die sog. Zivilisation.

Wir haben gesehen, daß wir unsere Mikroben-Freunde dringen nötig haben, weil ohne sie die sinnvollen Biologische Sonderprogramme nur inkomplett ablaufen können, was in vielen Fällen für uns tödlich sein kann. Die Mikroben sind also ein unverzichtbarer, notwendiger Bestandteil für das Funktionieren unseres Organismus bei unseren Sonderprogrammen (SBS). Die Coli-Bakterien unseres Darms haben wir als Symbionten kennengelernt aber die anderen Mikroben sind es im Grunde genauso! Das sehen und verstehen wir allerdings erst, wenn bei uns ein solches SBS abläuft - oder eben nicht richtig ablaufen kann, in Erman-gelung der benötigten Mikroben.

In der Natur bei den Tieren oder bei den Naturvölkern kommt so etwas praktisch nicht vor. Die Programme unseres Organismus - gemeint sind

die Biologischen Programme - haben die Zivilisation nicht mit einprogrammiert.

Was z.B. die sog. „Infektionsgefahr“ anbetrifft, insbesondere mit exotischen Mikroben, so können wir sagen: Genauso wie unser Organismus oder unser Computer Gehirn kein Programm hat für Autos, Flugzeuge oder Fernseher, und wie das Reh kein Programm hat für zwei Kilometer weit reichende Kugeln, die mit Zielfernrohr geschossen werden, genauso wenig ist unser Computer Gehirn auf Ortswechsel von Tausenden von Kilometern innerhalb weniger Stunden eingerichtet, zumal in ganz andere Klimazonen mit anderen Mikroben. Das, was für die in Zentralafrika lebenden Bewohner völlig normal ist, weil sie eben von Kindheit an dort leben und angepaßt sind, das ist für uns Besucher keineswegs normal. Ein Beispiel sind die für uns harmlosen Masern, die wir normalerweise als Kinder durchmachen. Zwar wird das Masern-Virus übertragen, aber erkranken tut nur derjenige oder das Kind, das zuvor den entsprechenden Konflikt durchgemacht hat und jetzt gerade in der Heilungsphase ist. Im Falle Masern also einen Konflikt der Mund- oder Nebenhöhlen zum Inhalt hat (z.B. „mir stinkt das“).

Als man die Masern nach Amerika einschleppte, starben viele Tausende von erwachsenen Indianer kläglich - aber kein einziges Kind. Jeder Arzt in Europa weiß, daß auch bei uns eine Erst-“Infektion“ mit Masern beim Erwachsenen tödlich enden kann. Beim Kind ist sie dagegen immer harmlos.

Ebenso geht es umgekehrt mit Cholera und Gelbfieber. Wir sagen dann, die Menschen in Mittelamerika seien „durchseucht“. Wenn die Mikroben so gefährlich wären, wie unsere Medizin-Hygiene und unsere Bakteriologen sie bisher angesehen haben, dann dürfte doch kein Pilger nach einem Bad im Ganges, dann dürfte kein Slumbewohner überleben. Den Slumbewohnern fehlt zwar Nahrung, aber an Mikroben sterben sie gewöhnlich nicht.

Wenn man einen sog. „Mundabstrich“ macht, und ihn auf Bakterien untersucht, dann hat ein „gesunder Mensch“ nahezu alle Sorten von Bakterien, die bei uns vorkommen. Die werden dann als „apathogen“, als ungefährlich, bezeichnet. Bei den pcl-Phasen, die wir bisher als Infektionskrankheiten bezeichnet haben, finden wir halt eine Sorte aus diesem gleichen Ensemble vermehrt. Schon sprechen wir davon, diese (gleichen) Mikroben seien jetzt „pathogen“, also krankmachend oder gefährlich.

Wir müssen uns über 2 Fragen klar werden:

1. Was ist es denn, was wir früher „Infektionskrankheit“ genannt haben?
2. Was ist denn eine Epidemie oder eine Seuche, bei denen viele Menschen zur gleichen Zeit die gleichen körperlichen Symptome einer sog. „Infektionskrankheit“ zeigen?

Zu 1): Im Prinzip sind die sog. Infektionskrankheiten nichts anderes als jeweils die pcl-Phase eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms (SBS): Vagotonie, Temperatur, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, trotzdem Schlaf erst nach Mitternacht gegen 3 Uhr, bei der althirn-gesteuerten Tuberkulose mit Nachtschweiß.

Daneben hat jede sog. „Infektionskrankheit“ noch Besonderheiten, wie Hautexantheme bei Masern, Röteln, Windpocken, Scharlach, Schwellungen von Haut, Schleimhäuten, Bronchien, Schluckbeschwerden durch Schwel lung der Speiseröhre etc., auch gefährliche Toxine wie bei Diphtherie, Tetanus etc.

Stets aber geht eine konflikt-aktive 1. Phase voraus, die wir nicht bemerkt haben, die wir also nicht als Krankheit empfunden haben. Sie ist es ja auch im biologischen Sinne natürlich genauso wenig wie die pcl-Phase oder Heilungsphase eigentlich streng genommen eine „Krankheit“ ist.

Würde man einem Sportler, der eine Woche zuvor ein Bronchialkarzinom, sprich die konflikt-aktive Phase von Bronchial-Ulcera bei Revierangst-Konflikt erlitten hat und dadurch plötzlich wesentlich schneller laufen kann, sagen, er sei eben „krank“, dann würde er von Leistungssteigerung etc. sprechen, aber ganz sicher nicht von Krankheit. Daß er in einer pcl-Phase nicht in Form ist, weil er ja „krank“ ist und Fieber hat, das versteht jeder, er selbst auch.

In unseren schulmedizinischen Lehrbüchern über die sog. „Infektionskrankheiten“ haben wir eine große Menge empirischer Beobachtungen von Symptomen und Verläufen beschrieben. Diese waren an sich nicht falsch und sind auch in der Neuen Medizin nützlich zu wissen. Aber wir hatten natürlich vom Prinzip der SBS nichts verstanden. Aber auch wenn wir sie jetzt verstehen, sind die Symptome (z.B. Diphtherie, Tetanus) für uns keineswegs harmlos.

Zu 2): Was sind Epidemien und Seuchen?

Im zehnten Vers des ersten Gesanges der Ilias wird berichtet, wie der Gott Apollon die Pest ins Lager der Danaer sendet, weil König Agamemnon den Priester des Apollon, Chryses, beleidigt hatte, der ins griechische Lager gekommen war, um seine geraubte Tochter gegen Geldzahlung auszulösen.
Apollon

„sandte verderbliche Seuche durchs Heer
und es sanken die Völker“.

Vers 48: „Fern von den Schiffen setzt er sich nun
und schnellte den Pfeil ab,
und ein schrecklicher Klang
entscholl dem silbernen Bogen.
Maultiere nur erlegt er zuerst
und hurtige Hunde,
Dann aber gegen sie selbst

die bitteren Pfeile gerichtet,
Schoß er: rastlos brannten
die Totenfeuer in Mengen."

Die Seuchen wurden als Strafen eines Gottes angesehen, den man mißachtet hatte. Die Seuche kam, es starben viele - aber die Seuche ging auch wieder.

Ich habe dieses Beispiel deshalb ausgewählt, weil es typisch ist für eine Situation, die damals relativ häufig war: Die Belagerung einer Stadt. Die Ilias spielt bekanntlich im zehnten Jahr der Belagerung Trojas. Die Pest betraf oftmals die Belagerten, aber etwa gleich häufig auch die Belagerer.

Wie kann man eine solche Seuche mit den Kenntnissen der Neuen Medizin in Einklang bringen?

Nun, der Pestbazillus, der ja durch den Floh von den Ratten auf den Menschen übertragen wird, muß offenbar von außen kommen, ist also nicht endemisch. In diesem besonderen Fall können wir die Situation mit dem erstmaligen Einschleppen des Masern-Virus zu den Indianer nach Amerika vergleichen. Die Menschen, die nicht starben, erkrankten bei einem zweiten Mal nicht mehr.

Dagegen müssen wir uns klar machen, daß es solch eine Seuche bei den sog. Naturvölkern nicht gibt, offenbar weil dort nicht Menschen von weither angereist kommen und die Mikroben mitbringen.

Aber wie verhält es sich nun mit den Konflikten, bzw. Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen?

Die Belagerten hatten gleiche oder ähnliche Konflikte, wenn sie immer und immer wieder die Angriffe der Belagerer abwehrten: Im Falle einer Einnahme der Stadt stand immer die Versklavung der gesamten Bevölkerung bevor - sofern die Verteidiger überhaupt überlebten.

Auch die Belagerer hatten gleiche oder ähnliche Konflikte, wenn ihre Belagerung über Monate oder gar Jahre vergeblich verlief. Zehntausende auf der einen Seite und Zehntausende auf der anderen Seite hatten jeweils einen ähnlichen oder gar gleichen Konflikt, z.B. wenn wieder ein Angriff blutig abgeschlagen war: Viele waren gefallen, noch viel mehr waren verwundet, vielleicht sogar verstümmelt oder kampfunfähig, die Nahrung wurde knapp, der Mut der Belagerten war gestiegen, man mußte jederzeit mit einem Ausfall rechnen oder mit Entsatstruppen, die den Belagerten zu Hilfe kamen.

Das, was für die in Zentralafrika dauernd lebenden Menschen normal ist, weil sie eben von Kindheit an dort leben und angepaßt sind, das ist für uns Besucher keineswegs normal. Ein Beispiel sind die für uns harmlosen Masern, die wir als Kinder durchmachen. Als man sie nach Amerika einschleppte, starben Zehntausende von erwachsenen Indianer kläglich - aber kein einziges Kind.

Zwar wird das Masern-Virus übertragen, aber erkranken tut nur derjenige oder das Kind, das zuvor den entsprechenden Konflikt durchgemacht hat

und jetzt gerade in der Heilungsphase ist. Im Falle Masern also einen Konflikt der Mund- oder Nebenhöhlen zum Inhalt hat (z.B. „mir stinkt das“).

Die heute in Medizinerkreisen durchgängig verbreitete Mikrobophobie ist ein entscheidendes Merkmal unserer seelenlos-sterilen heutigen Medizin.

Auch dieses ontogenetisch bedingte System der Mikroben, das 4. Biologische Naturgesetz, wird die gesamte Medizin von Grund auf verändern!

18 Das Spät- und Endstadium des geheilten Krebses bzw. der geheilten Krebsäquivalente

A. Das Endstadium bei biologisch „normalem“ Verlauf

- a) Das *althirn-gesteuerte*, durch Pilze oder Pilzbakterien kavernös verkäsend abgebaute Karzinom; oft Kalkeinlagerungen
- b) Die *großhirn-gesteuerten* (cortex-gesteuerten), mit Hilfe von Bakterien oder Viren in der Heilungsphase durch Zellvermehrung wieder aufgefüllten Karzinom-Nekrosen (großhirnmarklager-gesteuert) oder Karzinom-Ulcera (hirnrinden-gesteuert).

Die Wiederauffüllung der Nekrosen bezeichnet die Schulmedizin als „Sarkome“.

Die Wiederauffüllung der Ulcera unter starker Schwellung in röhrenförmigen Organen (Bronchien, Herzkrankgefäß, Leber- und Pankreasgänge, Kiemenbogengänge) führen gewöhnlich zu Okklusionen (Verschluß des Rohrs), bzw. zu Aufstau oder bei den Bronchien zu Atelektasen peripher der Okklusionsstelle.

- c) Der konflikt-reduzierte „hängende Konflikt“, der das mitosearme (althirn-gesteuerte) Karzinom hat oder das nur geringfügig nekrotisch fortschreitende (großhirnmarklager-gesteuerte) oder nur langsam ulcerös fortschreitende (großhirnrinden-gesteuerte) Karzinom, z.B. Neurodermitis.

B. Das Endstadium bei unbiologisch verlaufendem Krebs

- a) Das althirn-gesteuerte Karzinom bei dem trotz abgelaufener Heilungsphase, wegen des Nichtvorhandenseins von Mykobakterien (Tuberkulose-Bakterien), kein nekrotisch-verkäsender Abbau erfolgen konnte. Die Karzinome bleiben, ohne weitere Mitosen (Zellvermehrung) zu machen, auf ihrem gewachsenen Höchststand einfach bestehen. Sie produzieren weiter Milch (Brust), Sekret (Bauchspeicheldrüse, Leber, Ohrspeicheldrüse etc.) oder Hormon (Schilddrüse oder Hypophysen-Vorderlappen).
- b) Die an der Heilung gehinderten, großhirn-gesteuerten Nekrose-Karzinome (z.B. Hüftprothese nach Schenkelhals-Osteolyse oder Chemo bei Leukämie), die dann oftmals eine „hängende“, d.h. nicht zu Ende kommende sarkomatöse Restheilung machen, oder die

Ulcus-Karzinome, die durch fortwährende iatrogene Manipulation nicht zu Ende heilen können.

18.1 A. Das Endstadium des Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms eines Krebses bei biologisch „normalem“ Verlauf

18.1.1 a) Die Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme der althirn-gesteuerten Gruppe (stammhirn- und Kleinhirn-gesteuert)

Unser früheres Verständnis von Krebs-“Erkrankungen” hat mich bei der ersten Ausgabe dieses Buches dazu veranlaßt, dieses Kapitel über „Das Spät- und Endstadium des geheilten Krebses“ zu schreiben, das nach heutiger Sicht der „Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme der Natur“ weitgehend überholt ist.

Solange wir den Krebs als Krankheit angesehen haben, die „heilt“, war es von großem Interesse, das „Endstadium des geheilten Krebses“ darzustellen.

Jetzt stimmt alles aber irgendwie nur noch halb. Durch das 5. Biologische Naturgesetz und das Verständnis des „Biologischen Sinns“ eines Biologischen Sonderprogramms, stellt sich alles noch viel logischer und im Prinzip einfacher verständlich dar.

Das frühere schulmedizinische Verständnis von „Krebserkrankung“ trifft eigentlich - abgesehen davon, daß wir das 5. Biologischen Naturgesetz und den besonderen Sinn der Biologischen Sonderprogramme nicht kannten - organsymptomatisch nur für die althirn-gesteuerten Prozesse (= Krebse) zu.

Die „Krankheit Krebs“ entsteht - der Krebstumor baut sich spontan verkäsend selbst ab - zurück bleibt eine verkalkte Kaverne. Selbst das wußte die sog. Schulmedizin nicht, behauptete aber ohne ihre Pseudotherapie mit Chemo-Vergiftung, Bestrahlungs-Verbrennung und den Verstümmelungsoperationen schreite der Krebstumor unaufhaltsam fort. In ganz seltenen Fällen könne der Krebs auch mal vorübergehend stillstehen, aus unerklärlichen Gründen, wobei sie dann von „Spontanheilungen“ oder sog. „Schlafenden Karzinomen“ sprach, die es unter zehntausend Fällen nur einmal gebe.

Mit dem Verständnis des 5. Biologischen Naturgesetzes wissen wir jetzt nicht nur, daß der Krebs ein Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm der

Natur ist, sondern auch, daß der Biologische Sinn in der konflikt-aktiven Phase zu finden ist - außer in der großhirnmarklager-gesteuerten mesodermalen „Luxusgruppe“.

Sowohl das Krebswachstum als auch die biologische Funktion dieses Tumors sind etwas *Sinnvolles*, obwohl uns dabei, weil wir so schnell nicht umdenken, bzw. „umverstehen“ können, noch mindestens eine leichte Gänsehaut den Rücken hinunterläuft, wenn uns jemand sagt, daß wir einen Krebs hätten und wir eigentlich recht gerne auf diesen „sinnvollen Tumor“ verzichten würden.

Natürlich geht das „Umverstehen“ nicht ganz so schnell, ist eben auch nicht nur eine Sache des reinen Verstandes, denn die gefühlsmäßige Angst ist nicht so leicht abzustreifen. Es gibt deshalb Patienten, die solche Kapitel drei- oder fünfmal lesen, bis sie die Sache nicht nur richtig verstanden, sondern auch verinnerlicht haben. Dann ist die Panik besiegt. Sie kommt, wenn wir uns klug verhalten, auch nicht mehr wieder.

Zu dieser ruhig-sachlichen, panikfreien Betrachtung Deines eigenen Krebs möchte ich Dich, lieber Leser und liebe Leserin, hinführen. Selbst dann wirst Du keine Panik mehr bekommen, wenn Du im weiteren Verlauf dieses Kapitels feststellen wirst, daß die sog. „Heilungsphase“ (im Grunde auch eine falsche Bezeichnung) Deines Krebses heute nicht mehr in der biologisch vorgezeichneten Bahn ablaufen kann, weil die hochintellektuellen Mediziner die für uns so notwendigen Tuberkel-Bakterien aus Gründen der „Hygiene“ nahezu ausgerottet haben. Auch darfst Du Dich nicht verrückt machen lassen, wenn Du nun hörst, daß es kaum noch etwas nützen würde, wenn Du beim Beginn der sog. Heilungsphase noch rasch säurefeste Tbc-Bakterien schlucken würdest, weil nämlich die Tbc-Bakterien, im Gegensatz zu den „normalen“ Bakterien, wie Staphylokokken oder Streptokokken, sich genau wie der Tumor selbst, bereits in der konflikt-aktiven Phase vermehren und von da ab auf Abruf von der Konfliktlösung ab für die Abräumarbeit am Tumor zur Verfügung stehen.

Mit diesem neuen Verständnis, das Du ja naturwissenschaftlich sogar beweisen kannst, wirst Du auch keine Probleme damit haben, bei einem Krebstumor, z.B. in der Brust, der Dich mechanisch oder ästhetisch stört, einen Chirurgen zu finden, den Du beauftragst, ihn wegzunehmen, wie man einem Friseur sagt, wie kurz man die Haare geschnitten haben möchte. Du weißt ja immer, eigentlich - vital gesehen - brauchte gar nichts weggenommen zu werden, von mechanischen Problemen einmal abgesehen.

Weder ist als solcher Krebs eine „Krankheit“, noch ist das spontane Abräumen des Krebses nach der Konfliktlösung eine „Heilung“ einer „Nicht-Krankheit“. Das Verkäsen und Verkalken des althirn-gesteuerten Krebstu-

mors ist ein ganz normaler Vorgang unter Nachschweiß und subfebriler Temperatur ($37,5^{\circ}$), großer Müdigkeit und, wenn der Tumor Zugang nach außen hat, auch unter ziemlich unschönem Geruch. Übrigens ist das ein hochkomplizierter Vorgang, wie Mutter Natur solch einen Tumor herau-soperiert. Die Gefäße vom Organ zum Tumor müssen nämlich sauber abge-klemmt werden. Bei einem Brustkrebs z.B. trinkt das Baby bei einer solchen „Heilungsphase“ tuberkulöse Milch, ohne daß ihm das das geringste aus-machte, ja es ist sogar gut für das Baby, daß es für später Tbc-Mykobakterien hat, wenn es sie einmal brauchen sollte.

Die Vorstellung von Robert Koch, daß Tbc-Mykobakterien Tuberkulose bewirken, war falsch. Zwar gibt es ohne Tbc keine Tuberkulose, aber die gibt es ohne voraufgegangenen althirn-gesteuerten Tumor auch nicht! Und ohne Konfliktlösung finden wir zwar bei der biologischen Verlaufsform (mit Tbc-Mykobakterien) die Mykobakterien bereits im Blut, aber sie machen klinisch *noch* keine Tbc! Man kann sie auch deshalb nicht auf der Kultur züchten, weil sie zur Teilung die Impulse unseres Organismus benötigen. Entweder sie bekommen diese Impulse von der abzubauenden Organzelle selbst, oder sie können diese Impulse als echte Symbionten von unserem Kopfgehirn auffangen.

Der Restzustand eines solchen althirn-gesteuerten, spontan verkästen und verkalkten Krebses, ist eine sog. *Kaverne* mit Kalkeinlagerung. In Organen wie Leber, Pankreas oder Darm kollabiert die Kaverne und ist nicht mehr als Hohlraum zu erkennen. Anders ist das in der Lunge mit dem verkästen und verkalkten Lungenrundherd, der durch den Unterdruck im Pleuraspalt der Lunge aufgehalten wird, ähnlich einer Hohlkugel. Der Lungenrundherd wurde von der zuständigen „Lungen-Müllabfuhr“, nämlich den Tuberkel-Bakterien, ausgeräumt. Was übrigbleibt ist die besagte Kaverne.

Bei der weiblichen Brust wiederum füllt sich die Kaverne während der Stillzeit immer wieder mit Milch, was den Brustumfang vergrößert. Wenn der Säugling getrunken hat, ist die Kaverne kollabiert, d.h. leer und zusam-men gefallen. Sie kann allerdings auch durch Kalkeinlagerungen so stabil ausgekleidet sein, daß sie nicht mehr kollabieren kann. Dann bleibt sie stets mit Milch gefüllt.

Der Mechanismus soll hier nicht doppelt erläutert werden, sondern kann im Kapitel über das 4. Biologische Naturgesetz nachgelesen werden.

Der Computer Gehirn gibt quasi bei Conflictolyse einen „generellen Heeresbefehl“, schaltet auf Vagotonie, lädt geradezu alle Bakterien ein und gibt die Krebsgeschwulst frei zum *Abräumen!* Die sich selbst Schulmediziner nennenden Zauberlehrlinge der Medizin meinen in ihrem Unverständ, sie müßten die Bakterien bekämpfen, genau wie sie immer meinen, den Krebs

bekämpfen zu müssen am Symptom des Organs. Beides ist unsinnig. Die Bakterien sind unsere Symbionten. Sie tun nur das, was unser Computer Gehirn sie zu tun heißt.

Tuberkel-Bakterien sind nur für die Abräumung von althirn-gesteuerten Krebstumoren zuständig!

Niemals sehen wir eine Tuberkulose des Plattenepithels, das dem äußeren Keimblatt angehört. Selbst die Tuberkulose von Bindegewebe und Knochen, also Abkömmlingen des mittleren Keimblattes, gibt es im eigentlichen Sinne nicht. Wir lernen immer in unseren Lehrbüchern, daß Tuberkel-Bakterie „säurefeste Stäbchen“ seien. Niemand hat sich je Gedanken darüber gemacht, *warum* sie eigentlich säurefest sind. Die einzigen Orte in unserem Körper, wo saures Milieu herrscht, ist der Magen-Darm-Kanal und die Alveolen der Lunge, die den Gasaustausch zwischen Blut und Außenluft besorgen (Kohlensäure). Aber die Alveolen sind dem inneren Keimblatt zugeordnet. Sie stammen als ausgesproßtes „Lungenbläschen“ entwicklungsgeschichtlich aus dem Magen-Darm-Kanal, genau wie die Halstonsille (Tonsillen-Tbc!), der innere Gehörgang samt Mastoid-Auskleidung (Mittelohr-Tbc!) oder die „adenoiden Gewächse“ des Nasen-Rachenraumes, die alle eine Tbc zeigen können.

Kurzum:

Die säurefesten Tbc-Bakterien (oder Mykobakterien) sind Spezialarbeiter des Magen-Darm-Kanals, wo immer Luft und Gas ist, mit allen Anhangsgebilden, insbesondere den Alveolen. Dagegen sieht man nie „Bronchial-Tbc“, obwohl das doch im wahrsten Sinne des Wortes naheliegend wäre.

Entstand früher ein Dickdarm-Karzinom, als wir noch alle unsere Freunde, die Tuberkel-Bakterien als unsere sinnvollen Symbionten beherbergten, und war der Konflikt gelöst, so räumten diese kleinen Helfer still und unverdrossen und gänzlich unbemerkt das Darm-Karzinom wieder ab. Am Ende sah man nur noch auf dem Röntgenbild ein paar verkalkte Lymphknoten, wo das Darm-Karzinom mal gewesen war.

Die Sache mit dem sog. Primärinfekt, der angeblich fürs ganze Leben gegen Tbc gefeit machen sollte, ist längst widerlegt. Er zeigt nur, daß Tuberkel-Bakterien vorhanden waren und dann üblicherweise fürs ganze Leben vorhanden bleiben. Derzeit weiß man überhaupt nichts mehr, wie unsere Lehrbücher schreiben. Alles war ein frommer Selbstbetrug. Wir haben ohne Sinn und Verstehen unsere ältesten Freunde genauso ausgerottet wie unseren Wald und unsere Meere vergiftet - aus lauter zivilisatorischer Überheblichkeit!

Und haben wir nicht früher unsere Tbc-Kranken genauso mit Liegekuren und panikfreier Ruhe behandelt, wie wir heute unsere an Krebs erkrankt gewesenen Patienten in der pcl-Phase der Heilung behandeln sollten?

Fällt Dir da was auf, lieber Leser?

18.1.2 b) Das „Endstadium“ der großhirn-gesteuerten Prozesse

Du wirst sehen, lieber Leser, wie wichtig eine neue Nomenklatur ist, wenn das Verständnis für Vorgänge, die wir bisher alle „Krankheit“ genannt hatten, sich geändert hat.

Wissen wir schon bei den althirn-gesteuerten Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen (SBS) nicht mehr, wo wir noch den Begriff „Krankheit“ anbringen sollen, wenn sowohl der Krebstumor, den wir stets als besonders „bösertige Krankheit“ angesehen hatten, ein sehr sinnvoller biologischer Vorgang ist mit einem besonderen Biologischen Sinn in der konflikt-aktiven Phase, als auch die post-conflictolytische Phase (pcl-Phase), die wir Tbc Krankheit nannten, ebenfalls ein sinnvoller biologischer Abräumvorgang ist.

Bei den großhirnmarklager-gesteuerten Prozessen (SBS), die ihren Biologischen Sinn ja am Ende der pcl-Phase haben, ist die Zuordnung zum bisherigen „Krankheitsbegriff nosologisch²⁷⁴ noch schwieriger oder gar unmöglich, mindestens im bisherigen Sinne.

Erzählt mal einem 100-Meter-Läufer, der 10,7 Sekunden auf hundert Meter braucht und der nun nach einem DHS mit einem großen Konflikt plötzlich 10,5 oder sogar 10,4 Sekunden läuft, er sei *krank!* Es wird Euch „einen Vogel zeigen“ und sagen, er sei offensichtlich noch nie gesünder, weil „leistungsfähiger“, gewesen.

Oder erzählt mal jemandem, der nicht gerade hohes Fieber hat, der in einer pcl-Phase ist, sogar jetzt tagsüber schlafen kann, sehr guten Appetit hat und sich „kannibalisch“ wohl fühlt, er sei *krank*. Auch er wird Euch „den Vogel zeigen“.

Während bei den althirn-gesteuerten Krebstumoren in der pcl-Phase der nicht mehr benötigte, vordem aber sinnvoll gewesene Tumor abgeräumt wird, - Biologischer Sinn in der konflikt-aktiven Phase! - wir bei einem großhirnmarklager-gesteuerten Verlust-Konflikt einer Frau mit Eierstocks-Nekrose in der konflikt-aktiven Phase, in der pcl-Phase die Eierstocks-Zyste gebaut, die innerhalb von 9 Monaten induriert und Östrogen produziert. Hier liegt der Biologische Sinn in dieser pcl-Phase: Der Sinn der erhöhten

²⁷⁴ nosologisch = krankheitsmäßig

Östrogen-Produktion liegt ja darin, daß die Frau viel jünger aussieht und eine viel größere Libido hat. Sie hat eine größere Möglichkeit bald wieder schwanger zu werden!

Der gleiche oder vergleichbare Vorgang passiert in der Niere mit einer Nierenzyste („Wilms-Tumor“), was man in der indurierten Form auch Nephroblastom nennt. Die Nierenzyste hilft mit, Urin zu produzieren. Auch hier liegt der Biologische Sinn in der pcl-Phase, genauer gesagt: Am Ende dieser pcl-Phase!

Das „Endstadium“ solche Sonderprogramme (SBS) ist also gerade das, wozu man den Patienten ja beglückwünschen kann. Und sofern es nicht mechanisch zu große Dimensionen hat, daß man einen Teil chirurgisch evtl. entfernen muß, ist jeder Eingriff unnötig!

Wieder anders ist es bei den großhirnrinden-gesteuerten Sonderprogrammen (SBS). Die ja ihren Biologischen Sinn in der konflikt-aktiven Phase haben und in der pcl-Phase die Ulcera wiederauffüllen.

Bei der äußereren Haut z.B. macht das weniger Probleme. Aber bei röhrenförmigen Organen, wie Bronchien, Koronararterien oder -venen, Leber-Gallengängen, Pankreasgängen, Speiseröhre (obere 2/3) oder den Kiemenbogengängen am Hals oder im Mediastinum, kommt es vor, daß diese röhrenförmigen Organe nicht nur vorübergehend durch die Schwellung im Inneren der Röhre verschlossen werden, sondern später auch verklebt, verwachsen, d.h. verschlossen bleiben. Solche „Endstadien“ muß man kennen. Sie sind im Grunde als Symptom harmlos. D.h. der Patient kann damit hundert Jahre alt werden.

18.1.2.1 Das durch Reparation (z. B. Callus) substituierte Nekrose-Karzinom, später als „Sarkom“ bezeichnet

Die Regenerationsfähigkeit des Gewebes unseres Organismus ist unterschiedlich von Organ zu Organ. Das hat entwicklungsgeschichtliche und funktionelle Gründe. Wir hatten schon gesehen, daß die Schleimhäute sehr regenerationsfähig sind, ebenso natürlich die Haut. Auch die Leber ist beim jungen Menschen sehr regenerationsfähig. Beim Bindegewebe und Knochen als typischen Mesoderm-Abkömmlingen ist die Regenerierfähigkeit quasi ihr Beruf. Alle Narben müssen vom Bindegewebe repariert werden, alle Knochenbrüche vom Callus rekalfiziert und „geleimt“ werden. Die Regeneration ist riesengroß! Das ist ja auch der Grund, warum fast alle „gezüchteten“ Tumoren in der Kultur eigentlich nur still wucherndes Bindegewebe ist, das als einziges Gewebe seine typischen Eigenschaften auch dann noch eine Zeitlang beibehält, wenn es schon vom Gehirn getrennt ist.

Das Mesoderm fällt gleich zweimal als „Tumor“ auf, einmal z. B. beim Knochen, wenn die Knochen osteolysiert, entkalkt werden, wobei sie stark vermehrten Stoffwechsel haben und keine Mitosen in der ca-Phase, weil die Calluszellen abgebaut werden. Nach der Conflictolyse des Selbstwerteinbruches aber geschieht genau das Gegenteil. Dieses Gegenteil - die Histologen sagen dann, sie können vor lauter Kalk nichts mehr sehen - nannte man bisher Sarkom, Osteosarkom, weil es Knochenwucherung war. Namhafte Pathologen haben mir bestätigt, daß sie gänzlich außerstande sind, Callus-Gewebe vom normalen Knochenbruch von sog. Osteosarkom-Gewebe histologisch zu unterscheiden. Es ist im Endeffekt das gleiche, wenn auch die Ausgangsposition verschieden war.

Wenn nun aber das Osteosarkom im Grunde nichts anderes ist, als bei der Narbe das Narbenkeloid, eben nur ein „Zuviel des Guten“, dann gibt es im eigentlichen Sinne der bisherigen Bedeutung kein Sarkom. Es war, wie so vieles in der sog. Onkologie, ebenfalls ein Trugbild.

18.1.2.2 Das vernarbte oder verkalkte Karzinom

Überall da, wo eine Regenerierbarkeit vorübergehend oder definitiv nicht mehr gegeben ist, z. B. bei der Leber eines alten Menschen, kann das Bindegewebe einspringen und den Tumor einkapseln, sogar verkalken. Das Gleiche passiert bei der Auskleidung kleiner Kavernen, wenn die Tuberkel-Bakterien den Tumor abgeräumt haben. Nicht der Tumor selbst verkalkt - außer beim Mesoderm-Ca -, sondern er wird abgebaut und durch Bindegewebe und evtl. sogar kalkeingelagertes Bindegewebe ersetzt. Diesen Vorgang haben wir, unter gewissen Konstellationen, bei der Leberzirrhose vor uns. Es gibt sogar, nach Verletzungen, Operationen oder auch als Auskleidung von Zysten nach Zerreißung eines Hamerschen Herdes Bindegewebs- und Kalkeinlagerungen an den jeweiligen verletzten Hirnflächen.

Im Grunde aber ist das alles ja etwas vollkommen Normales und wird vom Organismus bei jeder Verletzung nicht anders gehandhabt!

18.1.3 c) beim konflikt-reduzierten „hängenden Konflikt“

kann man eigentlich nicht recht von „Spät- oder Endstadium“ sprechen. Beim konflikt-aktiv „hängenden“ Konflikt ist ja keine Heilung oder pcl-Phase vorhanden. Die ist aber beim häufig oder chronisch rezidivierenden SBS vorhanden. Da kann man eben alles finden, je nachdem, ob der Konflikt gerade wieder ein Rezidiv der Konfliktaktivität hat oder wieder eine

Lösung. Solche chronisch rezidivierenden Prozesse, besonders die natürlich genauso häufigen jeweiligen Lösungen, die mehr äußerlich sichtbare Symptome machen, wie z.B. beim chronisch-rezidivierenden Ungeschicklichkeits-Selbstwerteinbruch der Hände, dessen Lösungsphasen als „chronischer Gelenkrheumatismus“ bezeichnet werden. Die Deformierung der Hände kann man dann wieder als „Spät- oder Endzustände“ bezeichnen. Hier besteht allerdings ein Teufelskreis, denn durch die Deformierungen der Hände wird der Patient noch ungeschickter, so daß man schon weiß: Das nächste konflikt-aktive Rezidiv kommt bestimmt, und irgendwann auch wieder mal die dazu gehörende Lösungsphase ...

Das „hängende Karzinom“ analog zum „hängenden Konflikt“ ist kein inaktiviertes, sondern nur ein kürzere oder längere Zeit suspendiertes Karzinom, also auf geringe Mitoserate reduziertes Karzinom bzw. Karzinom-Nekrose. Vorsicht ist geboten! Das Konflikt- und das Krebsgeschehen kann jederzeit exazerbieren²⁷⁵, also Wiederaufflammen. Die Flamme ist nicht erloschen. Es gehört nur hier aufgezählt, weil es ja oftmals das „Endstadium“ bleibt, wenn der Patient bis an sein Lebensende nicht mehr aus diesem „hängenden Konflikt“ herauskommt. Ganz besonders oft sehen wir das bei spastischen²⁷⁶ und paralytischen²⁷⁷ Paresen, durch motorischen Zentralkonflikt in den Gyri praecentralis bewirkt. Unsere Rehabilitationszentren und Behindertenheime sind voll von solchen Fällen.

18.2 B. Das Endstadium bei unbiologisch verlaufendem Krebs oder besser SBS

a) Wir haben oben schon besprochen, daß bei Fehlen der eigentlich lebensnotwendigen Tuberkel-Bakterien im Falle eines althirn-gesteuerten SBS der Krebstumor in der pcl-Phase nicht mehr abgebaut werden kann. Er bleibt - was er eigentlich biologisch nicht sollte.

Bekommt im Falle eines Brustkrebs bei einer stillenden Mutter das Kind länger vermehrtes Milchangebot, als eigentlich vorgesehen, dann ist das sicher nicht so schlimm. Anders ist das schon beim Schilddrüsen-Karzinom oder beim Hypophysen-Karzinom. Denn diese produzieren weiter erhöhte Hormonmengen, die zwar vorübergehend gewollt waren - aber nicht auf Dauer! Der Organismus des Patienten produziert also weiter die Hormone,

²⁷⁵ Exazerbation = Verschlimmerung, Steigerung, Wiederaufbrechen

²⁷⁶ Spastik = Vermehrung des Muskeltonus mit meist gleichzeitig gesteigerten Muskeleigenreflexen

²⁷⁷ Paralyse = Lähmung

obgleich der Konflikt längst gelöst ist. Nicht nur, daß das gesamte endokrine System durcheinandergerät, sondern der Patient ist gleichsam „künstlich krank“: Er hat z.B. eine künstliche Thyreotoxikose²⁷⁸, die er bei rechtzeitigem Vorhandensein von Tuberkel-Mykobakterien nur für kurze Zeit, eben in der konflikt-aktiven Zeit, gehabt hätte, die aber danach ohne jeden Sinn ist!

Weitere Beispiele:

Inaktiviert sind, wie gesagt, quasi alle Karzinome, wenn der Konflikt gelöst ist, und „eingeschlafen“ soll eigentlich nur heißen, daß sie nicht mehr weiterwachsen, was auch allen Karzinomen nach der Conflictolyse gemeinsam ist, die keinen biologisch normalen Verlauf mehr haben. Im Grunde werde ich meiner Einteilung nicht mehr ganz gerecht, wenn ich diese Art der Selbstheilung hier bespreche. Aber sie gehört trotzdem hierher.

Ich meine nämlich die Art der notgedrungenen Selbstheilung, wenn der Mensch künstlich bestimmte Arten von Bakterien eliminiert hat, so daß der Organismus die Krebse, die früher biologischerweise von den zuständigen Bakterien abgeräumt wurden, aus Mangel an „Spezialbakterien“ stehenlassen und einkapseln muß.

Inaktivierte alte Lungenrundherde hat es früher nicht gegeben, weil die Tuberkulose praktisch endemisch war. Ein Schutz vor Tuberkulose war überhaupt nicht möglich. Man hätte in keiner Straßenbahn mehr fahren, auf keinem Bürgersteig mehr gehen dürfen. Überall war die Luft voll von aufgewirbelten Tuberkel-Bakterien. Lungentuberkulose aber bekam nur jemand, der Todesangst gehabt hatte und - arm war! Denn die Armen hatten ständig Todesängste und zudem nicht die Mittel, sich in der pcl-Phase eiweißreich zu ernähren.

Seit wir zivilisierten Menschen keine „Spezialbakterien“ mehr haben, bleiben unsere Krebsruinen stehen, werden diagnostiziert und setzen dann bei unseren überschlauen Medizynikern oft den Panik-Teufelskreis in Gang.

Vor Jahren, als ich die Zusammenhänge des Krebs zum ersten Mal begriffen hatte, sagte ich zu meinen damaligen Kollegen: „Wenn wir das Geheimnis der eingeschlafenen und schlafenden Krebse wissen, werden wir die Zusammenhänge des Krebs erkennen.“ Sie lachten mich aus, als ich die Archive absuchte nach schlafenden Karzinomen, ja, sie schütteten sich geradezu aus vor Lachen über mein einfältiges Tun.

b) ähnlich „künstliche Krankheiten“ können wir erleiden, wenn normale Heilungen in einem Sonderprogramm, wie z.B. Leukämie als pcl-Phase bei

²⁷⁸

Thyreotoxikose = Hyperthyreose ... Überfunktion der Schilddrüse

Knochen-Osteolyse in der konflikt-aktiven Phase, vorkommen. Die Mediziner gehen in ihrem Unverständ mit Chemo gegen die harmlosen Symptome der hohen Leukoblasten-Zahlen im Blut vor. Völlig sinnlos! Nicht nur, daß ihnen fast alle Patienten dabei sterben, sie verhindern mit dieser Pseudotherapie den natürlichen biologischen Fortgang der pcl-Phase. Am Ende der pcl-Phase wären die Osteolysen, sofern keine neuen Rezidive erfolgen, nicht nur mit Callus wiederaufgefüllt, sondern sie wären fester als zuvor! Alles das wird durch Chemo (Zellgift) verhindert.

Bei einer Schenkelhalsfraktur, die durch einen Konflikt „das schaffe ich nicht!“, bzw. durch die dadurch entstehende Osteolyse im Schenkelhals, ausgelöst wird, wird operativ mit Hüftprothese „versorgt“. In den Fällen, wo der zugehörige Konflikt, für den sich ja der Chirurg nicht interessiert, gelöst wird, mag die Operation erfolgreich sein. Geht aber der Konflikt weiter, und wird die ganze Hüftgelenkspfanne oder der verbliebene Oberschenkelschaft osteolytisch, d.h. „weich“, dann wackelt die Hüftprothese und der Chirurg ist ratlos, weiß nicht, was er noch tun kann.

Beispiele:

Staphylokokken, die Bakterien unserer Furunkel:

Die Furunkulose ist die Heilungsphase nach einem Selbstwerteinbruch mit HH im Großhirnmarklager und im Organbereich als Bindegewebs-Nekrose imponierend. Nach Conflictolyse räumen die fleißigen Staphylokokken die Nekrosen ab, was wir Furunkulose nennen. Überall, wo Bindegewebe anaerob²⁷⁹ einschmilzt, sind die entsprechenden Spezialarbeiter für diese Art „Nekrose-Müll“ zur Stelle. Wir dummen Menschen behindern sie mit Penicillin bei ihrer sinnvollen Arbeit und feiern das als Pioniertat der Medizin, was im Grunde nur Unverständ ist. Denn wir verwenden das Penicillin praktisch als Abschwellungsmittel für das Gehirn. Nur dadurch wird das Fieber herabgesetzt, nicht dadurch, daß dabei naturgemäß - weil es ja auch zytostatisch wirkt - eine Menge unserer „kleinen Freunde“, der Bakterien, zu Grunde gehen, was wir Zauberlehrlinge in unserem Unverständ bejubeln, so wie ein unverständiges Kind jubeln wird, wenn der Jäger den „bösen Fuchs“ totschießt, der die armen kleinen Gänse stiehlt. In Wirklichkeit greift der Mensch willkürlich und ohne Verständnis in das Gleichgewicht der Natur ein, eben wie ein Zauberlehrling, der erst später merkt, was er angerichtet hat, wenn es bereits zu spät sein könnte.

Welche Arroganz darin liegt, das soll ruhig an dieser Stelle erwähnt werden, die Natur für so fehlerhaft zu erklären, daß man sie an allen Ecken und

²⁷⁹

anaerob = ohne Sauerstoff lebend

Enden flicken und korrigieren zu müssen glaubt, ist nur der unendlichen Ignoranz der Medizyniker anzulasten, die sich wie die Götter fühlen, obgleich sie so geistesarme Tröpfe waren, daß sie „vergessen“ hatten, das Gehirn in ihre Überlegungen mit einzubeziehen, von der Psyche ganz zu schweigen.

19 Das Gesetz vom Verständnis einer jeden sog. „Krankheit“ als Teil eines entwicklungsgeschichtlich verstehbaren Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms der Natur -

Das 5. Biologische Naturgesetz der Neuen Medizin (die Quintessenz)

oder: Der biologische Sinn eines jeden Sonderprogramms der Natur

Dieses 5. Biologische Naturgesetz führt uns hin zur eigentlichen „Ur-Medizin“: Sie dreht das bisherige nosologische²⁸⁰ (Krankheits-) Verständnis vollständig um. Die Krankheit als solche im bisherigen Sinne gibt es nicht mehr. Unsere Unkenntnis hat uns nicht sehen lassen, daß alle sog. „Krankheiten“ einen besonderen biologischen Sinn hatten, den wir nicht erkennen konnten.

Das 5. biologische Naturgesetz ist wirklich die Quintessenz aus den vorausgegangenen 4 biologischen Naturgesetzen der Neuen Medizin. Im Nachhinein könnte man es als das bedeutsamste Naturgesetz bezeichnen. Dieses Quintessenz faßt nicht nur die vorausgegangenen streng naturwissenschaftlichen Gesetze zusammen, sondern eröffnet uns gleichsam eine neue Dimension. Sie ist gleichsam die Seele der Neuen Medizin. Oder gehen wir noch einen Schritt weiter: Dieses 5. Naturgesetz schafft mit einem einzigen Schritt die Verbindung von dem, was wir bisher naturwissenschaftliche erforschen konnten, indem wir Fakten erforscht hatten, zu dem, was uns bisher transzendent schien, übernatürlich, parapsychologisch oder nur religiös verstehbar oder wie immer wir das bezeichnet haben, das wir oftmals fühlen und erfahren konnten, das uns aber bei der sog. naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise unerklärlich, sogar abstrus oder unsinnig erschien.

Denn endgültig eröffnet sich uns mit dem 5. biologischen Naturgesetz die nunmehr verstehbare Verbindung zum gesamten Kosmos, der uns umgibt oder in den wir eingebettet sind. Kein Wunder, daß die Spanier, die einen Sinn für solche Dimensionen des gefühlsmäßigen Verstehens haben, die

²⁸⁰

Nosologie = Krankheitslehre

Neue Medizin seither auch „la medicina sagrada“ nennen. Diese Bezeichnung kam irgendwann im Frühjahr 1995 in Andalusien auf.

„La medicina sagrada“ eröffnet uns eine neue, kosmische, um nicht zu sagen eine göttliche Dimension! Plötzlich ist in unserem medizinischen Denken *und* Fühlen jeder Elefant, jeder Käfer, jeder Vogel und sogar der Delfin genauso miteinbezogen wie jede Mikrobe, jedes Pflänzchen und jeder Baum. Ja, ein anderes Denken als dieses „kosmischen Denken“ im Rahmen der belebten Natur ist überhaupt gar nicht mehr möglich. Während wir bisher Mutter Natur als dumm und fehlerhaft anzusehen uns erdreistet hatten, die dauernd „Pannen“ und „Fehler“ produzierte (bösertiges, sinnloses, entartetes Krebswachstum etc.), fällt es uns nunmehr wie Schuppen von den Augen, daß nur unsere Ignoranz, unsere maßlose Arroganz und Hybris, die einzig wirklich dummen Dinge in unserem Kosmos waren und sind. So „zugenagelt“ konnten wir gar nichts mehr verstehen und haben dadurch diese sinnlose, seelenlose und strohdumme Brutalmedizin hervorgebracht.

Wir Menschen können in aller Bescheidenheit nun zum ersten Mal sehen und sogar verstehen, daß nicht nur die gesamte Natur geordnet ist - das wußten wir z.T. vorher schon - sondern daß auch jeder einzelne Vorgang in der Natur sinnvoll ist, sogar im Rahmen des Ganzen, und sogar die Vorgänge, die wir bisher „Krankheiten“ genannt hatten, nicht etwa sinnlose Störungen waren, die von Zauberlehrlingen wieder repariert werden mußten, sondern wir sehen voller Staunen, daß das alles gar nichts Sinnloses, Bösertiges und Krankhaftes war. Warum sollen oder dürfen wir dieses sinnvolle Zusammenspiel der Natur, des ganzen belebten Kosmos nicht etwas Göttliches nennen? War nicht vor „Ausbruch“ der Großreligionen, wie wir ja sehr gut bei den Priestern des Gottes Asklepios sehen können, das Amt des Arztes immer ein Priesteramt? Die seelenlose, alttestamentarische, an nichts als nur profit-orientierte Kommerz-Medizin war eben ein grausiger, gnadenloser Irrweg.

Die gesamte Biologie wird, bei aller Fülle von Einzelheiten, von nun an wunderbar klar und durchsichtig, so gut verständlich, und mit ihr auch die Humanbiologie - und mit ihr die Medizin. Ich habe mehrere Jahre als Dozent an der Pädagogischen Hochschule in Heidelberg Humanbiologie unterrichtet. Ich glaube, daß mir dieses Unterrichten - „*docendo discimus*“ - sehr geholfen hat, dieses 5. biologischen Naturgesetz zu finden.

Was waren also unsere sog. „Krankheiten“? Nun, die Symptome, die wir kannten, bleiben, aber auch nur sie! Wir müssen Sie völlig einordnen und neu bewerten, weil wir ein völlig verändertes Verständnis gewonnen haben.

Schon wenn wir das 2. biologische Naturgesetz (Gesetz von der Zweiphasigkeit aller Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme bei Lösung des

Konflikts) betrachten, so müssen wir feststellen, daß wir weit mehr vermeintliche „Krankheiten“ zu kennen geglaubt hatten, als es Sonderprogramme gab, denn wir hatten jede der beiden Phasen als eigene Krankheit angesehen!

Wir fühlten uns „schlapp und müde“ in der Heilungsphase. Dann bezeichneten wir diese pcl-Phase als „Krankheit“. In Wirklichkeit waren wir auf dem Weg der Ausheilung. Bei den vom Großhirn-Marklager gesteuerten mesodermalen Organen liegt als einzige Gruppe (siehe Tabelle „Psyche-Gehirn-Organ“) der biologischen Sinn in der Heilungsphase: Die Nierenzyten, Eierstocks-Zysten, Milz- und Lymphknoten-Zysten, sowie die schmerzhafte Ausbeulung des Periosts (Knochenhaut) mit Rekalzifizierung des Knochens durch Callus-Einlagerung. Es gibt aber, streng genommen, auch durch biologische Konflikte ausgelöste Vorgänge, die eigentlich in beiden Phasen einen biologischen Sinn haben, z.B. beim Blutungs- und Verletzungs-Konflikt. Mutter Natur nimmt sich in der Entwicklungs geschichte jederzeit die Freiheit, ihre eigenen wunderbaren Programme zu komplettieren oder zu optimieren:

Blutungs- und Verletzungs-Konflikt:

- a) ca-Phase: Thrombopenie²⁸¹, dadurch Verhinderung von Koagula²⁸² in den Blutgefäßen (gleichzeitig Milz-Nekrose)
- b) pcl-Phase: Splenomegalie²⁸³, damit beim nächsten Blutungs- oder Verletzungs-Konflikt um so mehr Thrombozyten in die Milz hineinpassen. (Milz = Sammelhafen für Thrombozyten, die in der ca-Phase nur am Ort der Verletzung, nicht jedoch in der Blutbahn sein dürfen.)

Es handelt sich im obigen Fall um sich gegenseitig kompensierende und ineinandergreifende Programme, die wir alle erst jetzt begreifen lernen können.

Ein ähnlich ineinandergreifendes Programm-System sehen wir bei der Anämie: Der biologische Sinn des Knochenkrebs (Knochen-Osteolyse) liegt ganz eindeutig in der pcl-Phase, also in der Heilungsphase, wo der Skeletteil stärker verkalkt wird und damit für die Zukunft fester ist, als er vorher war. Die Anämie in der ca-Phase aber sorgt dafür, daß der Knochenteil, der in der ca-Phase osteolysiert und geschwächt ist, dadurch nicht frakturiert, daß der Organismus vor lauter Müdigkeit (Anämie-Müdigkeit!) keine großen Sprünge machen kann. In der pcl-Phase, in der ja der biologische Sinn liegt,

²⁸¹ Thrombopenie = Thrombozytopenie ... verminderte Zahl der Thrombozyten

²⁸² Koagulum = BlutgerinnSEL

²⁸³ Splenomegalie = Milzvergrößerung

wird die noch größere Immobilität durch den Schmerz des aufgedehnten Periosts erreicht. Dazu ist der Organismus durch die extreme Vagotonie-Müdigkeit bei der leukämischen Phase nahezu völlig inaktiviert.

Immer, wenn wir den biologischen Sinn eines Sonderprogramms bedenken mit den zugehörigen Kompensationsprogrammen, merken wir erst, wie unendlich dümmlich in den meisten Fällen unsere sich so klug wähnende Therapie war. Meist war es nur die Pseudotherapie von Ignoranten, von Zauberlehrlingen, die an irgendwelchen Knöpfchen herumgespielt hatten und nicht wußten, was sie damit ausgelöst hatten. Meist starben uns die Patienten iatrogen an der Therapie, nicht an dem Sonderprogramm. Unsere Ärzte werden in Zukunft um so verständiger sein, je besser sie die sinnvollen Biologischen Sonderprogramme der Natur kennen.

19.1 Das Prinzip der Krebserkrankung

Das Gesetz der Zweiphasigkeit aller Erkrankungen der gesamten Medizin stellt unser gesamtes bisheriges vermeintliches Wissen gründlich auf den Kopf: Kannten wir bisher schätzungsweise einige hundert Krankheiten, so fanden wir bei genauem Hinsehen etwa Hälfte solcher vermeintlichen Krankheiten, bei denen der Patient kalte Hände, kalte Peripherie zeigt, und etwa die andere Hälfte vermeintliche warme oder heiße Krankheiten, bei denen der Patient warme oder heiße Hände und meist Fieber hat. In Wirklichkeit gab es grob geschätzt nur 500 „Tandems“: Vorne (nach DHS) eine kalte, konflikt-aktive, sympathicotone Phase und hinten (nach der CL) eine heiße, konflikt-gelöste, vagotone Heilungsphase. Dieses Schema der Zweiphasigkeit ist eine biologische Gesetzmäßigkeit.

Alle Krankheiten, die wir überhaupt kennen, verlaufen fakultativ in dieser Art, sofern es **zu** einer Konfliktlösung kommt. Wenn wir jetzt zurückblicken, dann hatte man in der bisherigen Medizin nicht einmal eine einzige Krankheit richtig erkannt: Bei den sog. „kalten Krankheiten“ hatte man die nachfolgende Heilungsphase übersehen oder als eigene Krankheit (z.B. „Grippe“) fehlgedeutet, bei den sog. „heißen Krankheiten“, die ja stets die 2. Phase, nämlich die Heilungsphase nach vorangegangener konflikt-aktiver Phase darstellen, hatte man eben diese voraufgegangene kalte Phase übersehen oder eben auch als eine eigene Krankheit fehlgedeutet.

19.2 Das Einschalten des Sonderprogramms durch das DHS - der Beginn der sympatheticotenen Phase

Erleidet ein Mensch oder Tier ein DHS, also ein allerschwerstes, hochakut-dramatisches und isolatives konfliktives Schockerlebnis, so assoziiert sein Unterbewußtsein den konfliktiven Inhalt des DHS-ausgelösten biologischen Konfliktes zu einem biologischen Vorstellungsbereich, also z.B. Bereich Mutter/Kind-Verhältnis oder Bereich Revier oder Bereich Wasser oder Bereich Angst im Nacken oder Bereich Selbstwert oder ähnliche Bereiche. Auch hier weiß das Unterbewußte in der Sekunde des DHS genau zu differenzieren: Niemals macht ein Selbstwerteinbruch im sexuellen Bereich („du Schlappschwanz“) Osteolysen der Halswirbelsäule, sondern stets Becken-Osteolysen, Beckenkrebs. Niemals würde ein Selbstwerteinbruch-Konflikt im Mutter/Kind-Verhältnis („du Rabenmutter!“), Osteolysen im Becken machen, sondern stets einen Krebs des Oberarmkopfes links (bei Rechts-händern).

Zu jedem biologischen Vorstellungsbereich gehört ein bestimmtes Relaiszentrum im Gehirn, den wir im Erkrankungsfall den „Hamerschen Herd“ nennen. Jeder biologische Vorstellungsbereich hat also „sein Relaiszen-trum“.

Von dem Hamerschen Herd gehen im Moment des DHS Sonder-Codes an das Organ, das diesem Hamerschen Herd zugeordnet ist. Man kann also sagen: Jeder Hamersche Herd hat „sein Organ“. So ist das dreischichtige Geschehen Psyche - Gehirn - Organ in Wirklichkeit ein synchron verlaufendes Geschehen vom Hamerschen Herd zum Organ mit dem Unterschied des Bruchteils einer Sekunde. Das DHS wissen die meisten Patienten fast auf die Minute genau anzugeben, weil es ja immer dramatisch verlief. Meist waren die Patienten „vor Schreck erstarrt“, „unfähig zu reden“, „wie gelähmt“, „zutiefst erschrocken“ u. ä. Im Gehirn kann man das eingeschlagene DHS von der 1. Sekunde an im Hirn-CT, wenn auch etwas mühsam, und nur als Markierung sehen, am Organ ist es von der 1. Sekunde an zu finden: Krebs!

In der Sekunde des DHS ist bereits alles programmiert oder ein progra-mmiert: Entsprechend dem Konfliktinhalt des biologischen Konflikts in der Sekunde des DHS ist, wie wir heute leicht mit unseren Computertomo-grammen feststellen können, ein ganz bestimmtes, schon im vorhinein de-terminiertes Hirnareal (Hamerscher Herd) „umgeschaltet“ worden.

In der gleichen Sekunde beginnen auch die (in der Tabelle Psyche-Gehirn-Organ exakt aufgeführten, durch empirische Beobachtungen) voraussagbaren Veränderungen am Organ ; entweder Zellvermehrung oder Zellverminderung oder Funktionsänderung (bei den sog. Krebsäquivalenten).

„Umgeschaltet“ habe ich deshalb gesagt, weil, wie wir in einem späteren Kapitel noch sehen werden, das DHS „nur“ der Umschaltvorgang auf ein Sonderprogramm ist, damit der Organismus mit der unvorhergesehenen Situation fertig werden kann.

19.3 Das grundsätzliche Problem

Für die Mediziner bisheriger Schule kann in das Krebsgeschehen niemals ein System hineinkommen, weil die Systemlosigkeit zum Dogma erhoben worden ist.

Würde man an dem Dogma rütteln dürfen, dann würde offenbar werden, „daß wir ja alle die letzten Jahrzehnte nichts als lauter Unsinn gemacht haben.“

So ziemlich der größte Blödsinn sind die sog. „Hirntumoren“, die es gar nicht gibt. Alle die von „Hirntumoren“ sprechen, meinen „des Kaisers neue Kleider“ zu sehen, die es auch nur so lange gab, bis das kleine Mädchen in dem Märchen schließlich rief: „Der Kaiser ist ja nackt!“

Nichts, aber auch rein gar nichts stimmt bei den sog. „Hirntumoren“. Es gibt sie genausowenig wie die sog. „Hirnmetastasen“, die nur ein Gebilde der halluzinatorischen Ignoranz der Schulmediziner sind.

Immer steht als Prämissen vornan, daß der Krebs ein sinn- und planloses, unkontrolliertes und systemloses Wuchern von „wild gewordenen Krebszellen“ - herrührend von einer wildgewordenen Krebszelle - darstellt. Stets gehört zu diesem Dogma auch - was niemals auch nur an einem einzigen Fall bewiesen worden ist -, daß ein Teil der wildgewordenen Krebszellen durch das arterielle Blut zu anderen Organen schwimmen und dort einen neuen Krebs erzeugen soll, eine sog. „Metastase“ oder Tochtergeschwulst. Wenn Krebszellen in entfernte Organe wegschwimmen könnten, müßten sie notwendigerweise durch das arterielle Blut dorthin gelangen, weil das venöse System und die Lymphbahnen ja nur ins Zentrum des Körpers, also zum Herzen führen.

Nun hat man aber schon Tausende von Versuchen gemacht, sogar beim Menschen, um festzustellen, ob man im arteriellen Blut Krebszellen entdecken kann.

Es ist noch niemals gelungen!

Nicht eine einzige Krebszelle hat man jemals gefunden, obgleich man Blutzelle für Blutzelle durchgesehen hat. Immer ohne Erfolg hinsichtlich Krebszellen!

Auf dieser 1. wissenschaftlichen *Lüge* beruht das Dogma von den sog. Metastase.

Die zweite *Lüge* baut folgeverlogen auf der ersten Dogmenlüge auf: Da nach Dogma Nr. 1 alle Folge-Karzinome sog. Metastasen des ersten Karzinoms sein sollen, kommt man dogmatisch zu den abenteuerlichsten Krebszell-Metamorphosen: Daß dabei fast regelmäßig z.B. Plattenepithel-Karzinome des äußeren Keimblatts Adeno-Karzinome des inneren Keimblatts machen können oder umgekehrt, oder daß Adeno-Karzinome des Intestinaltraktes Osteolysen des Knochens und anschließend sog. „Osteosarkom-Metastasen“ des mittleren Keimblatts oder umgekehrt Sarkome Karzinom-Metastasen produzieren sollen, sprich, daß ein Pferd ein Kalb gebären soll, ist alles wurschegal und geht wie Kraut und Rüben durcheinander.

Die 2. dogmatische *Lüge* ist genauso ausgemachter Blödsinn wie die erste Lüge. Man muß sich einmal vergegenwärtigen, was das eigentlich im Klartext bedeutet: Es müßte ja eine Karzinom-Zelle z.B. des inneren Keimblatts, also eine Adenokarzinom-Zelle, auf ihrer - niemals beobachteten! - kurzen Fahrt in die Knochen beispielsweise, genau gewußt haben, wohin sie gelangen wird, und in der kurzen Zeit eine Metamorphose durchgemacht haben, so daß sie jetzt plötzlich zu einem Abkömmling des mittleren Keimblatts wird und ein Osteosarkom bilden kann und umgekehrt.

Und selbstverständlich kann man das natürlich im Reagenzglas oder in der Kultur ohnehin nicht reproduzieren, Dort kann man praktisch nur oder fast nur sog. Bindegewebs-“Sarkome“ züchten, die im Grunde nur harmlose Bindegewebswucherungen darstellen. Nach den onkologischen Lehrbüchern wird der Prozentsatz der in der Kultur züchtbaren sog. Tumoren für diese „Sarkome“ mit 95% angegeben. Wahrscheinlich kann man - außer den Sarkomen und den embryonalen sog. Karzinomen (die noch den embryonalen Wachstumsschub haben) - gar keine echten Karzinome in der Kultur züchten, was auch der Neuen Medizin entsprechen würde. Dagegen entspricht es dem ontogenetischen System der Tumoren, daß die Bindegewebszellen des mittleren Keimblatts eine starke Vermehrungspotenz haben, die ja zur Heilung notwendig ist, so daß sie sogar in der Kultur noch weiter mitosieren können, ähnlich wie ein Auto, bei dem man bei hoher Geschwindigkeit auf Leergang schaltet und das dann noch Hunderte von Metern fährt, obgleich kein Motor mehr die Räder antreibt, allein durch den Schwung der Masse.

Ganz und gar deutlich wird uns der ganze Spuk ja erst, wenn wir verstehen, daß im Körper immer an der gleichen Stelle des Körpers auch die gleiche Art von Karzinom wächst. Und zwar als ganz und gar sinnvolles biologisches Sonderprogramm der Natur! Seit mir das klargeworden ist und auch von Professoren der Histologie und Histopathologie zugegeben wurde, ist es mir wie Schuppen von den Augen gefallen, daß die Histopathologie für die allermeisten Fälle ein durch Arroganz und dogmatische Lüge für den Patienten zum „letzten Gericht“ hochfrisierter Taschenspielertrick geworden ist. Welche Freude dann gelegentlich bei den Histologen, die sich als heimliche Herren über Leben und Tod der Patienten fühlen, wenn mal eine Lungenrundherd-“Metastase“ einen fast gleichen histologischen Typ, nämlich Adeno-Karzinom, zeigt wie die vermeintliche Primärgeschwulst, das Dickdarm-Karzinom zum Beispiel. Dann wird sofort von einer „echten Metastase“ gesprochen, obwohl damit eigentlich die übrigen 90% der „Metastasen-Diagnosen“ ad absurdum geführt sein müßten. Aber den Histologen paßt es, wie's grad kommt, manchmal paßt es halt scheinbar besonders gut... Sinnvoll wäre es dagegen nur noch, beispielsweise in Grenzgebieten (z.B. Sigma-Rektum), festzustellen, wohin der Tumor gehört, sofern man das nicht durch das Hirn-CT leichter klären kann. Vielleicht wäre es auch in einzelnen Fällen noch interessant zu klären, ob der Tumor noch mitosereich ist oder es sich um ein altes mitoseloses inaktiviertes Karzinom handelt, wenn einmal die Vorgeschichte nicht eindeutig ist und ein Hirn-CT keine sichere Klärung bringt. Aber im Grunde ist es doch in den meisten Fällen völlig überflüssig, überhaupt eine histologische Untersuchung zu machen, wenn sowieso immer an der gleichen Stelle des Organs die gleiche Formation von Tumor gefunden wird.

Nun zu den sog. „Hirntumoren“ oder „Hirnmetastasen“, die es beide in dem Sinne nicht gibt:

Die 3. dogmatische *Lüge* lautet, daß es ja das Gehirn als Computer des Organismus nicht geben darf. Wenn nach diesem Dogma der Krebs von einer wild gewordenen „entarteten“ Zelle herröhrt, dann müssen ja diese Gebilde, die meine Gegner die „komischen Hamerschen Herde“ genannt haben, Primärtumoren oder wenigsten „Metastasen“ sein. Zwar lernen alle Studenten schon im ersten Semester Medizin, daß Hirnzellen sich nach der Geburt nicht mehr teilen, also sich nicht mehr vermehren können. Vermehren kann sich nur noch das sog. „Hirnbindegewebe“, die sog. Gliasubstanz, genau wie sich im übrigen Organismus das Bindegewebe vermehren kann, um Narben zu bilden, die Ernährung zu sichern und das Gewebe abzustützen. Wir sagen: Bindegewebe im Körper und Gliagewebe im Gehirn haben

lediglich Ernährungs-, Stütz- und Narbenfunktion. Niemals also sehen wir eine einzige Hirnzelle in Mitose, niemals also sehen wir eine Vermehrung der Hirnzellen, trotzdem sprechen alle Medizyniker von Hirntumoren, ja sogar von „Hirnmetastasen“.

Was ist nun eigentlich wirklich los in unserem Gehirn, wenn ein sog. „Tumor“ oder Hamerscher Herd entsteht?

Eigentlich ist die ganze Sache ganz einfach und von Mutter Natur meisterlich konstruiert, von unseren ignoranten, aber um so dünkelhafteren Schulmedizynikern aber völlig verkannt. Sie operieren die meist harmlosen Hirnschwellungen heraus und verstümmeln damit den Patienten auf Lebenszeit, wenn er überhaupt überlebt, was durch die nachfolgende Panik und die Persönlichkeitsveränderung selten ist.

In Wirklichkeit ist es so:

Wenn uns ein gewaltiger Konfliktschock trifft, ein DHS, das uns gleichzeitig noch in psychischer Isolation erreicht, dann bildet sich in dieser Sekunde ein Hamerscher Herd im Gehirn. Für jede besondere Art eines solchen Konfliktschocks, den wir auch einen biologischen Konfliktschock nennen können, ist ein ganz besonderes Areal unseres Gehirns zuständig und gleichzeitig auch ein ganz besonderer Organbereich.

Also: Bei einem sexuellen Konflikt der Frau, biologisch gesprochen einem „Konflikt des Nicht-begattet-Werdens“, also z.B., wenn eine Frau ihren Mann „in flagranti“ ertappt, entsteht in dieser „Schocksekunde“, sofern die Frau diese Situation als sexuellen Konflikt empfindet und nicht etwa als Verrat oder sonstwie empfindet, ein Hamerscher Herd im linken periinsulären Bereich (Schläfen-Scheitelhirn-Bereich), wenn es sich um eine Rechts-händerin handelt.

In dieser Sekunde schaltet sich das neue, Sinnvolle Biologische Sonderprogramm (SBS) des Gehirns ein. Dieses Sonderprogramm sorgt dafür, daß im Gebärmutterhals- und -mund-Ulcera entstehen, damit - so scheint der biologische Sinn zu sein - die Gebärmutter noch empfängnisbereiter wird. Diese Portio²⁸⁴- oder Cervix-Erosionen gelten in der Schulmedizin als „gut-artig“, weil sie keine Zellmitosen machen, sondern das Gegenteil, also Zellschwund.

Durch die Ulcera wird die Portio erweitert, quasi der Gebärmutterhals innen ausgeschält. Die rechtshändige Patientin verliert mit dem DHS sofort ihren nächsten Eisprung, der mit der CL (Konfliktlösung = biologisch gesehnen Begattung) sofort wieder zurückkehrt. Aber für die Nutzung des gerade

²⁸⁴ Portio = in die Vagina hineinragender Teil des Gebärmutterhalses

erfolgten Eissprungs wird der Gebärmutterhals innen erweitert, damit das männliche Sperma um so leichter in die Gebärmutter gelangen kann. Nach der Conflictolyse (= Begattung) werden die Ulcera mit neuen Zellen aufgefüllt, d.h. geheilt. Wir sehen Mitosen der Heilung aber die Schulmedizin jammerte bisher, jetzt sei alles „bösertig“ geworden wegen der Mitosen.

Genau wie in der Konfliktschock-Sekunde am Organ *gleichzeitig* Zehntausende von neuen Zellen zu sog. Krebszellen wachsen (althirn-gesteuerte Organe) oder schwinden (Zellschwund bei großhirn-gesteuerten Organen), so ist in unserem Gehirn auch nicht nur eine einzige Zelle in dieser Schocksekunde unter Sonderprogramm geraten, sondern Millionen Gehirnzellen des Hamerschen Herdes sind *gleichzeitig* in ein Sonderprogramm geschaltet und haben den Organismus auf Sympathicotonie umgestellt.

Schauen wir uns aber nun den Konfliktinhalt an, der uns in der Schocksekunde „auf dem falschen Fuß erwischt“ hat, dann können wir uns gut vorstellen, da es Tausende oder Hunderttausende von ähnlichen, weniger oder mehr differenten Konfliktinhalten geben kann, die z.T. an der gleichen Stelle, z.T. an benachbarter Stelle im Gehirn stets verschiedene Formationen eines Hamerschen Herdes verursachen.

Wir werden mit der Zeit lernen müssen, die biologischen Konflikte mit ihren biologischen Sonderprogrammen, die eine Krebs- oder Krebsäquivalent-Erkrankung verursachen, zu beobachten und auch zu differenzieren. Die Seele von Mensch und Tier ist bei jedem Individuum unendlich vielfältig und verschieden, auch wenn die Menschen, Hunde, Mäuse oder Elefanten, jede Rasse für sich, hinsichtlich ihrer Seele für Unwissende scheinbar keine Unterschiede machen.

Fast genauso ist jeder Konflikt stets ein wenig anders als andere ähnlich gelagerte Konflikte, die andere Individuen der gleichen Rasse bei ähnlichen Konflikt-Konstellationen erlebt haben. Bedenken wir doch nur, welch ungeheure Vielfalt der Konstellationen es bei dem gegenüber den Kombinationsmöglichkeiten der Gehirnzellen bei Mensch und Tier doch recht primitiven Schachspiel gibt! Denn in unserem Gehirn - und ebenso im Gehirn einer winzig kleinen Maus - gibt es statt der 64 Schachfelder viele Milliarden, und die in drei Dimensionen des Raumes, dazu in weiteren elektrischen Dimensionen, von weiteren Dimensionen, die wir noch nicht kennen, ganz zu schweigen.

20 Die Therapie des „Krebs-Sonderprogramms“

Die Therapie der sog. „Krebserkrankung“ nach dem System der Neuen Medizin unterscheidet sich ganz grundlegend von der bisherigen rein symptomatischen Therapie, bzw. Pseudotherapie der Schulmedizin. Schulmedizin wie sog. Alternativmedizin (neuerdings Komplementärmedizin der Schulmedizin genannt) haben letzten Endes gemeinsam, daß sie, mangels Verständnis der Ursachen und Zusammenhänge des Krebses und der anderen sog. „Krankheiten“, mit den verschiedensten Mitteln immer den Krebs „bekämpfen“ wollten und wollen.

Weithin behandelt man symptomatisch, ob nun mit „Stahl, Strahl und Chemie“, Morphium oder mit der Mistelpflanze, welche ja bekanntlich auch eine Art Gift ist. Rote Beete, Kräuter oder Keimlinge richten noch am wenigsten Schaden an, nur können sie ebensowenig ein Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm nach einem entsprechenden DHS am Entstehen hindern! Und wenn sie ein Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm am sinnvollen Verlauf hindern könnten, wäre es ja erst recht schlimm!

Stets versucht man, in geradezu mittelalterlich-inquisitorischem Eifer den vermeintlichen Feind Krebs abzutöten. Denn im Mittelalter versuchte die heilige Inquisition auch stets den Teufel mit Messer, Feuer und Gift aus dem Ketzer auszutreiben. Am Ende war der Ketzer immer tot - egal ob er gestanden hatte oder nicht. Entweder war er per Geständnis schuldig, mit dem Teufel im Bunde gewesen zu sein. Wenn er aber so verstockt war, nicht zu gestehen, war er erst recht mit dem Teufel im Bunde, man mußte dann die allerschärfste Folter anwenden. Ähnlich werden heute noch die Patienten der Schulmedizin mit den schlimmsten Foltern der Chemo-Pseudobehandlung traktiert, wenn der böse Krebs widerspenstig ist und sich nicht „ausrotten“ lassen will.

Das Entscheidende ist immer, daß die Krebszellen als Gegner angesehen werden, die es zu bekämpfen gilt. So glaubt man z.B. auch, bei der Krebsentstehung sei das „Immunsystem“ - was immer man sich darunter vorstellt, jedenfalls eine Art Abwehrarmee des Körpers - geschwächt, so daß die „bösen“ Krebszellen eine „Lücke“ finden könnten, in das Gewebe einzudringen und sich auszubreiten. Auch Teile der sog. Alternativ-Medizin waren den etablierten Medizinern bislang gar nicht unangenehm, weil sie ja von den gleichen Prämissen ausgehen und auch das gleiche Ziel haben, nämlich den Krebs am Organ, den sie für das alleinige Übel ansehen, auszu-

rotten. Der einzige Störenfried ist Hamer, der das alles für blühenden Unfug hält.

Ein besonders angesehener Vertreter der Medizinzunft wollte vor einiger Zeit einmal, daß ich ihm „Erfolge“ vorführe. Ich zeigte ihm eine Reihe von Röntgenbildern, auf denen ersichtlicherweise die Krebsgeschwulst zum Stillstand gekommen war. Ich sagte ihm, daß es schon hunderte von Patienten gäbe, die gesund seien, auch wenn der inaktivierte Organkrebs häufig noch zu sehen sei. Der sei aber gar nicht mehr störend, habe auch keine Mitosen mehr, sei ein eher kosmetisches Problem.

Das gefiel ihm gar nicht! Für ihn sei der Krebs erst geheilt, wenn er „weg“ sei, „weg, weg, weg!“ Z.B. nach einer Operation der Tumor weit im Gesunden weggeschnitten!“ Er stellte sich das so vor: Man solle den Patienten erst einmal operieren, dann bestrahlen, dann mit Zytostatika behandeln und, was von der Seele noch übrig sei, solle Hamer mit seiner Krebs-Psycho-Behandlung „auffeudeln“. Für diese Arbeit wäre ich ihm herzlich willkommen. Ich sagte, die Patienten, die bei mir gewesen seien, brauchten im Prinzip weder zu einem Chirurgen noch zu Medizinern, die sie bestrahlen oder vergiften wollten. Von den Komplikationsmöglichkeiten körperlich-organischer Art abgesehen, wie Blutungen, Hirnschwellung und dgl. und den psychischen Komplikationsmöglichkeiten wie erneute Panik durch Schockerlebnisse oder dumme Ärzte oder Konfliktrezidive und dgl. seien diese Patienten als gesund zu betrachten. Sie könnten gut und gern 30 oder 40 Jahre weiterleben, wenn sie nicht die Umwelt ständig terrorisieren und als „Krebspatienten“ festschreiben würde, die man zwingen wolle, sich in die schulmedizinische Medizinhölle zu begeben, an deren Ende sie mit Morphin eingeschlafet würden. Da trennten sich unsere Wege ...

Seelenlose, nur am Symptom orientierte Medizin lehne ich ab. Für mich ist die ärztliche Behandlung eines kranken Menschen oder Tiers eine Art heilige Handlung. Vor 2000 Jahren waren die Ärzte gleichzeitig Priester, erfahrene, kluge Menschen, die das Vertrauen ihrer Mitmenschen verdienten. Das schließt heute meiner Meinung nach einen hohen Grad an Wissen und Wissenschaftlichkeit keineswegs aus, im Gegenteil, es sollte sie einschließen. Seit aber aus dieser Zunft nickelbebrillte, rein intellektuelle, einzog am Symptom orientierte seelenlose Medizin-Ingenieure geworden sind, die um so erfolgreicher und reicher werden, je cooler sie sind, seitdem empfinde ich diese Zunft nicht mehr als eine Zunft wirklicher Ärzte. Deshalb werde ich nicht zulassen, daß all solche Brutalmedizin-Ingenieure nun in Zukunft so tun können, als könne man so weitermachen, nun eben etwas „variiert nach Hamers Neuer Medizin“.

Die Arzte der Zukunft - die Ärzte der Neuen Medizin sollen kluge, praktische Menschen sein mit gesundem Menschenverstand, mit Herz und warmen Händen, Priesterärzte wie zu früheren Zeiten, die gütig und unbestechlich waren, ähnlich wie die „guten“ alten Haus- oder Landärzte und sich nicht an der Not kranker Mitmenschen noch bereicherteten.

Die heutigen, durch Manipulationen auf ihre Posten gehievt, erfolgreichen Medizyn-Millionäre, die jeden Handgriff und jedes freundliche Wort in Geld umrechnen, dazu aber noch auf jedem Kongreß in dümmlicher Arroganz vor Ethik nur so strotzen, diese Spezies von Brutal- und Profit-Medizynikern muß endgültig der Vergangenheit angehören. Sie ekelt mich.

Der Leser möge mir diese harten Worte bitte verzeihen. Es gibt sicher hier und da noch Ärzte, die nur notgedrungen das üble System der heutigen Medizin mitmachen, sich aber freuen werden, wenn sie jetzt endlich eine wissenschaftlich fundierte Alternative haben, mit der sie ihren Patienten begründete Hoffnung machen können.

Ich will kurz von einem Patienten berichten, der gestorben ist, einfach nur deshalb, weil der Betroffene „als Krebskranker“ behandelt wurde, bei dem angeblich „sowieso nichts mehr zu machen war“. Es wurde eine Maßnahme angewandt, die der Arzt, ein Urologe, weder bei sich selbst noch bei einem „Nichtkrebskranken“ jemals unter vergleichbaren Umständen angewandt hätte. Bei solchen Patienten kommt es angeblich „eh nicht mehr drauf an“. Der Patient hatte eine bereits abklingende Leukämie mit schon nachlassenden Knochenschmerzen. Der Fall war besonders tragisch durch besondere Begleitumstände:

Einige Tage vor seinem unnötigen Tod holte die Familie den Patienten in geradezu dramatischer Flucht aus dem Krankenhaus, nachdem der Stationsarzt gestanden hatte, er habe auf höhere Anweisung - gegen die ausdrückliche Bitte der Angehörigen und gegen den ausdrücklichen Wunsch des Patienten! ein Morphium-Derivat gegeben. Der Patient war daraufhin nicht mehr ansprechbar. Es hatte keinerlei Indikation dafür gegeben, denn der Patient hatte zu diesem Zeitpunkt praktisch schon keine Schmerzen mehr.

Daraufhin bewachte die Tochter, eine Biologin, ihren Vater die ganze Nacht. Als sie das Zimmer für fünf Minuten verließ, war die Schwester schon wieder da und wollte dem Vater Morphium verabreichen, was die Tochter und der inzwischen aus seinem Morphium-Trip wieder aufgewachte Vater sich verbaten. Wenige Stunden danach verließen sie das Krankenhaus. Man hatte den Patienten buchstäblich einschläfern wollen - gegen seinen Willen!

Der Patient hatte nie Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen gehabt, für den Krankenhausaufenthalt hatte man jedoch „routinemäßig“ einen Blasen-

katheter gelegt, damit die Schwester nachts keine „Scherereien“ hätte. Durch den Katheter war die Harnröhre etwas geschwollen und der Patient hatte deshalb zu Hause, wie das jeder normale Mensch haben würde, etwas Schwierigkeiten mit dem Wasserlassen in den ersten Tagen nach Entfernung des Katheters bekommen.

Der Hausarzt legte ohne Notwendigkeit daraufhin sofort einen suprapubischen²⁸³ Katheter an, dazu bei nur halbgefüllter Blase. Dabei punktierte er versehentlich die Bauchhöhle. Der Patient starb zwei Tage später am akuten Bauch, an hochakuter Peritonitis.

Kunstfehler machen wir alle, ich auch. Aber darum geht es hier nicht, sondern man macht Dinge, die man unter vergleichbarer Indikation sonst niemals machen würde - eben nur bei „Krebspatienten“. Das ist nicht etwa ein Einzelfall. Hunderte von Patienten kann ich allein aufzählen, denen die Ärzte ohne Schmerzen und damit ohne Notwendigkeit und gegen ihren ausdrücklichen Willen! - Morphin verabreicht haben oder ein Derivat und die Patienten damit getötet haben. Der Patient, der wie beschrieben an der akuten Peritonitis starb, war eigentlich schon fast wieder völlig gesund. Seine Krebse waren inaktiviert, der letzte (Knochenkrebs) in Heilung. Er hätte bequem noch 30 Jahre leben können. Er war dabei, große Pläne zu schmieden, was er im Sommer machen wollte ...

Die Brutalität jedes einzelnen Falles liegt im System begründet. Deshalb, versteht bitte, hat es keinen Zweck, einzelne besonders brutale sog. Ärzte anzuprangern oder anzuklagen, sondern das brutale System muß weg! Ihr würdet wahrscheinlich, wenn ihr hunderte von Menschen auf diese brutale Art und Weise hätten sterben sehen wie ich, genauso kompromißlos und „undiplomatisch“ schreiben, wenn ihr ehrlich schreiben würdet!

20.1 Der Arzt der Neuen Medizin

In der Neuen Medizin ist der Patient der absolute Chef des Verfahrens um seinen eigenen Organismus. Nur er kann wissen, was wirklich gut und richtig für ihn ist, nur er kann wirkliche Verantwortung für sich übernehmen. Der Patient wird nicht mehr „be“-handelt, sondern er handelt selbst! Das Verhältnis Patient/Arzt muß in der Neuen Medizin völlig neu definiert und durchdacht werden.

Die für ihn beste Therapie muß der Patient ausarbeiten mit Hilfe von Menschen, die mit Leib und Seele Arzt sind und ein warmes Herz für ihre Patienten haben. Es ist wohl nicht übertrieben zu sagen, daß diejenigen, die

²⁸⁵ suprapubisch = durch die Bauchdecke oberhalb des Schambeins

mit der Neuen Medizin arbeiten wollen, bei aller fachlichen, umfassenden Beschlagnahme auf allen drei Ebenen, in allererster Linie weise und gütige Menschen sein müssen, die die Patienten sowohl als menschlichen Partner, als auch als überragenden Fachmann bzw. Fachfrau anerkennen können.

Das Arbeiten mit den drei Ebenen der Neuen Medizin erfordert ein „psycho-kriminalistisches“ Vorgehen. Es ist fraglich, ob dies letztlich erlernbar ist. Der eine Arzt erfaßt alles intuitiv sofort, ohne deshalb dümmer zu sein, als seine intellektuell ausgerichteten Kollegen. Letztere haben normalerweise große Probleme damit, weil sie menschlich zu den Patienten keinen Zugang finden und kein Charisma besitzen.

Es gibt nichts Beglückenderes, als wirklich qualifiziert mit den 3 Ebenen und den 5 Naturgesetzen der Neuen Medizin umzugehen. Das wird die charismatisch²⁸⁶ und mitmenschlich begabten unter den Ärzten dazu treiben, sich das notwendige umfassende Wissen anzueignen, an das ein Spezialist, der heute noch als Krone der medizinischen Wissenschaft gilt, nicht heranreichen kann. Die Ärzte der Zukunft müssen mit dem Charisma des gesunden Menschenverstandes in der Lage sein, als „Medizin-Kriminalisten“ zu arbeiten. Sie müssen dem Patienten als ein guter Freund oder Freundin zur Seite stehen können, die dem „Chef“ Patient ihre besonderen fachlichen Kenntnisse zur Verfügung stellen dürfen. Denn die Therapie der Zukunft besteht zum wenigsten in der Verabreichung von Medikamenten, sondern zumeist darin, daß der Patient die Ursache seines Biologischen Konfliktes und seiner sog. Erkrankung verstehen lernt und mit seinem Arzt oder seiner Ärztin zusammen den besten Weg findet, aus diesem Konflikt herauszukommen und in Zukunft nicht mehr hineinzustolpern.

Diese „Priester des Asklepios“ sollten nach meinem Verständnis bescheidene und weise Menschen sein, warmherzig und gleichzeitig von hervorragendem Allround-Wissen. Ich weiß, daß dieses Bild mit der heute vorherrschenden Vorstellung eines „erfolgreichen“ Arztes nicht in Einklang zu bringen ist.

Die Therapie der sog. „Krebserkrankung“, wie wir heute wissen sogar aller uns bekannter Sinnvoller Biologischer Sonderprogramme, sollte man in 3 Ebenen aufteilen:

1. *psychische Ebene:*

praktisch-psychische Therapie mit gesundem Menschenverstand

2. *cerebrale Ebene:*

Verlaufsbeobachtung und Therapie cerebraler Komplikationen

²⁸⁶

Charisma = göttliches Gnadengeschenk

3. *organische Ebene:*
Therapie organischer Komplikationen

20.2 Psychische Ebene: Praktisch-psychische Therapie mit gesundem Menschenverstand

Wir können zwar unsere Therapie theoretisch auftrennen in drei Ebenen, wie ich es versuche zu tun, aber wir müssen uns dabei immer dessen bewußt bleiben, daß alles in unserem Organismus stets *gleichzeitig, also synchron* verläuft. Wir dürfen in Zukunft in der Neuen Medizin auf gar keinen Fall wieder dahin kommen, daß wir unsere Patienten von Spezialisten behandeln lassen: Der eine schaut nach der Seele, der zweite nach dem Gehirn und der dritte nach den Organen. Auch das heute so gepriesene Teamwork darf allenfalls in der Zusammenarbeit von allrounderfahrenen Ärzten bestehen, niemals anders.

Der Patient ist normalerweise an einem Konflikt erkrankt, „über den er nicht reden kann“, über den er jedenfalls bisher nicht reden konnte. Ob uns das angemessen oder notwendig erscheint, daß er nicht darüber sprechen konnte, oder ob wir der Meinung sind, daß er vielleicht doch schon längst mal darüber hätte sprechen sollen, ist für das jetzt vorhandene Sinnvolle Biologische Sonderprogramm uninteressant. Das einzige, was notwendig ist, ist, daß wir zu verstehen versuchen, warum der Patient aus seiner Mentalität heraus nicht darüber sprechen konnte!

Ich erinnere mich an eine alte Frau, die an einem Sigma-Karzinom erkrankte, weil ihr Kanarienvogel gestorben war, an dem sie sehr hing. Er war seit 12 Jahren ihr bester Freund gewesen. Das DHS passierte, als sie ihn tot in seinem Käfig fand. Er war besudelt mit flüssigem Kot. Monatelang träumte die alte Frau davon. Stets machte sie sich auch im Traum Vorwürfe, daß sie ihren „Hansi“ falsch ernährt habe, immer sah sie ihn im Traum, wie er eingekotet im Käfig lag. Nach 4 Monaten gab es eine überraschende Konfliktlösung, denn die Tochter hatte ihr einen „neuen Hansi“ geschenkt. Durch das übliche Darmbluten in der Heilungsphase wurde der Krebs überhaupt erst bemerkt. Die alte Dame überlebte nur deshalb, weil man in ihrem Alter von selten der Ärzte eine Therapie nicht mehr für sinnvoll hielt. Bei einem jüngeren Menschen hätte man mit Sicherheit gewaltige Operationen gemacht, einen künstlichen Darmausgang gelegt. Dies hätte, wie fast immer zu beobachten, Selbstwerteinbrüche ausgelöst, dann hätte man die zugehörigen sog. „Knochenmetastasen“ festgestellt und dann mit Morphin eingeschlafert ... Das ist heute der übliche Weg, leider - er ist jedoch der völlig

unnötige Weg. Der alten Dame geht es heute schon seit 5 Jahren wieder gut. Ich habe den Angehörigen eingeschärft, für den Fall, daß der „neue Hansi“ einmal das Zeitliche segnet, mit dem Geschenk eines weiteren Hansis nicht wieder vier Monate zu warten.

Einen ähnlichen Fall habe ich im Saarland erlebt: Die Frau eines Sanatoriumverwalters war an einem Lungenrundherd-Krebs erkrankt. Man entdeckte die Sache nur dadurch, daß die Patientin leicht hustete, und der Hausarzt veranlaßte deshalb eine Lungenaufnahme Dabei fand man einen sog. „solitären Rundherd“ der Lunge. Solche solitären Rundherde der Lunge sind stets alveolare solitäre Adeno-Karzinome, Zeichen eines für einen anderen Menschen oder für ein Tier erlittenen Todesangst-Konfliktes.

Der Ehemann dieser Patientin von etwa 57 Jahren bat mich um Rat. Ich untersuchte und befragte die Patientin und fand heraus, daß sie ein DHS erlitten hatte vor etwa 8 Monaten, als man ihren über alles geliebten Kater „Mohrle“ einschlaferte, weil er krank war. „Er war doch unser Kind seit 16 Jahren, er durfte sogar mit am Tisch essen“, sagte sie. Von da ab, wo der Tierarzt ihr sagte, er müsse das Katerchen einschlafen, hatte die Frau stark an Gewicht abgenommen, hatte nachts nicht mehr schlafen können, hatte ständig nur an das „Katerle“ denken müssen, das dann auch 14 Tage später eingeschlafert wurde. 4 Monate dauerte der Konflikt an. Dann konnte es der Ehemann nicht mehr mit ansehen, wie sich seine Frau quälte, und eines Tages brachte er ein neues Katerchen mit, fast so aussehend wie das alte. Von da an ging es der Patientin wieder gut. Und als man 2 Monate später den etwa 5 cm großen solitären Rundherd in der rechten Lunge entdeckte, hatte die Patientin schon ihr volles Gewicht wieder, schlief nachts gut, die Welt war wieder in Ordnung. Selbst die Diagnoseeröffnung überstand die Patientin, auch Chemo-Vergiftung und Bestrahlung mit Kobalt. Die Ärzte wunderten sich, daß der Tumor weder weiterwuchs, noch zurückging, einfach gar nichts machte. Zwei Monate später, nachdem die Patientin alles überstanden hatte, fragte mich die Patientin und ihr Ehemann, was sie jetzt machen müßten. Ich sagte „das Katerchen gut pflegen“. Aber den Rat hätte ich mir natürlich sparen können, denn das neue Katerchen war ebenfalls schon wieder „wie Kind im Haus“. Der Patientin geht es gut.

Diese beiden Beispiele mögen zeigen, wie ich mir im Idealfall - vorausgesetzt die Sache ist machbar - eine praktische Therapie mit gesundem Menschenverstand vorstelle. Es stört mich überhaupt nicht, wenn mich meine ehemaligen hochdekorierten Kollegen belustigt belächeln, wenn ich mit einer alten Dame 2 Stunden über ihren verstorbenen Kanarienvogel oder Wellensittich spreche und versuche, mich in die etwas skurrilen Verhältnisse einer alten Dame hineinzuversetzen, die nichts anderes Nahestehendes mehr auf

dieser Welt hat als ihren Kanarienvogel Hansi. Natürlich könnte eine solche alte Dame nicht die 2000 DM Honorar bezahlen, wenn ein Professor sich 2 Stunden lang ihren Kummer über einen Kanarienvogel anhören wollte, der einen Wert von maximal 10 DM dargestellt hat, als er noch lebte.

Es stört mich auch nicht, wenn die hochverehrten Psychologen meinen, da müsse doch erst mal der psychologische Hintergrund ausgeleuchtet werden, wieso und warum und vor welchem erlebnis-traumatischen Hintergrund man das denn sehen könnte. All das stimmt ja nicht, weil das DHS damit nicht erfaßt wird. Es ist ja immer wie bei dem Fußballtorwart. Alle Bälle kann er meistern, solange er sie berechnen kann, nur wenn sie abgefälscht werden und sie ihn „auf dem falschen Fuß erwischen“ muß er hilflos wie gelähmt zusehen, wie der Ball vielleicht sogar direkt neben ihm ins Tor trudelt. Das DHS ist immer die unvermutete Konstellation und Situation. Die kann kein Psychologe einberechnen, geschweige denn erklären.

Hier gehören aber wenigstens ganz kurz noch zwei Fälle berichtet, die zeigen sollen, daß es mit der „Psychotherapie“ des einzelnen Patienten ja nicht getan ist. Oft muß man 1 oder 2, ja manchmal 3 Stufen weitergehen und das Umfeld zu therapieren versuchen. Das geht oft gar nicht.

Eine 45jährige Patienten erkrankte, wie sie wußte, an einem Knochen-Ca der Halswirbelsäule und des Beckens, nachdem sie früher ein Mamma-Karzinom gehabt hatte. Das Ganze las sich so: „Generalisiert metastasierendes Rezidiv eines Mamma-Karzinoms (Zustand nach Amputation)“. Man sagte der Patientin, da gäbe es jetzt nichts mehr zu machen und legte sie in ein Sterbezimmer eines kleinen Krankenhauses. Sie war Heilpraktikerin. Man rief mich eigentlich nur der Komplettierung halber. Ich fand, was ich vermutet hatte, daß die sog. „generalisierte Metastasierung“ aus zwei verschiedenen Selbstwerteinbrüchen mit eigenem DHS herrührte. Die Patientin war Heilpraktiker-Schülerin gewesen, hatte zwei adoptierte Kinder. Zum „Spielen“ hatte sie sich einen Heilpraktiker-Stempel gekauft, den sie natürlich noch nicht benutzen durfte, solange sie noch kein Examen bestanden hatte. Eines Tages fanden ihre Kinder diesen Stempel und spielten damit „Postzustellung“. Sie bestempelten hunderte von Zetteln und steckten die in die Postbriefkästen der ganzen Siedlung. Als die Mutter nach Hause kam und die Bescherung gewahr wurde, war sie vor Schreck wie gelähmt. Sie war blamiert als Hochstaplerin, es sei denn - sie würde sofort ihr Examen bestehen! Sie ergriff die Flucht nach vorn, nahm an Gewicht ab, lernte Tag und Nacht, was ihr nicht schwerfiel, da sie nachts ohnehin nicht schlafen konnte. Sie war wie im Rausch. Der Ehemann fühlte sich vernachlässigt, schimpfte und beklagte sich, Welch schlechte Ehefrau er habe. Die Frau hörte und sah schier gar nichts mehr um sich herum. Sie war nur noch von

dem Gedanken besessen, ihr Examen zu bestehen, um nicht als Hochstaplerin zu gelten. Sie hatte einen sog. „intellektuellen Selbstwerteinbruch-Konflikt“ erlitten, weil sie sich durch das noch nicht bestandene Examen plötzlich als Hochstaplerin fühlte. Nun aber erlitt sie innerhalb der konfliktaktiven Zeit einen zweiten Selbstwerteinbruch auf sexuellem Gebiet, denn bei ihr regte sich sexuell während dieser Zeit nichts mehr und ihr Mann schimpfte, sie tauge überhaupt nichts mehr im Bett. 3 Monate nach dem DHS bestand sie ihr Examen.

Als ich sie das erste Mal sah, lag sie, wie gesagt, im Sterbezimmer. Die Halswirbelkörper 2 bis 4 waren osteolysiert, so daß man ständig mit einem Zusammenbruch rechnete, was eine hohe Querschnittslähmung zur Folge gehabt hätte. Man hatte ihr bereits Morphium gegeben, um ihr dies Erlebnis zu ersparen, hatte es aber auf Ersuchen der Angehörigen abgesetzt, weil ich das zur Bedingung gemacht hatte. Sie war halb in Vagotonie, halb in Sympathicotonie. Nachdem ich sie untersucht und befragt und mir die Röntgenbilder angeschaut hatte, wollte sie wissen, ob sie noch eine Chance habe. Ich sagte: „Wenn Sie es schaffen, 4 Wochen lang den Kopf nicht zu bewegen, kann auch nichts zusammenbrechen. Dann wird so viel Callus eingelagert sein, daß die Halswirbel nicht mehr zusammenbrechen können. Denn dieser Konflikt ist offensichtlich definitiv gelöst. An den Becken-Osteolysen können Sie zwar nicht sterben, wenn Sie sich nicht Morphium geben lassen, aber ich weiß ja nicht, wie das Verhältnis zwischen Ihnen und Ihrem Mann weitergehen wird und daran hängt ja offenbar ihr sexuelles Selbstwertbewußtsein.“

Und wirklich heilte die Halswirbelsäule - zum Erstaunen der Ärzte planmäßig ab. Schließlich hatte sie mehr Callus als sie vorher Kalkgehalt gehabt hatte. Sie hatte es wirklich geschafft, 4 Wochen zu liegen, ohne den Kopf zu bewegen. In demselben Maße, wie die Halswirbelsäule planmäßig rekalkifizierte, schwankten Rekalkifizierung und neue Osteolysierung des Beckens parallel zu Konfliktrezidiven und konflikt-gelösten Phasen hin und her. Mal heilte es 3 Wochen wunderbar, dann waren plötzlich wieder neue Osteolysen zu sehen. Die Patientin gestand mir: „Herr Doktor, mein Mann tritt immer mit Leichenbitterniene in mein Krankenzimmer, er liebt mich nicht, er möchte, glaube ich, gar nicht, daß ich wieder gesund werde. Ich sag dann sofort: 'Geh und laß mir die Kinder da, ich kann dein Gesicht nicht ertragen!'“ Der Mann, nach außen hin von extremer Christlichkeit, war nicht dazu zu bewegen, seiner Frau zu helfen. Nach besonders schlimmen Auftritten im Krankenhaus sah man zwei Wochen später wieder den „Erfolg“: Neue Knochen-Osteolysen im Becken. Schöpfte die Frau mal wieder Hoffnung, kam zugleich mit dem Callus auch der Schmerz durch die Periostdeh-

nung. Dann standen die Ärzte schon mit gezückten Morphiumspritzen vor dem Bett. Mehrmals gaben sie ihr Morphinum ohne ihr Wissen und gegen ihren ausdrücklichen Willen. Ich riet der armen Frau, sich in ein Sanatorium verlegen zu lassen und sich innerlich von ihrem Mann zu trennen, nur so habe sie die Chance, den Teufelskreis zu durchbrechen. Aber die Krankenkasse zahlte nicht, kein Sanatorium nahm sie, der Ehemann wollte kein „solches Theater zu Hause“, er hatte keine Gefühle mehr für sie.

Schließlich gaben die Ärzte einfach, ohne noch zu fragen Morphinum, ohne abzusetzen. 2 Wochen quälte sich die arme Frau, dann starb sie. „Jetzt bist Du am frohen Ziel“ schrieb der Ehemann in der Todesanzeige...

Ich habe euch noch ganz kurz von einem anderen Fall zu berichten, der besonders typisch, aber keineswegs einmalig ist. Eine junge Frau erlitt zwei Angst-im-Nacken-Konflikte, einen weil sie einen Bescheid (DHS!) bekam, sie müsse für die Schwiegermutter lebenslänglich eine Rente zahlen. Diese Angst saß ihr viele Monate im Nacken. Den zweiten Angst-im-Nacken-Konflikt erlitt sie, als man sie hirnoperieren wollte und sie bedrängte, sich das halbe Kleinhirn wegoperieren zu lassen.

Nun liegt die Frau, fast blind zu Hause und wartet geduldig, bis die Hammerschen Herde in den Sehrinden abschwellen und sie wieder sehen kann. Dies geht nur langsam voran. Das größte Hindernis dabei ist die eigene Mutter, die sich ärgert, daß sie der Tochter helfen muß. Sie will, daß die Tochter ins Krankenhaus kommt, damit „das Theater zu Hause aufhört“. Ab und zu ruft sie mich vom Bett ihrer Tochter aus an, das hört sich dann so an: „*Tag, Herr Doktor, hier spricht die Frau Z. Sie wissen ja, die Mutter von Frau X. Hören Sie mal, Herr Doktor, glauben Sie wirklich, dat dat noch wat jibt? Ich seh doch, wat ich seh, dat jibt doch nichts mehr. Die is doch soo schlapp und müde, die kann ja nich mal mehr aus dem Bett heraus. Ach wat'n Elend! Da muß man mit ansehen, wie die eigene Tochter langsam stirbt! Wäre es da nicht besser gewesen, wenn sie gleich gestorben war, statt sich noch so quälen zu müssen? Nee, ich find, dat is doch besser wat für't Krankenhaus statt hier herumzuliegen und auf den Tod zu warten. Ich glaub da nich dran. Herr Doktor (leiser, daß es aber die Tochter natürlich sehr gut versteht) ich seh doch, dat die stirbt, Sie glauben doch selbst nich, dat dat noch mal wat jibt!*“

Kommentar überflüssig! Ich muß Euch leider solche drastischen Fälle berichten, um zu zeigen, wie die Situation oftmals ist, in der eine Heilung vonstatten gehen soll! Auch in diesem Fall spielen die Krankenkassen nicht mit, spielen die Ärzte nicht mit. Sie schreiben nur lakonisch Krankenhaus-einweisungen, die für die Patientin den sicheren Tod bedeuten würden. Zu Hause ist die erbarmungslose Mutter, die unter der Wahnvorstellung lebt,

die boshaftes Tochter wolle sie nur damit ärgern, daß sie nicht ins Krankenhaus gehe und nicht dem „Theater zu Hause“ ein Ende mache. Dann könnte die Mutter nämlich weiter wie früher putzen gehen, wogegen ihr das Geld jetzt alles verlorengeht! Würde der Ehemann nicht die Ruhe und Übersicht bewahren, die Patientin wäre längst gestorben!

Ja, sagt mir doch, wie soll man denn solche Art von Psychotherapie nennen? Die Psychiater und Psychologen, könnte ich mir vorstellen, sind von meinem System ziemlich enttäuscht. Denn man hat keine Zeit zu monatelanger Analyse auf der Freudschen Untersuchungscouch. Es bleibt keine Zeit für großartige intellektuelle Konstruktionen und Spielereien, die Uhr läuft unerbittlich. Hier und heute muß der Konflikt gefunden und nach Möglichkeit schon gestern gelöst werden. Denn jeder Tag macht die Sache komplizierter auch im Hinblick auf mögliche Komplikationen in der nachfolgenden Heilungsphase. Wir haben es ja auch nicht nur mit dem Patienten selbst zu tun. Seine Umgebung muß mitspielen, sonst ist dem Patienten praktisch nicht zu helfen. Die meisten von Euch werden mir vielleicht die eine oder andere meiner Kranken-Kurzgeschichten gar nicht glauben wollen. Aber sie sind alle wahr. Viele sind sogar noch schlimmer als ich sie aus Rücksichtnahme schreiben konnte. Es geht ja auch nicht darum, irgend jemanden bloßzustellen. Der Sinn ist ja der, daß wir aus typischen Verläufen typische allgemeine Problematiken dieses Systems lernen.

Wir wissen z.B. aus Statistiken, daß sich bei Änderung des Milieus Art und Häufigkeit der verschiedenen „Krebserkrankungen“ ändern. Zur Zeit der Großfamilie gab es häufig Magenkrebs. Man konnte sich nicht aus dem Wege gehen, familiäre Auseinandersetzungen führen bevorzugt zu Magenkrebs. Solche Probleme sind heute in der weitgehend dissoziierten²⁸⁷ Gesellschaft einfach keine Probleme mehr. Magenkrebs gibt es folglich viel seltener.

Mutter/Kind-Konflikte gab es zur Zeit der Großfamilien relativ selten. Die Mütter, die viele Kinder hatten, konnten z.B. den Tod eines Kindes eher verkraften als die Mütter von Einzelkindern es heute können. Auch veränderte Auffassungen von Erziehungsmethoden wirken sich „konfliktiv“ aus: „Diskutieren“, also die heute vielfach üblichen ständigen Diskussionen zwischen Einzelkind-Müttern und ihren hochneurotischen Einzelexemplaren, galt früher schlicht als „Widerworte geben“ und wurde mit einer gehörigen Ohrfeige bestraft, was die Nerven von Mutter bzw. Eltern schonte. Dauerdiskussionen und nicht enden wollender Ärger bringen heute oft beide schier zum Wahnsinn. Die Brustkrebs-Häufigkeit ist erheblich angestiegen, sogar,

²⁸⁷ Dissoziation = Auflösung, Trennung, Zerfall

obwohl wir weniger Mütter und viel weniger Kinder haben als früher. Ehrlicherweise muß man aber hier auch die Partnerkonflikte mit einbeziehen, d.h. die Brustkrebs in der „Partnerbrust“. Damit könnte man einen Großteil des Phänomens vielleicht erklären, wenn man das Phänomen vielleicht auftrennen würde in rechtshändige und linkshändige Frauen bzw. Mütter und Mutter/Kind- und Frau/Partner-Konflikt.

Durch die sexuelle Emanzipation ist die Häufigkeit der Gebärmutterhals-Karzinome auf einen verschwindend kleinen Prozentsatz gefallen. Wer noch erlebt hat, welche gewaltige „Sünde“ sogenannte „Fehlritte“ auf diesem Gebiet waren, der kann den Unterschied zu heute ermessen. Ein Seitenprung, na und?

Am besten können wir die Änderung der Erkrankungshäufigkeit der verschiedenen Krebsarten bei Einwanderungsgruppen in Amerika sehen, z.B. bei Einwanderern aus Japan. Sobald diese japanischen Einwanderer aus ihren strengen Familien- und Firmenzwängen in Japan herauskommen, wo z.B. Magenkrebs und Gebärmutterhals-Krebs häufig waren, ändert sich auch die Häufigkeit der sog. „Krebserkrankungen“ für die jeweiligen Krebsarten. In Amerika erkrankt von den Einwanderern kaum noch einer an Magenkrebs, kaum noch eine an Gebärmutterhals-Krebs, dagegen viele an Brustkrebs, woran wiederum zu Hause in Japan kaum jemand erkrankte.

Die Hoffnung also, daß man nur die gesellschaftlichen oder Milieuverhältnisse zu ändern brauche, um weniger „Krebserkrankungen“ zu haben, ist trügerisch. Es ändert sich nur die Art der Konflikte und damit die Art der Krebs-Sonderprogramme.

Ein Aspekt ist allerdings wirklich wichtig. Er wird meist verschwiegen. Es gibt sehr viele Situationen, die belegen, daß im Durchschnitt reiche Leute nur einen Bruchteil der Konflikte und Krebserkrankungen erleiden, wie arme Leute. Ein Gerichtsvollzieher z.B., für den Armen eine Katastrophe, ist für den Reichen normalerweise keine Thema, allenfalls eine lästige kleine Mühe, einen Scheck zu schreiben, weil er vergessen hatte, eine Rechnung zu bezahlen. Konflikte sind ja meist unüberwindliche Zwänge, denen der Patient nicht ausweichen kann. Mit Geld aber kann man zwar nicht alle, aber doch einen großen Teil dieser Zwänge vermeiden.

Spätestens an diesem noch relativ unverfänglichen Punkt erhebt sich die große Frage, welches denn der Weg und welches der Sinn und Zweck unserer Therapie sein kann. Vielleicht ist es gut so, daß wir heute vielfach in einem philosophischen und religiösen Vakuum leben, nachdem bei uns die christlichen Konfessionen durch Entmythologisierung und wissenschaftliche Decouvrerie ihre gesellschaftliche normative Gültigkeit verloren haben. Das ist kein Unglück. Ein Unglück wäre es, wenn wir dem nachtrauern

würden, was sich als nicht haltbar erwiesen hat und auf neue anthropologische²⁸⁸ Normen warten würden, die sich irgendein Wissenschaftler, Politiker oder Religionsstifter ausdenkt und die mit unserem Code des Gehirns nichts zu tun haben.

Die praktische Anwendung der Neuen Medizin muß grundsätzlich unterscheiden zwischen der vom System der 5 Biologischen Naturgesetze gegebenen optimalen und der heute durch viele gesellschaftliche und medizinische Gegebenheiten eingeengten „machbaren“ Therapie.

20.2.1 Konflikt-Anamnese - Herausfinden des DHS

Vor jeder Befragung des Patienten sollte der sog. Klatschtest stehen, um herauszufinden, ob derjenige Rechts- oder Linkshänder ist. Dazu lassen wir ihn locker klatschen wie im Theater. Die Hand, die oben ist und in die darunterliegende hineinklatscht, ist die führende. Dies ist wichtig zum Erkennen der Klein- bzw. Großhirn-Hemisphäre, auf der der Betreffende überwiegend arbeitet und auf der also auch sein erster Konflikt einschlagen muß (sofern es sich nicht um kind- oder partner-gegebene bzw. festgelegte Zusammenhänge handelt). Diese Korrelation konnte empirisch gefunden werden und ist anhand eines CCTs im Konfliktfalle auch leicht nachprüfbar.

Nach einer gründlichen anamnestischen Befragung des Patienten unter Einbeziehung seines menschlichen Umfelds muß der Arzt nun in der Lage sein, zu den von dem Patienten geklagten Beschwerden oder schon mitgebrachten Befunden, eine Konflikt-Anamnese zu erheben. Für einen Mediziner der Neuen Medizin sind absolut alle Informationen, sowohl menschlicher, als auch medizinischer Art von höchstem Interesse. Im Computertomogramm des Gehirns gibt es nämlich immer eine Reihe von Gehirnnarben, die man ohne diese Informationen nicht erklären könnte. Als wichtigsten Punkt sucht man das DHS herauszufinden, den genauen Zeitpunkt und alle Begleitumstände zu eruieren. Nach Möglichkeit sollte schon bei der ersten gründlichen Untersuchung ein Hirn-CT vorliegen, was (falls es sich nicht um banale oder nur leichte Symptome handelt) eine nichtinvasive zumutbare Untersuchung darstellt. Das CCT ist deshalb für die Konflikt-Anamnese von so großer Bedeutung, weil man auf der Grundlage des CCTs nach den Inhalten der Konflikte gezielt fragen kann, deren grundsätzliche biologische Artung und Inhalt man auf den Aufnahmen schon ersehen kann. Es ist für

⁸⁸ anthropologisch = die Wissenschaft vom Menschen und seine geistige Entwicklung betreffend

die Auswertung zunächst einmal ausreichend, ein CCT in den Standardschichten (parallel zur Schädelbasis) ohne Kontrastmittel anfertigen zu lassen, die Bestrahlungsdosis ist minimal. An die Stelle des Hirn-CTs eine Magnetresonanz-Untersuchung (NMR) zu setzen, ist nach der Neuen Medizin unangebracht. Diese Untersuchung dauert wesentlich länger, ist psychisch sehr belastend und über die Auswirkungen auf das Organ weiß man auch noch sehr wenig. Das NMR hat zudem den Nachteil, daß wir auf ihm scharfringige Schießscheiben-Konfigurationen im Gehirn nicht sehen können, da es nur auf Wassermoleküle geeicht ist. Allenfalls für die pcl-Phase und besondere Spezialuntersuchungen ist das NMR anzuraten, da Glia-Ansammlungen und Oedeme von ihm sehr gut dargestellt werden, was ein CT für den Fachmann aber genauso leistet. Die Kernspin-Untersuchungstechnik hat den Nachteil, die organischen und cerebralen Veränderungen optisch meist viel zu dramatisch erscheinen zu lassen. Dem Patienten wird dadurch bisher der Eindruck vermittelt, als habe er z.B. einen riesigen Hirntumor, was beim gleichen Patienten auf einem CT wesentlich undramatischer erscheint.

Hier wollen wir noch eine Reihe praktischer Fragen besprechen. Dabei soll an dieser Stelle bewußt die biologisch optimale Therapie zurücktreten vor den praktischen Fragen, die den Patienten derzeit auf den Nägeln brennen. So würde man zwar in der Neuen Medizin in Zukunft einem Patienten mit Darm-Ca den Rat geben, möglichst bald, also noch vor der Conflictolyse Tuberkel-Bakterien zu schlucken. Heute käme man aber damit noch mit den verschiedensten Gesetzen und Vorschriften in Kollision. Daher nutzt es dem Patienten nicht viel, ihm zu sagen, was man theoretisch optimalerweise bei ihm machen könnte, wenn dieser Weg praktisch verboten ist.

20.2.2 Berechnung des Konfliktverlaufs vom DHS an

Man sollte nie vorschnelle Diagnosen und Prognosen geben, solange man nicht z.B. die Dauer und Intensität der Konfliktaktivität, also die Konfliktmasse, kennt und solange man sich nicht darüber im klaren ist, ob der Konflikt oder die Konflikte realiter und machbar zu lösen sind. Manche Konflikte erscheinen theoretisch leicht lösbar, sind es in der Realität jedoch nicht, weil der Patient in den verschiedensten Zwängen steckt. Er kann z.B. seinen Arbeitsplatz nicht aufgeben, seine Firma nicht verkaufen, sich nicht scheiden lassen, seiner Schwiegermutter nicht aus dem Weg gehen, usw. ... Wenn all diese für eine Lösungsmöglichkeit wichtigen Gesichtspunkte in der Praxis nicht machbar sind, muß man versuchen, mit dem Patienten und vielleicht auch mit den in den Konflikt involvierten Angehörigen, Freunden,

Arbeitgeber, Bank, Behörden etc. eine zweit- oder drittbeste oder auch eine rein geistige Konfliktlösungs-Möglichkeit für ihn herauszufinden. Erst dann hat man einen Anhaltspunkt für eine spätere Prognose. Die meisten Konflikte wird man versuchen, zusammen mit dem Patienten einer Lösung zuzuführen. Die Ausnahmen, bei denen eine Konfliktlösung ausdrücklich vermieden werden muß, wurden bereits thematisiert, weitere Fälle werden auch im folgenden immer wieder dieses Problem ansprechen.

Merke:

Das wichtigste ist, den Patienten zu beruhigen: Die allermeisten überleben! Die Patienten müssen begreifen lernen, daß das, was man als „Krankheit“ angesehen hatte, eigentlich ein sinnvolles Geschehen ist, ein *Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm der Natur*. Etwas Sinnvolles, also im Prinzip Gutes, braucht man nicht zu bekämpfen, sondern muß es verstehen. Nur eventuelle Komplikationen müssen wir versuchen zu vermeiden. In einigen wenigen Fällen braucht oder darf der Konflikt nicht gelöst werden.

20.3 Die cerebrale Ebene: Verlaufsbeobachtung und Therapie cerebraler Komplikationen

Die Neue Medizin ist keine Teildisziplin, die sich z.B. auf die Conflictolyse beschränken und Komplikationen an andere Teildisziplinen delegieren könnte, sondern sie ist eine umfassende Medizin, die alle Schritte des Verlaufs eines SBS auch auf cerebraler Ebene im Auge behalten muß.

Eine präzise Verlaufsbeobachtung der cerebralen Vorgänge während beider Phasen der „Krebserkrankung“, jetzt Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm genannt, ist wünschenswert aber nicht conditio sine qua non! Da der cerebrale Verlauf ja synchron ist mit den psychischen und organischen Abläufen, kann man sie auch, wenn man erst eine gewisse Erfahrung im Umgang mit Hirn-CT Aufnahmen hat, einigermaßen erschließen.

Das Hirn-CT ist im Prinzip, mindestens hinsichtlich der Großhirn-Hemisphären, gut zu beurteilen, weil jede Massenverschiebung und Raumforderung an der Impression oder Verlagerung der Ventrikel oder Zisternen zu erkennen ist. So wenig ich Euch Faustregeln geben konnte über die optimale Methode der psychischen Therapie der Patienten, so gut kann ich Euch auf diesem Gebiet Faustregeln geben:

Ist der verantwortliche Konflikt bei dem Patienten noch aktiv, so sollte man in diesem Stadium, vor der Konfliktlösung, ein „Basis-Hirn-CT“ machen lassen.

- a) Die Basisuntersuchung ist wichtig für die Beurteilung der zurückliegenden Narben des Gehirns. Der Patient kann uns ja „nur“ seine Konflikte erzählen. Als was sie „eingeschlagen“ sind, welchen Biologischen Konflikt sie bei ihm ausgelöst haben, kann man nun auf dem Basis-CT sehen.
- b) Das Basis-CT ist wichtig für den späteren Vergleich, denn es hat ja oft noch kein Oedem, während die späteren CTs schon intra- und perifocales Oedem haben können.
- c) Das Basis-CT ist dazu ganz besonders wichtig, um zu sehen, ob man den richtigen Konflikt bei der Therapie „erwischt“ hat. Normalerweise weiß man das, sogar ohne CT. Aber es gibt da kritische Zweifelsfälle, besonders bei Rezidiv-DHS, da ist man glücklich, wenn man besagtes Basis-CT hat.
- d) Es ist für den Patienten wichtig, da er nun mal gerne etwas sehen möchte und man ihm hier auch echt demonstrieren kann, wie die Sache verläuft, um ihn zu beruhigen. Wenn der Patient merkt, daß sich der Arzt seiner Sache sicher ist und glaubt, sie im Griff zu haben, ist er beruhigt. Und die Panikvermeidung ist oberstes Gebot!

Ist der verantwortliche Konflikt bei dem Patienten schon gelöst, so ist ein Hirn-CT schnellstmöglich von Wichtigkeit:

- a) Die zu erwartende epileptische oder epileptoide Krise kann eine Komplikation machen, die man vorher abschätzen können sollte. Bei Herzinfarkten kann man den Herzinfarkt nach dieser Methode mit einem Plus oder Minus von 14 Tagen abschätzen, wenn man weiß, wann die Konfliktlösung war und wie das Hirn-CT aussieht.
- b) Bei Patienten, bei denen man über den Zeitpunkt der Konfliktlösung, der ja nicht so punktförmig ist wie das DHS, nicht ganz sicher ist, kann man von einem Hirnoedem überrascht werden.
- c) vom Hirn-CT sollte eine eventuelle medikamentöse Behandlung in der pcl-Phase abhängig gemacht werden.

Das Kontroll-CT gibt uns - neben der psychischen Verlaufskontrolle - Aufschluß über den Verlauf des Sonderprogramms. Diese Untersuchung ist fast einfacher als die der Organe, weil die Heilungsödeme am Organ oft nicht so problemlos zu beurteilen sind wie im Gehirn,

- a) Der Patient und der Arzt sind beruhigt, wenn sie den Verlauf des SBS abschätzen können, buchstäblich schwarz auf weiß. Besonders

- wichtig für den Patienten ist, wenn er den Umschlagpunkt hin zur Normalisierung erkennen kann und nun keine Gefahr mehr ist.
- b) Der Schwellungszustand des Gehirns gibt uns eine gute Beurteilungsmöglichkeit bei Dosierung von Cortison etc. mit dessen Hilfe wir die Oedembildung des Gehirns und der Organe abbremsen - mit dem Vorteil des verminderten Risikos, allerdings mit dem Nachteil der längeren Dauer der pcl-Phase des SBS.
 - c) Oftmals hat der Patient, besonders der ambulante, bei der nächsten Besprechung inzwischen schon wieder einen neuen Konflikt eingefangen, über den er nicht spricht, weil es vielleicht für ihn zu peinlich ist. Solche Dinge zu wissen, ist aber sehr wichtig. Man kann etwaige neue Herde bei Konfliktaktivität nur schwer auf einer Kernspin-Aufnahme finden, dafür aber mit dem Hirn-CT um so besser.

20.3.1 Richtschnur der Therapie: Der Code unseres Gehirns

Gleich vorgreifen möchte ich der Kritik religiöser Eiferer, die vielleicht behaupten werden, ich mache nun den Menschen zur Richtschnur, statt göttliche Gesetze, was immer die einzelnen Glaubensrichtungen darunter verstehen mögen. Das stimmt nicht oder nur halb. Der Mensch als ein Geschöpf Gottes hat seinen Platz innerhalb des ganzen göttlichen Kosmos. Dieser Platz ist ihm angewiesen durch den Code seines Gehirns.

Jedes Tierchen versteht diesen Code seines Gehirns, der bei ihm genauso angelegt ist wie beim Menschen. Kein Löwe schlägt mehr Beute als er für seine Sättigung benötigt. Der Mensch dagegen erfindet Atombomben, u.a. Massenvernichtungswaffen und kann mittlerweile unseren ganzen Erdball theoretisch mehrfach zerstören. Es muß also im Code gewisser Menschen oder Völker etwas passiert, zerstört sein, warum sie diese paranoid-megalomane, völlig widernatürliche Lebensart angenommen haben, die sie Zivilisation nennen, die aber im Code unseres Gehirns nicht vorgesehen ist, sondern eine Entgleisung darstellt.

Es ist auch gar nicht mehr möglich, hier zweigleisig zu fahren, also einerseits zivilisationsgerecht (oder dem, was wir unter Zivilisation verstehen), andererseits aber gleichzeitig auch bio- "logisch"-codegerecht zu leben.

Wie soll man denn einen Großvater therapiieren, der ein DHS erlitten hat, weil man ihn - zivilisationsgemäß - in ein Altersheim verfrachtet hat, wohin er nach dem Code seines Gehirns aber gar nicht hingehört. Die Gesellschaft erwartet, daß er dahingehend therapiert wird, daß er „angepaßt“ wird, also

altersheimtauglich gemacht wird. Wir müßten ihm also seinen Konflikt gegen seinen Code zu lösen versuchen, was sehr problematisch, um nicht zu sagen widernatürlich ist. Sicherlich gibt es Zwänge und Konstellationen, wo die codegerechte Lösung des Konflikts nicht realisierbar ist. Das hat aber mit dem Prinzip nichts zu tun. Der Weg zu einem neuen Bewußtsein eines codegerechten Verhaltens wird ein langer Weg sein.

Große Weltrevolutionäre und Reformer gehen meist davon aus, daß alle Menschen gleich seien, daß man nur beliebig ein optimales System erfinden müsse, um sie alle optimal gesellschaftlich dirigieren zu können. Das ist falsch gewesen! Zu dem Code in unserem Gehirn gehört auch die codegerechte Familie und Umgebung. Es kann einfach nicht sinnvoll sein, den Menschen nur als Einzelindividuum zu sehen, denn das programmiert die Konflikte mit unserem eigenen Code geradezu vor.

Sinn und Zweck der Erörterung war nun, daß Ihr gerade nicht mehr fragt, wie man denn nun ganz konkret die Therapie der Krebserkrankung machen soll. Der kluge charismatische Arzt wird ohnehin verstanden haben, was ich meine. Die blinden Mediziner werden es ohnehin nie verstehen. Fragt eine Mutter, wie sie den Kummer ihres Kindes heilt, sie wird ganz verblüfft antworten, sie wisse es nicht. Aber bisher sei es ihr noch immer gelungen, ihr Kind zu trösten und wieder fröhlich zu machen.

Wenn ich Euch unsinnigerweise Schemata an die Hand geben wollte, würden einfältige oder blinde Mediziner nur wieder neue, andere Schwierigkeiten bekommen, denn der Patient bleibt ja nicht im luftleeren Raum stehen, er denkt, fühlt und es arbeitet ja weiter in ihm. Man hat, wie schon erwähnt, auch keine Zeit, lange Therapiepläne aufzustellen. Schon die kriminalistische Aufspürung seines Konflikts, über den er bisher mit niemandem sprechen konnte, bringt oft allein schon den Stein ins Rollen. Die große Zeit der wirklichen Ärzte bricht wieder an, der begnadeten klugen Menschenkenner, die es früher bisweilen schon mal gab und die inzwischen in der sog. modernen Medizin völlig ins Hintertreffen geraten waren gegenüber den „Machern“, den Medizingenieuren, die sich ihren Unsinn auch noch vergolden lassen.

Ein praktisches Rezept kann ich euch gleichwohl mit auf den Weg geben: Bringe den Patienten niemals in Panik, er könnte daran sterben! Mit der Neuen Medizin braucht er keine Panik mehr zu haben. Er kann sehr gut verstehen, was da abläuft und ablaufen muß. Fast alle Patienten (95% und mehr) können ihre Krebserkrankung überstehen, wenn sie die Panik vermeiden. Viele der Patienten werden wieder mal einen neuen Konflikt erleiden und einen weiteren Krebs bekommen. Das ist sehr normal und das ist eben

das Leben. Aber das ist ja gar nicht so schlimm, wenn man einen klugen Arzt hat, der das auch als ganz normal ansieht.

Feste Schemata sind verboten. Sie werden der verschiedenartigen psychischen Situation und Konstellation nicht gerecht. Was für den einen sein Kanarienvogel, ist für den anderen vielleicht sein Schloß! Beide Konflikte oder Probleme sind von der gleichen Wichtigkeit und Wertigkeit. Nur der Dumme sieht das nicht. Aber dem Dummen Rezepte geben, wie er kluge Dinge tun soll, ist ein Unding.

Und wenn ich schon keine festen Regeln aufstellen kann, wie man bei einem Patienten „psychotherapeutisch“ vorgehen sollte, so kann ich bedauerlicherweise erst recht keine festen Regeln aufstellen, wie man die Angehörigen dieses Patienten oder seinen Firmenchef oder seine Arbeitskameraden therapieren sollte, damit die „mitspielen“. Es bleibt der Kunst und dem Fingerspitzengefühl der einzelnen Ärzte überlassen. Ihr werdet auf diesem Gebiet alle genügend Mißerfolge erleben, wie ich sie ebenfalls erlebe. Und oftmals, dem Himmel sei's geklagt, sind die Angehörigen überhaupt nicht daran interessiert, daß ihr Onkel, Schwager oder Vater am Leben gehalten und damit die ganze „Erbschaftsfrage“ nur noch weiter verzögert wird. Den Klugen erzähle ich ja nichts Neues. Es gibt Grenzen der Therapiemöglichkeiten!

20.4 Die organische Ebene: Therapie organischer Komplikationen

Wer von mir behauptet, ich sei gegen operative Eingriffe, der hat mich nicht verstanden. Ich habe selbst das sog. „Hamer-Skalpell“ erfunden, das 20mal so scharf schneidet wie ein übliches Skalpell. Ich bin dafür, alles in sinnvoller Weise anzuwenden, was dem Patienten helfen kann.

Bei fünf Dingen gingen die Chirurgen bisher von falschen Voraussetzungen aus:

1. Sie wußten nicht, daß der Krebs am Organ relativ unwichtig ist und durch Codeumschaltung im Gehirn automatisch zum Halten gebracht wird. Die Reste dieses Vorgangs, den wir Krebserkrankung nannten, sind für den Organismus biologisch von sehr untergeordneter Bedeutung. Sie stören das Wohlbefinden des Organismus prinzipiell in keiner Weise. Das haben die Symptom-Mediziner, zu denen die Chirurgen ja in erster Linie gerechnet werden müssen, bisher angeblich nicht gewußt.
2. Die Symptom-Mediziner haben auch nie etwas von den Zusammenhängen der Organe, die sie operiert haben, mit dem Computer Gehirn ge-

wußt. Sie haben ohne Kenntnis dieser Zusammenhänge in einfältiger Unbekümmertheit drauflos operiert und drauflos narkotisiert. Am einfachsten haben jedoch immer die Neurochirurgen ihre „Hirntumoren“ herausoperiert, die in Wirklichkeit zumeist geheilte oder in Heilung befindliche, relativ harmlose Hamersche Herde gewesen sind.

3. Von Psyche haben die Chirurgen ohnehin noch nie etwas gehört. „Ach, Herr Hamer, was soll denn der Knochen mit der Psyche zu tun haben?“
4. Die Chirurgen haben auch noch nichts von den vegetativen Vorgängen gehört, die im Zusammenhang mit der Krebserkrankung in ganz bestimmter Art verlaufen. Legen wir jetzt aber mal dieses Wissen zugrunde, so gibt es für einen Patienten, der an Krebs „erkrankt“ war, inzwischen eine Konfliktlösung erreicht hat, in dieser tiefen Vagotonie, in der er sich befindet, ein ganz gewaltiges Operationsrisiko durch die Narkose. Der Patient hat doch ein Hirnoedem, absolute Gegenindikation gegen eine Operation, die nicht lebensnotwendig ist, besonders, wenn der Hamersche Herd im Stammhirn liegt.
5. Ist aber der Patient noch in der konflikt-aktiven Phase, dann wächst der Krebs nach der Operation noch genauso wie vorher. Also ist auch in dieser Phase die Operation unnötig und kontraindiziert²⁸⁹, denn der Betreffende bekommt ja mit Sicherheit sein Rezidiv und eine neue Panik, wenn er plötzlich ein Rezidiv an der alten Stelle bemerkt.

20.4.1 Der Patient, Herr der Entscheidungen über alle Eingriffe an seinem Körper

Das Verständnis der Neuen Medizin sieht den Patienten als Partner, dem der Arzt seine Hilfe anbieten kann. Ich bin davon überzeugt, daß in Zukunft die allermeisten Patienten auf die Hilfe eines Chirurgen verzichten werden, wenn zur Debatte steht, ob man ihre harmlose Geschwulst abtragen soll oder nicht. Eine Operation in der vagotonen Heilphase ist ohnehin ein enormes Risiko, weil in dieser Phase eine besondere Neigung zu Eiterungen und Blutungen besteht. Die Gefahr von Komplikationen ist riesengroß. Wenn überhaupt, läßt man die Krebsgeschwulst erst nach Abschluß der Heilungsphase herausoperieren.

Da ja für die allermeisten Patienten keinerlei „Notwendigkeit“ zur Operation besteht, bin ich davon überzeugt, daß die wenigsten von ihnen unter diesen neuen Bedingungen eine Operation vornehmen lassen werden. Eine

²⁸⁹ Kontraindikation = Umstand, der die Anwendung eines Mittels oder Verfahrens verbietet

harmlose Geschwulst herausnehmen zu lassen gegen ein doch erhebliches Risiko, wird sich jeder vernünftige Mensch reiflich überlegen.

Ich schätze, daß in der Zukunft Geschwulstentfernungen nur noch etwa 10% von dem ausmachen werden, was sie heute ausmachen. Und selbst diese Operationen werden „harmlose Operationen“ sein, keine bombastischen Verstümmelungs-Operationen mehr mit Exzision²⁹⁰ „weit im Gesunden“, sondern nur Beseitigung mechanischer Hindernisse.

Zwar wird es noch eine Zeit dauern, bis diese tief in unser Bewußtsein eingehämmerte panische Angst vor Krebs und seine Hexenverbrennung einer ruhigen Betrachtungsweise gewichen ist, dies soll jedoch niemanden entmutigen.

Dagegen brauchen wir die „kleine Chirurgie“ für die Beseitigung kleiner Komplikationen: Eine Aszites-Dränage in die Vena femoralis beispielsweise, eine Perikard-Dränage in die Pleura u. dgl. sind wichtige kleine Eingriffe, die dem Patienten viel ersparen und die erst durch die neue Indikationsstellung sinnvoll werden. Wenn z.B. ein Aszites nicht mehr, wie bisher, als „Anfang vom Ende“ gilt, sondern als freudig begrüßtes Zeichen der Heilung, geht man eben ganz anders an eine Komplikation dieses guten Symptoms heran!

20.4.2 Alternative durch natürliche Krebsabtragung

Ich bin sehr stolz darauf, daß es mir als altem Medizinkriminalisten gelungen ist, herauszufinden, daß die Bakterien unsere kostenlosen hochspezialisierten Freunde und Helfer, unsere „Symbionten“ sind. Warum sollen wir uns ihre Hilfe nicht zunutze machen?

Die Abtragung eines Dickdarm-Karzinoms durch harmlose Tuberkel-Bakterien Typ Bovinus ist sicherlich viel ungefährlicher, weil natürlicher, als es eine gewaltige Bauchoperation ist. Außerdem fühlt sich der Patient dabei weitgehend wohl. Man müßte erst einmal Erfahrung sammeln mit dieser neuartigen biologischen Therapie. Jedenfalls wird die Indikation zu einer solchen „biologischen Operation“ auch sehr von der Lokalisation des Tumors abhängen, außerdem davon, ob er überhaupt - biologisch oder mechanisch - operiert gehört, z.B. weil er einen Darmverschluß machen könnte.

Zwei Schwierigkeiten müssen wir ehrlicherweise in Betracht ziehen:

²⁹⁰ Exzision = Ausschneidung von Gewebeteilen ohne Rücksicht auf Organgrenzen oder Gewebestrukturen

1. Durch die ignorante Nahezu-Ausrottung der Tuberkulose haben viele Menschen heutzutage überhaupt nicht mehr die Möglichkeit, einen Darmtumor biologisch-natürlich tuberkulös abzubauen. Solche Patienten müssen wir oft operieren.
2. Da die Tuberkel-Bakterien sich in der sympatheticonen Phase vermehren, würde es nicht genügen, den Patienten bei Diagnosenstellung ein paar Tuberkel-Mykobakterien zu verabreichen. Besonders dann nicht, wenn sie bereits in der pcl-Phase sind, in der sich die Mykobakterien nicht mehr vermehren können.

Wir werden neue Lehrbücher schreiben müssen, mit neuen Indikationen, weil wir nun von einer völlig neuen Basis ausgehen!

20.4.3 Ein Wort zu Bestrahlungen

Die sogenannte „Bestrahlungstherapie“ hatte das erklärte Ziel, den Krebsknoten oder die Krebsgeschwulst wegzubrennen. Diese rein symptomatisch orientierte Indikation entfällt ja jetzt. Trotzdem kann es gelegentlich mal einen rein mechanisch störenden Lymphknoten geben, an den man operativ nur mit einer großen Operation herankäme, den man aber elegant bestrahlen kann, so daß das mechanische Hindernis (z. B. beim sog. „Hodgkin“) beseitigt wird. Deshalb sollte man, bevor man alle Kobaltkanonen einmottet, noch eine stehen lassen für solche besonderen Fälle.

Ihr werdet selbst sehen, liebe Leser, wenn ihr meine Gedanken erst nachzuvollziehen gelernt habt, daß sie - wie sogar meine Gegner zugeben müssen - von einer unwiderlegbaren Logik sind. Natürlich fällt es zunächst schwer, so ziemlich alles über Bord zu werfen, zwei Drittel der teuren Krankenhäuser zu schließen, in denen Krebsverstümmelungs-Operationen durchgeführt und Nachbehandlungen usque ad finem die Regel waren. Jeder Patient war froh, wenn er einem solchen Horrorbau noch mal lebend entkommen war. Das muß sich ändern. Die Zeit der Medizin-Götzen ist vorbei. Ich läute eine neue Ära ein, die Ära der Neuen Medizin!

20.4.4 Probepunktionen und Probeexzisionen

Nach dem Verständnis der Neuen Medizin, daß immer an der gleichen Organstelle auch im Falle eines Krebses die gleiche histologische Formation angetroffen wird, erübrigen sich Probepunktionen und Probeexzisionen quasi vollständig. Nach unseren Erfahrungen wissen wir, daß das CCT einen sichereren Aufschluß über eine histologische Formation geben kann, als eine Probeexzision.

Bei einer Probeexzision im Falle eines Knochensarkoms ist diese fast immer der Anfang einer Katastrophe. Denn die unter Druck stehende Callus-Flüssigkeit bahnt sich ihren Weg durch das eröffnete Periost (die Periostnaht platzt) ins umliegende Gewebe und verursacht dort ein riesiges Sarkom. Hätte man keine Probeexzision gemacht, wäre das umgebende Gewebe äußerlich „nur“ geschwollen, weil zwar die Flüssigkeit durch das Periost austritt, aber nicht die Calluszellen. Dann hätten wir einen Vorgang, wie z.B. bei einem akuten Gelenkrheumatismus, der nach einer gewissen Zeit spontan wieder rückläufig ist.

Fatale Folgen kann eine Punktion z.B. dort haben, wo ein sog. kalter Abszeß, also z.B. ein Brustdrüsen-Karzinom in der pcl-Phase, durch die Punktion der Brust nach außen eröffnet wird. Dann kommt es zu übelriechendem tuberkulösen Ausfluß aus der Brust und so, wie derzeit die eröffnete in Heilung befindliche Osteolyse nur noch mit Chemotherapie eine Zeitlang an der Fortsetzung der Heilung, d.h. dem weiteren Auslaufen der Callus-Flüssigkeit gehindert wird und meist mit Amputation endet, so endet auch im Fall der punktierten Brust der Fall oft mit einer baldigen Amputation.

Probepunktionen und Probeexzisionen werden in Zukunft in der Neuen Medizin nur noch für ganz seltene Ausnahmefälle vorbehalten bleiben.

20.4.5 Ein Wort zu chirurgische Interventionen

Die derzeitigen Operationen sind zu einem Großteil sog. Krebsoperationen. Dabei richtet sich der Chirurg nach dem Urteil des Histologen, der einen Vorgang entweder als **gutartig** oder als **bösartig** deklariert. Nun wissen wir ja inzwischen, daß alle großhirnmarklager-gesteuerten Nekrosen in der Heilungsphase bisher sog. bösartige Tumoren machen (Lymphome, Osteosarkome, Nierenzysten, Ovarial-Zysten), nach der Neuen Medizin alles „Heilungs-Tumoren“, d.h. harmlose Zellvermehrungen, die man nur dann operieren darf, wenn sie mechanische Behinderungen machen oder für den Patienten psychisch unakzeptabel sind. Bei den althirn-gesteuerten Tumoren brauchen wir den Chirurgen derzeit noch, wie wir den Jäger im Walde brauchen, seit wir keine Wölfe mehr haben: Dabei ist genau zu differenzieren, wie groß z.B. der Darmtumor ist, wenn es zu einer Konfliktlösung kommen soll. Ist der Tumor noch relativ klein, dann kann man davon ausgehen, daß selbst im Falle des Nicht-Vorhandenseins von Tbc keine Komplikationen eintreten können. Ist der Tumor aber groß und kann er jederzeit einen mechanischen Darmverschluß machen, dann muß man sehr genau abwägen, ob man die Heilungsphase abwartet und hofft, daß möglichst bald eine Tuberkulose in das Heilungsgeschehen eingreift. Allerdings muß man

den Patienten darüber aufklären, daß dies ein Risiko darstellt, wie ja auch die Operation selbst. Der für eine chirurgische Operation sicherlich günstigere Fall ist, wenn der Patient noch in der ca-Phase wäre, denn in der pcl-Phase hat die Narkose durch die Vagotonie ein wesentlich höheres Risiko. Zu betonen ist hier, daß der Patient selbst der Chef des Verfahrens ist und wir ihm das Für und Wider sorgfältig erklären müssen.

In der Neuen Medizin gibt es inzwischen auch chirurgische Indikationen, auch negativer Art z.B. bei der Ovarial- und Nierenzyste, die etwa nach dem Rhythmus einer Schwangerschaft verlaufen und neun Monate brauchen bis sie induriert sind und die ihnen vom Organismus zugedachte Funktion übernehmen können. In diesen neun Monaten darf man nicht operieren, weil in dieser Zeit die Zysten an den übrigen Bauchorganen angewachsen sind, wo sie in Ermangelung eines eigenen arteriellen und venösen Blutgefäßsystems sich vorübergehend blutmäßig versorgen. Dieser biologische Vorgang wurde bisher als „bösertiges infiltrierendes Tumorwachstum“ fehlverstanden. Den Beweis lieferte man sich selbst mit, als diese infiltrierten „Tumoranteile“ doch den Rest der neun Monate weiterwuchsen und anschließend wiederum operiert werden mußten und damit als besonders „bösertig“ erschienen. Bei solchen vorschnellen Operationen mit dem Unverständnis der bisherigen Medizin operierte man gleich alle „infiltrierten“ Organe mit heraus, so daß das Abdomen anschließend oft nur noch ein Torso war. Über die Folgekonflikte dieser armen Patienten wollen wir hier erst gar nicht reden. Wartet man aber die neun Monate ab, dann wird man bei kleinen Zysten bis zu 12 cm möglichst gar nicht mehr operieren, denn diese Zysten erfüllen ja die Funktion der Hormonproduktion bzw. der Urinausscheidung wie es ja vom Organismus vorgesehen ist. Nur in extremen Fällen, wo diese Zysten starke mechanische Probleme bereiten, ist eine Operation nach Ablauf von ca. neun Monaten und Induration der Zyste indiziert. Eine solche Operation ist dann operations-technisch ein kleiner Eingriff, denn alle Adhäsionen²⁹¹ sind ja in der Zwischenzeit abgelöst und die Zyste von einer derben Kapsel umgeben.

²⁹¹ Adhäsion = Verklebung oder Verwachsung zweier Organe

20.4.6 Allgemeine Verhaltensregeln

Auch hier müssen wir unterscheiden zwischen konflikt-aktiver Phase (ca-Phase) und post-conflictolytischer Phase oder Konflikt-Heilungsphase.

a) ca-Phase:

Streng verboten sind Abmagerungskuren (obwohl es da sehr leicht fällt). Sie können tödlich enden.

Sehr gefährlich sind Aufregungen aller Art, weil jede Aufregung aus nichtigstem Grund eskalieren kann (wegen der schon bestehenden Sympathikotonie) und bei dem Patienten jederzeit die nächste „Sicherung“ durchbrennen, sprich, er ein neues DHS erleiden kann. Die Schwelle ist in dieser Phase stark herabgesetzt, so daß die Patienten besonders leicht eben zusätzlich erkranken können.

Beruhigungsmittel aller Art verschleieren nur das Bild und bergen in sich die Gefahr, daß aus einem akuten aktiven Konflikt ein subakuter²⁹² hängender Konflikt wird. Grundsätzlich braucht der Patient, um seinen Konflikt lösen zu können, Bedingungen, die seinem Hirn-Code entsprechen. Da unsere derzeitige Gesellschaft dem nicht Rechnung trägt, muß über kurz oder lang unsere Gesellschaft geändert werden. Grundsätzlich gilt: Das „Sich-Fühlen“ ist wichtiger noch als das „Sich-Sehen“ im rational verstandesmäßigen Sinne. Letzten Endes werden die Kranken wieder Kinder (regressive Verhaltensform). Der Patient kommt aus seinem Panik-Konflikt heraus, indem er sich beruhigt fühlt, genauso wie das Tier wieder aus dem Panik-Konflikt herauskommt, sobald es seinen schützenden Bau, sein Nest, seine Mutter, seine Herde, Rudel, Artgenossen oder dgl. fühlt oder spürt!

b) pcl-Phase:

Man sollte den Menschen raten, bei ihrer Mitkreatur in die Lehre zu gehen. Jedes Tier, das in der Heilungsphase ist, verhält sich ruhig, schläft viel und wartet gelassen ab, bis ihm die (normotonen) Kräfte wieder kommen.

Kein Tierchen würde in dieser pcl-Phase in die Sonne gehen ohne Not, denn sie haben ein Hirnoedem, und ihr instinktives codegerechtes Verhalten sagt ihnen, daß direkte Sonneneinstrahlung auf dieses Hirnoedem nur schlecht sein kann. Ich habe Patienten daran sterben sehen! Man kann ja die heiße Stelle des Hamerschen Herdes durch die Kopfhaut fühlen, heller Wahnsinn, einen solchen heißen Kopf auch noch in direkte Sonne zu legen!

²⁹² subakut = weniger akut, weniger heftig verlaufend

Kühlende Kompressen auf die heiße Stelle des Hamerschen Herdes sind genau das Richtige, besonders nachts, der ohnehin vagotonen Phase des Tagesrhythmus. Nachts leiden meine Patienten in der pcl-Phase am meisten, und zwar bis etwa 3 oder 4 Uhr, wenn der Organismus schon wieder auf Tagrhythmus umschaltet. Viele meiner Patienten haben sich deshalb - mit ganz gutem Erfolg - abends eine Tasse Kaffee machen lassen, um die Phase bis 3 Uhr mit Lesen zuzubringen. Danach konnten sie, bei „halbem Tagesrhythmus“ zwar nicht so fest, aber ganz gut schlafen. Diese Maßnahme hat aber nur bei sehr schwerem Hirnoedem Sinn, denn bei 90% der Fälle ist das gar nicht erst nötig, bringt ja auch Schwierigkeiten mit der sich dann langsam vollziehenden Tag/Nacht-Rhythmusumstellung. Aber wen es beruhigt, daß er sich während der tiefvagotonen Nachtzeit kalte Kompressen machen möchte, der soll es ruhig tun.

Das allererste, was die Patienten in der pcl-Phase lernen müssen, heißt:

Schlapp und müde ist gut, ist die Heilung, ist normal, verschwindet nach der Heilungsphase wieder von selbst!

Laut Schulmedizin liest sich das ganz anders: „Schlapp und müde ist eine schwere Kreislaufstörung, der Krebs hat schon den Kreislauf völlig zum Erliegen gebracht, das ist schon der Anfang vom Ende !“

Das zweite, was der Patient lernen muß, lautet:

Schmerzen und Schwellungen sind gute Zeichen der Heilungsphase.

Sie sind meist störend, unangenehm, oft auch schmerhaft, besonders wenn sie in Aszites oder Pleura-Erguß bestehen oder in Periost-Spannung durch Knochenmarks-Schwellung, aber sie sind kein Grund zur Panik und verschwinden nach einer gewissen Zeit genauso wie sie gekommen sind. Sie sind auf keinen Fall etwas Schlechtes, sondern sehnüchrig erwartete Zeichen der Heilung!

Laut Schulmedizin liest sich das so: Schmerzen und Schwellungen sind das sichere Zeichen des baldigen Todes eines „Krebspatienten“. Am besten fangen wir gleich bei den ersten Schmerzen mit Morphin an, dann braucht sich der Patient nicht zu quälen (und es gibt auf der Station kein langes „Theater“). „Herr Patient XY, wir können jetzt leider nichts mehr für Sie tun, aber quälen brauchen Sie sich natürlich nicht, wir haben da sehr gute Schmerzmittel! Nicht wahr, Schwester Mathilde, wir wollen damit nicht sparen, fangen wir gleich heute damit an!“

Jetzt versteht ihr vielleicht auch, liebe Leser, warum man nicht „zweigleisig“ fahren kann? Es ist ganz einfach sachlich falsch, was die sog. Schulmediziner da sagen. Scheinbar richtig wird es nur dadurch, daß der Patient mit Morphium wirklich stirbt, und dann hat der große dumme Chefarzt scheinbar wieder mal recht gehabt. Aber auch du und ich, lieber Leser, würden unter Morphium in ein bis zwei Wochen sterben, mit oder ohne Krebs!

Das Schlimme am Morphium und seinen sog. Derivaten (Abkömmlingen) ist ja, daß das Morphium, ein sympatheticon wirkendes Zellgift, die hirnigenen Schwingungen unseres Organismus so stark verändert, daß der Patient schon nach der 1. Spritze keinerlei Moral mehr hat und willenlos wie ein Kind nur noch nach der Morphiumspritzte verlangt. Und praktisch alle sog. „Krebspatienten“ bekommen früher oder später Morphium, spätestens, wenn sie unruhig werden oder Schmerzen haben, meist sogar gegen ihren Willen und meistens ohne ihr Wissen.

Aber der Patient will es auch oft gar nicht mehr genau wissen, nachdem ihn die „Keine-Chancen-mehr-Prognose“ des großen dummen Chefarztes mit einem letzten Keulenheib zu Boden geschlagen hat, buchstäblich Herr über Leben und Tod, wie einst die Großinquisitoren.

Die Folgen des Morphiums sind, daß der gesamte Organismus stillgelegt wird. Der Patient ist bald nicht mehr ansprechbar, ißt nichts mehr, der Darm steht still (Darmlähmung), nach wenigen Tagen ist er praktisch verhungert. Es macht sich noch nicht einmal jemand die Mühe, die Patienten über diese Folgen aufzuklären!

Wenn wir uns jetzt überlegen, daß dies alles nicht sein müßte und daß diese armen Menschen nur der Ignoranz der von falschen Voraussetzungen ausgehenden und sich als Herrgötter aufspielenden Chefärzte und Professoren zum Opfer gefallen sind, dann sträuben sich einem alle Nackenhaare, so wie sich dem Richter die Nackenhaare gesträubt haben, als ihm der Neuroradiologe der Universität Tübingen ins Gesicht sagte, er habe gar kein Interesse daran zu wissen, ob Hamer recht habe!

Nur der Schöpfer kann das Leben seiner Kreaturen beenden - durch den Tod. *Solange wir leben, haben wir alle, jeder Mensch, jedes Tier, jede Pflanze, das Grundrecht jeder Kreatur auf - Hoffnung!* Sich als Gott aufzuspielen und einem Mitmenschen die Hoffnung nehmen zu wollen, ist der schlimmste Frevel an zynischer Überheblichkeit und Dummheit. Sie alle haben ihren Patienten, die ihnen vertraut haben, aus Unverständ und Arroganz die letzte Hoffnung gestohlen!

20.4.7 Medikamente bei der Therapie

Die Medikamente symbolisieren vermeintlich den Fortschritt der modernen Medizin oder was man dafür hält. Viele Patienten bekommen täglich oft 10, ja 20 verschiedene Sorten Medikamente für und gegen alles mögliche. Ein Doktor, der keine Medikamente verschreibt, ist kein richtiger Doktor. Je teurer die Medikamente sind, desto besser scheinen sie zu sein.

Das war ein großer Bluff! Wie Umfragen immer wieder zeigten, nehmen Ärzte selbst grundsätzlich so gut wie nie Medikamente ...

Das Dümmste daran war, daß man immer geglaubt hat, die Medikamente würden lokal wirken. Das Gehirn hatte damit vermeintlich nichts zu tun! Als ob man einen Computer wie unser Gehirn „an der Nase herumführen“ könnte! So, als ob das Gehirn nicht bemerken würde, was die Zauberlehrlinge da mit ihren Infusionen, Spritzen und Tabletten herummurksen.

Dabei wirkt praktisch kein Medikament direkt auf das Organ, wenn man von lokalen Reaktionen des Darms bei oraler Einnahme eines Gifts oder Medikaments mal absieht. Alle anderen Medikamente wirken zentral d.h. also über das Gehirn auf das Organ ein! Im negativen Fall ist ihr „Effekt“ praktisch der Effekt, den die Vergiftung des Gehirns bzw. seiner verschiedenen Teile, auf organischer Ebene bewirkt.

Beispiel: Ich habe einmal auf einem Kardiologen-Kongreß einen Professor, der die Wirkung eines herzrhythmus-stabilisierenden Medikamentes auf das Herz beschrieb, gefragt, ob er denn sicher sei, daß das Medikament auch wirklich direkt auf das Herz wirke und nicht vielmehr auf das Gehirn, sprich, ob das Medikament auch auf ein transplantiertes Herz wirke. Darauf wußte der Professor keine Antwort und meinte, das sei noch nicht untersucht worden, das transplantierte Herz könne selbstverständlich nur mit Schrittmacher arbeiten!

Selbst Digitalis, Penicillin und Grippemittel wirken „nur“ auf das Gehirn! Außer Hormonen, Enzymen und Vitaminen wirken praktisch alle Medikamente via Gehirn! Z.B. stellte man sich bisher vor, daß Digitalis den Herzmuskel „sättige“. Wir wissen heute, daß es cerebral auf das Herz-Relais einwirkt.

Grundsätzlich ist zu sagen, daß man zur hilfreichen Unterstützung des Heilverlaufes jedes symptomatisch wirkende Medikament mit einbeziehen kann! Der Arzt der Neuen Medizin ist also nicht grundsätzlich medikamentenfeindlich, auch wenn er davon ausgeht, daß die meisten Vorgänge von Mutter Natur schon optimiert sind. Wir wissen, daß bei kürzerer Konfliktdauer und damit geringer Konfliktmasse die allermeisten Fälle keiner unterstützenden medikamentösen Therapie bedürfen. Es bleiben also nur die

Fälle, die in der Natur letal enden würden, derer wir uns aber aus ärztlicher Ethik besonders annehmen müssen.

Ins Blickfeld rücken dabei die kritischen Punkte in jedem Heilungsverlauf, die aber bei gewissen Konflikten und Sonderprogrammen besondere Aufmerksamkeit verlangen. Dies sind z.B. die epileptischen Krisen (siehe dazu auch das entsprechende Spezialkapitel) beim Links- und Rechtsherz-Infarkt, die pneumonische²⁹³ Lyse²⁹⁴, die hepatische Krise usw. Diese Krisen verlaufen derzeit noch zu einem hohen Prozentsatz tödlich. Auch in der Zukunft werden uns noch eine Reihe Patienten verloren gehen. Wir haben aber jetzt den Vorteil, daß wir schon *im Vorhinein* wissen, was uns erwartet und daher diesem erwarteten Geschehen schon im Vorfeld begegnen können. Es nützt uns auch nichts, zwar die Pneumonie-Häufigkeit verringert zu haben, dadurch, daß wir die Pneumonie jetzt Bronchialkarzinom nennen, wenn dann die Patienten am Bronchialkarzinom sterben. Wir haben die Krankheit dann nur umetikettiert.

Wenn wir aber genau wissen, wann wir mit der pneumonischen Lyse zu rechnen haben und was wir im Vorfeld machen können, um diesen im Prinzip notwendigen biologischen Vorgang günstig zu beeinflussen, z.B. mit Antibiotika und Cortison, dann ist das ein völlig neuer aber logischer Ansatzpunkt in der Neuen Medizin. Er ist es selbst dann, wenn gleiche oder ähnliche Mittel wie in der Schulmedizin eingesetzt werden, weil das Vorverständnis ein ganz anderes ist.

Beispiel: Wenn man bei einer Pneumonie weiß, daß der Konflikt, eine Revierangst, nur drei Monate gedauert hat, dann wissen wir, daß die pneumonische Lyse, also die epileptoide Krise im allgemeinen nicht tödlich verlaufen wird, selbst wenn man medikamentös gar nichts machen würde. Der Patient ist beruhigt, da auch der Arzt mit gutem Grund Ruhe ausstrahlt.

Hat aber der Konflikt 9 Monate oder länger gedauert, dann weiß der Arzt in der Neuen Medizin, daß es in der epileptoiden Krise um Leben und Tod des Patienten geht, wenn man nichts unternehmen würde. Er muß sich und den Patienten daher darauf vorbereiten, alle Kräfte des Patienten mobilisieren und alle medikamentösen Möglichkeiten ausschöpfen. Im Falle der Pneumonie würde man, wie auch schon früher, z.B. Antibiotika geben, man würde aber zusätzlich auch massiv Cortison einsetzen, was man bisher nicht getan hat und zwar unmittelbar vor der epileptoiden Krise, um den kritischen Punkt, der ja immer nach dem Höhepunkt der Krise eintritt, zu überstehen. Der kritische Punkt besteht darin, daß nach dem Höhepunkt der

²⁹³ Pneumonie = Lungenentzündung

²⁹⁴ Lyse = Lösung, Auflösung

Krise ja wieder eine Vagotonie einsetzt, die aber diesmal nicht ins vagotone Tal hinein, sondern aus ihm herausführen soll.

Für dieses Herumreißen des Steuers hat der Organismus, wie wir bereits wissen, die epileptische Krise einprogrammiert. In 95% der Fälle reichen die Hilfsmittel unseres Organismus aus. Die übrigen 5% sind diejenigen, die in der Natur unmittelbar im Anschluß an die - für diesen speziellen schweren Fall - unzureichende epileptoide Krise im vagotonen Hirnkomma (Hirnoedem) an Atemversagen sterben würden.

Weiteres Beispiel: Beim nephrotischen²⁹⁵ Syndrom wissen wir mit Hilfe der Neuen Medizin schon genau, um was es sich dabei ursächlich handelt: Nämlich um die pcl-Phase eines Nierensammelrohr-Karzinoms und Eiweißverlust durch Wundsekret im Bereich des tuberkulösen Verkästungsvorgangs. Jetzt wissen wir auch genau, was wir tun müssen: Wir müssen, wenn der Patient seinen Eiweißverlust durch orale Aufnahme von Eiweiß aus irgendeinem Grund nicht decken kann, durch Albumin-Infusionen²⁹⁶, die Hypoalbuminämie substituieren bis der Heilungsvorgang beendet ist.

Beim Aszites, der die pcl-Phase eines Peritoneal-Karzinoms darstellt, können wir den Patienten schon darauf vorbereiten, daß ein Aszites kommen wird, sobald er seinen Konflikt (Attacke gegen den Bauch) gelöst hat. Nun kann der Patient den Aszites als gutes Zeichen begrüßen, wie auch, sofern er zufällig Tbc-Bakterien hat, den obligaten Nachtschweiß und die subfebrilen Temperaturen, d.h. er stellt sich auf seinen Aszites ein wie auf eine Aufgabe, die er bewältigen kann.

20.4.7.1 Die zwei Gruppen von Medikamenten

Sehen wir von den reinen Rauschgiften, Narkotika und Tranquilitizern ab, so bleiben zwei große Gruppen von Medikamenten:

1. die Sympathicotonica, die den Stress verstärken,
2. die Parasympathicotonica oder Vagotonica, die die Erholungs- oder Ausruhphase unterstützen.

Da die sog. „Krebserkrankung“ (sprich SBS) sofern eine Lösung des Konflikts und damit eine Heilungsphase erreicht wird, ein vegetativ verschiedenphasiger Vorgang ist, kann ein und dasselbe Medikament nie „für Krebs“ oder „gegen Krebs“ sein. Ein Medikament kann deshalb entweder die Sympathicotonie unterstützen und die Vagotonie abbremsen oder umge-

²⁹⁵ Nephr- = Wortteil mit der Bedeutung Niere

²⁹⁶ Albumine = Proteine

kehrt. Ein Medikament kann nicht gleichzeitig in beide Richtungen wirken, da Sympathicotonie und Vagotonie diametral entgegengesetzt sind.

Zu der 1. Gruppe der Sympathicotonica gehört Adrenalin und Noradrenalin, Cortison, Prednisolon, Dexamethason und scheinbar so verschiedenen Medikamente wie Koffein, Thein, Penicillin und Digitalis und viele andere mehr. Im Prinzip kann man sie alle verwenden, wenn man den Vagotonie-Effekt abmildern und damit auch das Hirnoedem reduzieren will, das ja im Grunde etwas Gutes, im Übermaß aber eine Komplikation ist.

Zu der 2. Gruppe gehören alle Beruhigungs- und krampflösenden Mittel, die die Vagotonie verstärken oder die Sympathicotonie abmildern. Die Verschiedenartigkeit der Sympathicotonica und Vagotonica liegt darin, daß sie im Gehirn an speziellen Stellen besonders angreifen, an den anderen weniger oder kaum. Das war es ja auch, was die Pharmakologen²⁹⁷ dazu verleitet hat zu glauben, die Wirkstoffe würden auf ein Organ direkt wirken. Man kann das dadurch nachweisen, daß man ein Organ von der Blutversorgung vorübergehend an einen anderen Kreislauf anschließt. Wenn man dann das entsprechende Medikament in das Blut und damit in das Gehirn gibt, reagiert das nur blutmäßig abgekoppelte, nervös aber nach wie vor an das Gehirn angeschlossene Organ genauso, als wenn es an den Originalkreislauf angeschlossen wäre. Wir wissen auch, daß auf das transplantierte Herz überhaupt nichts wirkt, da die Leitungen zum Gehirn ja durchtrennt sind!

20.4.7.2 Ein Wort zum Penicillin

Penicillin ist ein sympathictones Zytostatikum. Die Wirkung, die es auf Bakterien hat, ist unbedeutend und nebensächlich gegenüber der Wirkung, die es auf das Oedem des Stammhirns hat. Deshalb kann man es in der pcl-Phase zur Abminderung des Stammhirn-Oedems einsetzen, dagegen ist es dem Cortison²⁹⁸ in den übrigen Hirnbereichen unterlegen (mit Ausnahme des Großhirnmarklagers, der sog. „Luxusgruppe“). Es soll deshalb die Bedeutung der Entdeckung des Penizillins und der übrigen sog. Antibiotika nicht geshmälerert werden. Nur ist diese Entdeckung unter ganz falschen Prämissen und Vorstellungen erfolgt. Man hatte sich immer vorgestellt, daß die Zerfallsprodukte der Bakterien als Toxine wirken und das Fieber bewirken

²⁹⁷ Pharmakologie = Wissenschaft von den Wechselwirkungen zwischen Arzneistoffen und Organismus

²⁹⁸ Cortison = ist das synthetische Mineralocorticoid 17α-Hydroxy-11-dehydro-Kortikosteron entsprechend dem natürlichen Hormon, das man Corisol oder Kortisol nennt (17α Hydroxy-Corticosteron oder Hydrocortison ($C_{21}H_{30}O_5$)).
1mg Dexamethason=5mg Prednisolon=25mg Prednison=100mg Cortison..

würden. Man braucht also nur die bösen kleinen Bakterien abzutöten, um auch die bösen Toxine zu vermeiden.

Das war ein Irrtum! Richtig ist, daß Fleming „versehentlich“ glücklicherweise einen aus Pilzen gewonnenen Stoff entdeckt hat, der das Stammhirn-Oedem abgemindert hat. Wie jedes Zytostatikum und Antioedematicum werden bei solchen Wirkungen auch die Bakterien in Mitleidenschaft gezogen, unsere fleißigen Freunde, die vorübergehend entlassen werden, weil ihre Arbeit auf einen späteren Zeitpunkt - mit weniger dramatischem Verlauf - verschoben worden ist.

Wie Penicillin und die übrigen Antibiotika, so wirkt auch jedes Zytostatikum deprimierend auf die Hämatopoese²⁹⁹, was sich bei der „frustranen“ vermeintlich notwendigen Behandlung der Leukämie, der Heilungsphase des Knochenkrebs, so verheerend auswirkt.

20.4.7.3 Empfohlene Dosierung für Prednisolon

Etwa 5 bis maximal 10% der Patienten benötigen in der Heilungsphase eventuell Medikamente. Allerdings darf man diese Entscheidung jeweils erst treffen, wenn man sich durch das CCT davon überzeugt hat, daß es wirklich nicht nötig ist. Ist man sich nicht sicher, sollte man in den ersten 8 Wochen nach Conflictolyse täglich 2 mal 4 mg Prednisolon retard³⁰⁰ geben oder ca. 1/5 der Dosis an Dexamethason, und zwar am späten Vormittag und am Abend je 4 mg Prednisolon oder je 1 mg Dexamethason. Irgendwelche Nebenwirkungen bei dieser Dosierung sind über diesen Zeitraum nicht zu erwarten. Nach 8 Wochen kann man auf 1 mal 4 mg Prednisolon retard zurückgehen.

Bei den Patienten, die entweder ein Stammhirn-Oedem haben oder mehrere Karzinome hatten, die alle auf einmal gelöst wurden oder bei denen ein Konflikt lange angedauert hatte, sollte man 4 mal 4 mg Prednison³⁰¹ retard oder 4 mal 1 mg Dexamethason³⁰² retard geben über den Tag verteilt, notfalls 5 mal 4 mg, also insgesamt 20 mg pro Tag, z. B. morgens 1 mal 4 mg, mittags 2 mal 4 mg und abends nochmals 2 mal 4 mg. Die Patienten, die mehr als 20 mg Hydrocortison benötigen, sollte man möglichst unter klinischer Kontrolle behandeln.

Neben der Cortison-Basisbehandlung können alle Sympathicotonica möglich und indiziert sein, einschließlich Penicillin und sonstigen Antibiotika,

²⁹⁹ Hämatopoese = Blutbildung

³⁰⁰ retard = verzögern

³⁰¹ Prednison = 1,2 Dehydrokortison

³⁰² Dexamethason = 9α-Fluor-16α-Methyl-Prednisolon

alle abschwellenden Mittel wie Antihistaminica und Antiallergica, Kopfschmerz- und Migränemittel und dgl.. Jedoch kann man eine Menge Medikamente sparen, wenn man kühle Kompressen, kalte Duschen oder bei kühllem Wetter einen Spaziergang mit unbedecktem Kopf dafür einsetzen kann. Auch Schwimmen im kühlen Wasser ist sehr gut, nicht dagegen Sauna. Ein Saunabesuch kann sehr leicht zum zentralen Kollaps führen, ähnlich wie ein Sonnenstich. Das einfachste Medikament ist eine Tasse Kaffee öfter mal am Tag.

Alle diese Empfehlungen gelten, wohlgemerkt, nur für die vagotone Phase *nach* der Konfliktlösung. Komplizierter wird die Sache, wenn ein aktiver Flüchtlings-Konflikt miteinhergeht oder hinzutritt (siehe Kapitel „Syndrome“), denn dann herrscht „Misch-Innervation“ mit unverhältnismäßig großen Oedem - am Organ und im HH des Gehirns.

20.4.7.4 Ein Wort zur zytostatischen Chemo-Pseudotherapie

Es handelt sich hierbei nach meinem Verständnis um eine idiotische, rein symptomatische gefährliche Pseudotherapie, die nur möglich war durch die Unkenntnis der Gesetzmäßigkeiten der Neuen Medizin. Die Chemo-Pseudotherapie ist allenfalls erscheinungsmäßig erfolgreich (auf Kosten des Knochenmarks), indem sie Heilungsphasen-Symptome großhirn-gesteuerter Organe ausschalten kann. Dies wird erkauft mit mehreren verhängnisvollen Wirkungen: Die eine ist die, daß man die Chemo nun immer fortsetzen zu müssen glaubt, um das Zurückkehren der Heilungssymptome zu verhindern, was natürlich auf eine Phtise³⁰³ des Knochenmarks und den sicheren Tod des Patienten hinausläuft.

Die zweite noch größere Gefahr ist, daß man mit jeder Chemorunde das Hirnoedem zurückdrängt und damit den gefährlichen Ziehharmonika-Effekt provoziert. Durch die Chemo-Pseudotherapie, ebenso wie durch die Bestrahlungs-Pseudotherapie, wird die Elastizität der Synapsen der Hirnzeilen radikal herabgesetzt, was wiederum ihre Toleranz für Hirnoedem in der Heilungsphase stark herabsetzt, sie reißen und können zum zytostatikabedingten apoplektischen Hirntod des Patienten führen.

20.4.7.5 Empfehlung bei Konfliktrezidiv oder neuem DHS

Es ergibt sich logisch und konsequent, daß im Falle eines Rezidiv-DHS, also wenn der Patient wieder in Sympathicotonie ist, das Cortison sofort kontraindiziert ist. Ihr könnt also nicht einem Patienten sagen: „Schauen Sie

³⁰³ Phtise = Schwinden des Knochenmarks mit Stillstand der Blutbildung

mal in drei Monaten wieder herein", ohne ihn auf diesen Umstand ausdrücklich aufmerksam gemacht zu haben. Nimmt er nämlich weiter sein Cortison, so verstärkt das noch den Konflikt in puncto Konfliktintensität. Andererseits sollte der Patient aber das Cortison auch nicht auf einen Schlag absetzen, sondern man sollte es innerhalb weniger Tage in diesem Falle „ausschleichen“. Am besten ist natürlich, der neue Konflikt wird sofort wieder gelöst und die Medikation kann bleiben wie bis dahin.

Grundsätzlich muß man jedem Patienten genau erklären, daß diese Medikamente, die er bekommt, nicht etwa eine „Behandlung“ des Krebs darstellen, sondern nur ein Abmildern des Hirn- und Körperödems bewirken sollen, also eine Vorsichtsmaßnahme zur Verhinderung von Komplikationen bei der Selbstheilung des Gehirns und des Körperorgans.

20.4.7.6 Ausschleichen des Cortisons, evtl. mit Hilfe von ACTH

Man sollte das Cortison möglichst nie abrupt absetzen. Das ist keine Neuigkeit, das weiß jeder Arzt. Es empfiehlt sich, am Ende der Behandlung ein Depot-ACTH (Adreno-cortico-tropes Hormon) zu spritzen. Diese Maßnahme ist nur nötig, wenn der Patient höhere Dosen Cortison bekommen hatte. Bei neuem DHS oder Rezidiv-DHS sollte sehr rasch ausgeschlichen werden, sofern es nicht möglich ist, den Konflikt rasch zu lösen.

20.4.7.7 Die epileptische Krise

Jeder Patient in der pcl-Phase macht eine mehr oder weniger ausgeprägte epileptische oder epileptoide Krise durch. Diese epileptischen oder epileptoiden Krisen sind ja auch im Prinzip sinnvolle biologische Vorgänge. Einen solchen Vorgang immer therapiieren zu wollen, ist an sich unsinnig, denn er hat eben eine sinnvolle Funktion. Es kann sogar effektiv schlecht für den Patienten sein, wenn man in diese natürlichen Vorgänge unbiologischerweise einzutragen versucht. Dies gilt für ca. 95% der Fälle.

Es bleiben die 5%, die normaler- und biologischerweise in dieser epileptischen oder epileptoiden Krise sterben würden. Aber auch um diese Patientenfälle, die z.B. 1 Jahr oder mehr Revier-Konflikt gehabt haben und biologischerweise ihren Konflikt gar nicht mehr lösen dürfen und auch instinkтив meist gar nicht mehr lösen würden, müssen wir uns als Ärzte bemühen. Diese Patienten möchten genauso gerne weiterleben wie wir selbst.

Die medikamentöse Therapie ist hierbei sehr schwierig, weil wir im Prinzip gegen die Natur arbeiten müssen. Zwei Momente sind zu beachten:

1. der Patient stirbt in den Fällen mit schweren Konflikt-Verläufen nicht in der epileptischen oder epileptoiden Krise, sondern unmittelbar danach, in dem er in die tiefe Vagotonie abgleitet. Dies wollen wir medikamentös mit Cortison (Prednisolon oder Dexamethason) verhindern.
2. geben wir das Cortison schon während der epileptischen oder epileptoiden Krise, dann bewegen wir uns auf einer Grat-Wanderung, wenn wir nicht zu früh aber auch nicht zu spät das Cortison geben, normalerweise in Form einer Injektion.

Wenn man auf „Nummer sicher“ gehen will und die Verstärkung der Symptome bewußt in Kauf nimmt, spritzt man das Cortison gegen Ende der Krise. Als Initial-Dosis spritzt man

- a) nach der epileptoiden Krise 100 mg Prednisolon oder 20 mg Dexamethason i.v.
- b) gegen Ende der epileptoiden Krise nur 20-50 mg Prednisolon i.v., den Rest i.m., bzw. 4-8 oder 10 mg Dexamethason i.v., den Rest i.m.

Immer muß man sich dessen bewußt sein, daß es ein Versuch ist, der keineswegs sicheren Erfolg verspricht, eben, weil er im Prinzip gegen die Natur arbeitet. Ich will auch keineswegs behaupten, daß man dieses Schema nicht unter klinischen Bedingungen noch verbessern könnte. Nach meiner bisherigen Erfahrung kann man mit dieser Methode noch ca. die Hälfte der „biologischen Todeskandidaten“ das Leben retten.

Wichtig ist, daß man den Cortison-Spiegel eine Zeit lang aufrecht erhält, das heißt nach 3-6 Stunden jeweils 20-25 mg Prednisolon oder 4-5 mg Dexamethason nachspritzt oder ein Prednisolon-retard-Präparat peroral gibt, wenn man sicher ist, daß es auch resorbiert wird.

Weiter ist noch wichtig zu wissen, daß es, gerade unter der Cortison-Medikation, besonders leicht epileptische „Nachbeben“ gibt, die es auch physiologischer Weise geben kann. Hier gilt das gleiche wie oben ausgeführt.

Weiter ist wichtig zu wissen, daß der „Nur-Myokard-Infarkt“, d.h. die epileptische Krise des Myokards ohne Koronar-Beteiligung weit geringere Cortison-Dosen benötigt, denn dort besteht, obwohl wir uns das bisher anders vorgestellt hatten, nicht die Gefahr eines Herz-Stillstandes. Man sollte deshalb möglichst schon im Vorfeld EKG, Hirn-CT und Herz-CT gemacht haben sowie entsprechende Laborwerte (CPK etc.).

Bei der epileptoiden Krise der Leber-Gallengänge hat sich nach meiner Erfahrung Cortison nicht bewährt. Dagegen sind bisher viele Patienten unnötigerweise am hypoglykanischen Schock gestorben. Man sollte also hier sehr

sorgfältig auf den Blutzucker-Spiegel achten. Grundsätzlich meine ich, daß solche schwierigen Fälle in die stationäre Behandlung einer Intensivabteilung der Neuen Medizin gehören.

In den bisherigen Herz-Intensivabteilungen sterben sehr viele Patienten, weil man die Zusammenhänge nicht kennt. Außerdem ist dort der Rechts-herz-Infarkt mit Lungenembolie (ca-Phase: Koronarvenen-Ulcera und Collum- oder Muttermund-Ca) bei sexuellem Konflikt der rechtshändigen Frau oder Revier-Konflikt des linkshändigen Mannes dort als solcher unbekannt.

Diese Therapie, dessen bin ich mir bewußt, kann nur richtunggebend sein. Sie erhebt nicht den Anspruch, nicht weiter optimiert werden zu können. Auch über das Cortison oder ACTH ist noch nicht das letzte Wort gesprochen. Vielleicht gibt es bessere Sympathicotonica ohne die Nebenwirkungen des Cortisons. Eine der Nebenwirkungen scheint zu sein, daß der Organismus bei über 20-25 mg Prednisolon (4-5 mg Dexamethason) die Eigenproduktion des Cortisols (= natürliche Cortison) einstellt. Deshalb darf ja auch nicht, was jeder Mediziner weiß, da Cortison, sofern es länger als 8-10 Tage gegeben wurde, einfach abrupt absetzen, was ein Kunstfehler wäre, sondern man muß es „ausschleichen“, d.h. es langsam absetzen.

20.4.7.8 Ein Wort zu Schmerzen und morphinhaltigen Schmerzmitteln

Bekam ein Patient bisher vom Histologen die Diagnose „bösartig“, dann durfte der Arzt ihm bei dem leitesten Anzeichen von Schmerzen Morphin oder ein Morphinnderivat geben. Man nahm und nimmt hierbei leichtfertig die Nebenwirkungen des Morphiums in Kauf, wie Suchtwirkung, Atem-suppression³⁰⁴, Darmlähmung u.a. Daher ist die Gabe von Morphin immer eine Einbahnstraße, im Prinzip eine Tötung auf Raten. Die Tragik ist, daß die Patienten meistens nur dann Schmerzen bekommen, wenn sie schon in der Heilungsphase sind und die Schmerzen im Regelfall zeitlich begrenzt sind. Dies ist der Fall bei Knochen-Osteolysen in der pcl-Phase, die einen starken Periost-Dehnungsschmerz machen, der zu den gefürchtetsten Schmerzen in der Medizin gehört. Mit der Neuen Medizin können wir nun genau differenzieren, zu welcher Phase der Erkrankung der Schmerz gehört, von welcher Qualität er ist, wie lange er dauern wird usw. Wenn man z.B. einem Patienten sagen kann, dieser Knochenschmerz werde etwa 6-8 Wochen dauern, danach sei der Knochen ausgeheilt, dann habe ich noch nie

³⁰⁴

Suppression = Unterdrückung

einen Patienten erlebt, der nach Morphin verlangte, selbst wenn man es anbot.

Der Patient macht sich ein *mentales Programm*. Er bereitet sich innerlich auf die Schmerzphase wie auf eine schwere Arbeit vor. Wir helfen ihm, sich abzulenken, das funktioniert nur in extremen Ausnahmefällen nicht. (Z.B. kann es sein, daß mehrere Knochenstellen entkalkt waren, die jeweiligen zugehörigen Selbstwert-Konflikte aber nicht im gleichen Takt gelöst werden, sondern einer nach dem anderen. Da kann es dann zu kritischen Situationen kommen).

Ich denke hier auch an Kabarett, Witzemacher, lustige Filme, Chorsingen, Schwimmen, wie auch äußere schmerzlindernde Anwendungen, Akupunktur, Massagen etc.

Wichtig ist zu wissen, daß das Morphium sogleich schwerste mentale und cerebrale Veränderungen hervorruft, die die Moral des Patienten sofort zerstören, so daß er von da ab überhaupt keinen Schmerz mehr ertragen kann. Da der Schmerz etwas Subjektives ist, empfinden die Patienten jeweils bei nachlassender Wirkung des Morphiums ein Vielfaches an Schmerzintensität, als wenn sie gar nicht erst Morphium genommen hätten. Bekanntlich müssen die Morphiumdosen deshalb fortlaufend erhöht werden. Der Patient stirbt den Morphiumtod, d.h. der Darm steht still, der Patient verhungert und verdurstet letztlich.

20.5 Zusammenfassung

Die wichtigsten Grundlagen der Therapie in der Neuen Medizin sollen im folgenden kurz zusammengefaßt werden.

1. Grundlage: Niemals etwas raten, was man bei sich selbst nicht machen würde! Wenn Ihr Ärzte und Therapeuten doch nur diesen einfachen Grundsatz befolgen würdet! Ihr selbst nehmt für Euch oder Eure Familie jahrzehntelang keine einzige Pille, den Patienten dagegen verschreibt man es gleich waggonweise. Ihr Ärzte selbst nehmt so gut wie nie Chemo oder Morphium ...
2. Grundlage: Die Neue Medizin ist eine strenge logisch-kohärente³⁰⁵ Naturwissenschaft, gleichzeitig aber auch die menschlichste und verantwortungsvollste aller Wissenschaften, für Patient und Arzt gleichermaßen gut verstehbar. Sie begründet sich

³⁰⁵ kohärent = zusammenhängend

einzig auf 5 Biologische Naturgesetze - im Gegensatz zur bisherigen Medizin. Durch das Vertrauen, das der „Chef Patient seinem Arzt oder Therapeuten durch die Beichte seiner tiefsten Ängste, Sorgen und Konflikte entgegenbringt, ergibt sich eine zutiefst menschliche und beglückende gemeinsame Basis die zwangsläufig von einer selbstverständlichen Redlichkeit getragen wird. Der Arzt oder Therapeut wird sich nach allen Kräften darum bemühen, sich des Vertrauens, das ihm entgegengebracht wurde, würdig zu erweisen. Der Arzt wird dadurch außerdem angespornt, ein wahrer Meister seines Faches zu werden, damit er seinem „Chef die bestmöglichen Informationen und Ratschläge geben kann.

3. Grundlage: 95% der Patienten überleben, wenn sie verstehen lernen, daß es sich bei den sog. „Krankheiten“ nicht um „bösertige Entgleisungen“ der Natur handelt, sondern um Sinnvolle Biologische Sonderprogramme, deren biologischen Sinn, deren Dauer und deren Verlauf man verstehen, abschätzen und vorausberechnen kann. Dadurch fällt die Panik weg! Über sinnvolle biologische Dinge kann man ruhig und ohne Panik reden!

Wie US-amerikanische Biostatistiker³⁰⁶ kürzlich herausfanden, hat die Schulmedizin nicht nur in der Therapie der letzten 25 Jahre versagt, sondern trotz Milliardenaufwand sogar einen Anstieg der Krebssterblichkeit produziert.³⁰⁷ Vor dem Hintergrund dieser Katastrophe den Patienten weiterhin die Neue Medizin als echte Alternative vorzuenthalten, ist verbrecherisch.

4. Grundlage: Wir Ärzte haben unsere Patienten bisher als „Dummchen“ betrachtet, die von Medizin ja keine Ahnung haben. Das wird sich grundlegend ändern. Die Patienten sind nicht dümmer als die Mediziner, sondern haben nur etwas anderes gelernt. Die Logik der Neuen Medizin ist aber für sie in einem Vormittag zu erlernen. Die Details sind im Zeitalter der Computer kein Problem mehr. Jenseits aller weltan-

³⁰⁶ Biostatistik = Biometrie ... Wissenschaft von der Theorie und Anwendung mathematischer Methoden in Biologie und Medizin

³⁰⁷ Quelle: Bailar u. Gornik, New England Journal of Medicine, Mai 1997

schaulichen Thesen bzw. Hypothesen muß der Patient biologisch denken und verstehen lernen.

20.6 Das ideale Krankenhaus

Die Geborgenheit eines jungen Säugetiers ist seine Mutter. Die Geborgenheit eines Kindes ist sein Nestgefühl, seine vertraute Umgebung. Die Geborgenheit eines kranken Menschen muß ein beglücktes Sich-wohl-Fühlen sein. Unsere heutigen Krankenhäuser sind Folter- und Sterbeanstalten, von Wohl fühlen kann da keine Rede sein.

Das muß nicht so sein!

Für das Geld, was ein Patient heute in einem kümmerlichen Kreiskrankenhaus für einen Tag stationären Aufenthalt bezahlt, könnte er in einem Grand Hotel wohnen mit zwei eigenen Bediensteten oder auch in einem Luxussanatorium allererster Gütekasse mit einer eigenen Krankenschwester.

Meine Patienten brauchen weder das eine noch das andere. Sie brauchen ein Zuhause der Wärme und Geborgenheit, wo sie sich im wahrsten Sinne des Wortes „wie zu Hause“ fühlen können. Das ist das Fundament einer psychischen Therapie, wenn der Patient stationär beobachtet oder behandelt werden muß. Zu der großen Beruhigung, in die der Patient hineinkommen soll, gehört aber auch, daß dort, wo er ist, eine kleine Intensivabteilung ist - für unvorhergesehene oder auch vorhergesehene oder vorhersehbare Komplikationen organischer und cerebraler Art. Eine solche Intensivabteilung sollte auch ausgerüstet sein mit einem eigenen Computer-Tomographen, damit nicht auswärtige Mediziner mit ihren Panik verbreitenden Prognosen in den Gang des Geschehens eingreifen können. Das tägliche Blutabnehmen für irgendwelche sinnlosen Kontrollen entfällt weitgehend. Trotzdem sollen die Patienten auch an internationalem Standard gemessen, optimale ärztliche Diagnostik erhalten. Das ist ohne Schwierigkeiten möglich, denn diese verrückte Teufelsjagd nach den „bösen Metastasen“ fällt ja fort. Ein Patient, der sich wohlfühlt, guten Appetit hat, gut schläft, der ist genauso gesund wie der Dackel von nebenan, der auch gut ißt, gut schläft, fröhlich bellt und mit dem Schwanz wedelt.

Das Wichtigste sind die Krankenschwestern, die „Schwestern des Kran- ken“ und „ärztlichen Freunde“ des Patienten. Es ist jeweils wohl nicht immer möglich, eine große Familie zu bilden, wie wir sie immer hatten, wenn ich wieder einmal für drei Monate versucht habe, mein Ideal von „Haus Freunde von DIRK“ zu verwirklichen. Das letzte Mal versuchte man mich deshalb wegen Verstoßes gegen die Gewerbeordnung abzustrafen. Die

„Häuser der Freunde von DIRK“ müssen aber allen Schwierigkeiten zum trotz eröffnet werden, sie sind einfach notwendig. Oftmals haben nur Patienten schon gesagt, es sei die schönste Zeit ihres Lebens gewesen, die sie in einem solchen Gesundungshaus verbracht hatten. Die Krankenkassen haben immer boykottiert. Wer den Tagessatz des „Hotels“ bezahlen konnte, bezahlte ihn. Wo einer nicht bezahlen konnte, sammelten wohlhabendere Leute für ihn. Wir waren wie eine große Familie, ohne Panik. Jeder half mit, wenn ihm danach zu Mute war und ruhte sich aus, wenn er müde war. Zu den Mahlzeiten kamen alle nach Möglichkeit zusammen. Wer nur liegen konnte, ließ sich im Bett an die lange gemeinsame Frühstückstafel fahren. In keinem Hotel wurde je so viel und so herhaft gelacht wie in unserem „Haus Freunde von DIRK“.

Wichtig ist weiter, daß die Patienten ihre Angehörigen mitbringen dürfen, wie sie möchten. Wenn ihnen das für ihr Wohlbefinden wichtig ist, sollte es ermöglicht werden. Solche Angehörigen stören überhaupt nicht. Sie sind meist die positive Auslese von Familienangehörigen.

Das sogenannte Personal kann man nicht sorgfältig genug auslesen, einschließlich der Ärzte. Man sollte sich vorstellen, ob man von dieser Krankenschwester, diesem Arzt oder dieser Putzfrau selbst gerne gepflegt würde, wenn es einem sehr schlecht ginge. Wenn aber der „Geist des Hauses“ in Ordnung ist, macht man oft erstaunliche Feststellungen: Fast jeder Mensch hat irgendwo ganz starke Seiten und wartet oftmals nur darauf, sie einmal zur Geltung bringen zu dürfen. Solche Menschen entwickeln dann oftmals ganz erstaunliche Fähigkeiten, die ihnen niemand zugetraut hätte. Ich erinnere mich an einen Witzemacher vom Dienst, der selbst die trübsinnigsten Leute zu Tränen des Lachens bringen konnte. Ein Frühstück ohne ihn war kein Frühstück. Eine Patientin kochte leidenschaftlich gern Suppen. Und ihre größte Freude bestand darin, wenn allen ihre Suppe schmeckte. Sie schmeckte auch wirklich ausgezeichnet. Schließlich gab es kein Mittagessen mehr ohne Genevieve's Suppe. Bald arbeiteten alle begeisterten Patienten einmal mit an der Suppe, die täglich auf das Köstlichste variiert wurde. Schließlich wurde der Andrang der begeisterten Patienten-Köche so groß, daß wir eine zweite Staffel bilden mußten, die für den Abend kochen durfte, aber natürlich nur unter Aufsicht von Genevieve.

Einmal sah ich einen Fabrikanten aus Frankreich, der von Genevieve für würdig befunden worden war, von seinem eigenen Geld für ihre und unsere Suppe einkaufen zu dürfen, mit einem riesigen Korb voller Zutaten in der Küche verschwinden. Als ich später einen Blick in die Küche warf, sah ich, daß er sogar zur Belohnung für würdig befunden worden war, die Suppe

röhren zu dürfen. Von allen Frauen beneidet ob solcher Ehre, stand er da in einer Küchenschürze und rührte versonnen in dem riesigen Suppentopf.

Ein Patient war von Beruf Kraftfahrer. Seine größte Freude bestand darin, wenn er irgendwen irgendwohin fahren durfte. Und jeden Abend waren seine Passagiere des Lobes voll. Er strahlte wie ein Weihnachtsbaum, und alle waren es zufrieden.

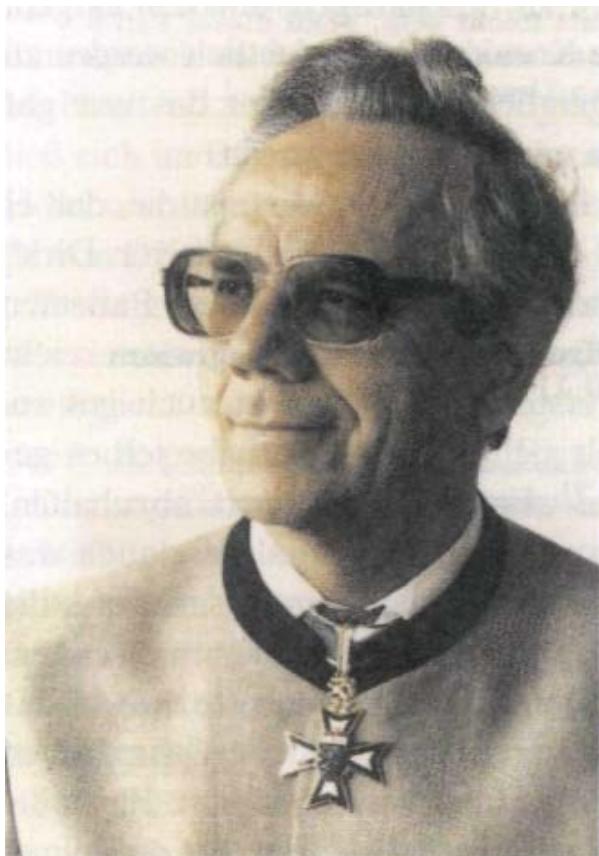
Es geht nicht nur darum, den Patienten zu beschäftigen, sondern es geht auch darum, ihn zu motivieren und seine Krankheit unwesentlich werden zu lassen Ach ja, krank war er ja doch eigentlich gewesen, aber das war gar nicht mehr so wichtig, da man ja ohnehin wieder gesund wurde.

Es gibt zwei Arten, auf die der Patient beruhigt ist. Die eine ist die, daß er es für völlig selbstverständlich hält, daß man im „Haus Freunde von Dirk“ gesund wird, denn die anderen werden ja auch alle gesund. Diese Patienten glauben! Das ist auch gut so. Den intelligenteren unter den Patienten reicht das nicht aus, sie wollen das System verstehen! Und das ist auch gut so. Denn es ist ja zu verstehen. Es empfiehlt sich deshalb - so habe ich es gehalten - für diese Patienten regelrechte „Fortschreibungskurse“ abzuhalten. Diese Patienten waren in kürzester Zeit ausgefuchste Spezialisten, auch was Röntgenbilder und Hirn-CT-Bilder angeht. Ich hatte immer meine stille Freude daran. Kam ein neuer Patient an, so konnten sie es kaum erwarten, bis ich ihn untersucht und die Marschrichtung festgelegt hatte, sowie das CT und die Röntgenbilder angefertigt waren. Dann war aber kein Halten mehr. Der Patient wurde von einer Woge des Interesses überspült. Er mußte seinen Konflikt wohl 20mal erzählen und tat es sichtlich gern und mit immer größer werdender Erleichterung. Sein Konflikt, über den er ein Jahr nicht hatte sprechen können, nicht einmal mit seiner Ehefrau, die er liebte, den erzählte er jetzt jedem flott heraus ohne anzustoßen, als wenn das das Selbstverständliche auf der Welt wäre. Und wenn es gar um ein echtes handfestes Problem technischer, finanzieller oder sonstiger Art ging, dann setzte sich gleich eine ganze Kompanie von Spezialisten und „Fachleuten“ unter den Patienten zusammen und im Handumdrehen war das gelöst. Ein Patient, der seinen Konflikt mit einem Finanzproblem bekommen hatte und ein halbes Jahr darüber ge Grübelt hatte, konnte gar nicht umhin, sich dem Patienten-Kameraden anzuvertrauen, der von Beruf Bankdirektor einer großen Bank war. Der telefonierte nur zehn Minuten mit dem „verehrten Herrn Kollegen vom Dorf. Die Sache war in zehn Minuten „geritzt“. Dem einen war geholfen, sein Konflikt gelöst, der andere war für drei Tage „der große King“. Beide waren glücklich. Menschen, die einmal so nahe vor der Himmelstür gestanden haben, empfinden ihr neues Leben als ein Geschenk des Himmels. Sie verhalten sich wieder menschlich, manche werden weise.

20.7 Ein Fallbeispiel (Celler-Dokumentation)

Wie man in der Neuen Medizin systematisch vorgeht

Hofrat Prof. Dir. i.R. H....., A....., 70 Jahre, Rechtshänder



Der Patient vor der Konfliktlösung



*Der Patient nach der Konfliktlösung
(1993)*

Synoptisches Konflikt- und Krankheitsverlaufs-Diagramm

	1945.... '50.... '55.... '60.... '65.... '70.... '75.... '80.... '90.... '95....
Großhirnrinde (Ektoderm)	
Großhirnmarklager (Mesoderm)	<p>Wasser-Konflikt der re. Und li. Niere mit Nekrosen bzw. Zyste</p> <p>DHS _____ CL</p>
Kleinhirn (Mesoderm)	
Stammhirn (Entoderm)	<p>Flüchtlings-Konflikt mit Sammelrohr-Ca li. Niere</p> <p>DHS _____ CL</p>
	1945.... '50.... '55.... '60.... '65.... '70.... '75.... '80.... '90.... '95....

1.	schulmedizinisch vorbehandelt:	Nein
2.	schulmedizinisch vorbehandelt und aufgegeben:	-
3.	nur Neue Medizin mit Vorwissen vor Krankheitsausbruch:	Ja
4.	nur Neue Medizin ohne Vorwissen bei Krankheitsausbruch:	-
5.	Neue Medizin sekundär während der Krankheit:	-
6.	ursprüngliche biologische Konflikte mit Organmanifestation: 1. Existenzverlust- bzw. Flüchtlings-Konflikt mit Sammelrohr-Karzinom der linken Niere (in der pcl-Phase Nieren-Tbc) 2. Wasser- bzw. Flüssigkeits-Konflikt mit Nierenparenchym-Nekrose der rechten u. linken Niere, Hy-	2

	pertonie ³⁰⁸ (in der pcl-Phase Nierenzysten und Normalisierung des Bluthochdrucks)	
7.	Anzahl der iatrogenen Anschlußkonflikte mit Organmanifestation:	Keine
8.	Gesamtanzahl der biologischen Konflikte mit Organmanifestation:	2
9.	Derzeitiges Befinden	Vollständiges Wohlbefinden

Schulmedizinische Diagnose:

Hypernephrom linke Niere
 Nierenzyste linke Niere
 Nierenparenchym-Hohlräume (Zysten) der rechten Niere
 Hypertonie

Befunde und Originalunterlagen:

Urogramm v. 2.11.92
 Nieren-CTv. 10.11.92.
 CCT v. 23.11.92
 CCTv. 18.2.93
 Nieren-CT v. 19.2.93
 Nieren-CT v. 25.5.93
 CCT v. 26.5.93
 CCT v. 15.3.94
 Nieren-CTv. 15.3.94
 Sieben Seiten Arztberichte bzw. Originaldokumente

Vorbemerkung zur Person:

Der Patient, Herr Hofrat Prof. H., gehört zur Kriegsgeneration. Er wurde mit 18 ½ Jahren im 2. Weltkrieg eingezogen und an der Ostfront in Rußland eingesetzt. Zwei Tage nach Kriegsende geriet er in russische Kriegsgefangenschaft, wurde nach Sibirien deportiert und war dort in verschiedenen Lagern.

1992 hatte Herr Hofrat H. den schrecklichen Krebstod seiner ersten Frau gerade miterlebt und hatte sich danach für die Neue Medizin interessiert, noch bevor bei ihm irgend etwas festgestellt worden war.

Als er dann mit seiner Krebsdiagnose konfrontiert wurde und man ihm die wohlbekannte schulmedizinische Therapie anbot, stand für ihn sofort fest: „Mit mir nicht!“

³⁰⁸ Hypertonie = Bluthochdruck

Medizinische Vorbemerkung:

Der Patient gehört zu den ungewöhnlichen Fällen, die nahezu 50 Jahre zwei hängende Konflikte mit sich herumtragen.

Man kann davon ausgehen, daß der Patient seit der Kriegsgefangenschaft mit Tuberkulose-Keimen in Kontakt gekommen war.

Biologische Konflikte:

1. DHS:

Am 10. Mai 1945 zwei Tage nach Kriegsende geriet der Patient an der Ostfront in russische Kriegsgefangenschaft. Ihm und seinen Kameraden wurde alles abgenommen, er verlor den Kontakt zu seiner Truppe und wurde nach Sibirien transportiert. Der Patient erlitt dabei einen Flüchtlings- bzw. Existenzverlust-Konflikt, auf organischer Ebene ein Sammelrohr-Karzinom der linken Niere. Er hatte buchstäblich nur noch, was er auf dem Leibe trug, und es gab nur Horrorgerüchte darüber, was einen erwarten würde.

2. DHS:

Die schlimmsten Befürchtungen des Patient wurden noch übertroffen. Er wurde mehrmals in verschiedene Lager verlegt, wo die Gefangenen wie die Fliegen starben.

In einem dieser Lager mußten sie in einer Automobilfabrik schuften. Der Patient mußte als Dreher arbeiten. Nachts schliefen sie in einer alten Kartoffelmiete auf den Kartoffelregalen. Die Außentemperatur war 30-40 Grad minus. Die Gefangenen hatten keine Decken zum Zudecken, das Feuer zum Wärmen mußte nachts gelöscht werden. Man lag in seinen Kleidern ohne Decken auf den Holzregalen und fror erbärmlich. Daher mußten die Männer drei bis vier mal in der Nacht austreten. Die Latrine war etwa 500 Meter entfernt an einem Hang und man mußte durch die klirrende Kälte gehen. Unterwegs hatten die Russen verummigte Wachtposten aufgestellt, die mit Knüppeln bewaffnet waren und darauf achten sollten, daß keiner auf dem Weg zur Latrine pinkelte. Konnte einer sein Wasser nicht halten, bekam er den Knüppel auf den Kopf. Oft lagen morgens ein oder zwei Tote steif gefroren auf dem Weg.

Bei einem dieser Gänge erlitt der Patient einen Wasser-Konflikt, einen der typischsten Flüssigkeits-Konflikte, die der Mensch haben kann: Einen Konflikt um seinen Urin. Der Patient konnte den Konflikt heruntertransformieren dadurch, daß er sich eine Blechdose verschaffte in die er nachts seinen Urin entleerte und diesen dann morgens beseitigte.

Der Patient erlitt einen Flüssigkeits-Konflikt, der auf beiden Nieren einschlug und Nierenparenchym-Nekrosen verursachte. Der Blutdruck muß

damals angestiegen sein, wurde aber natürlich in der Gefangenschaft nie gemessen. Aus der Gefangenschaft entlassen wurde der Patient aufgrund einer Amnestie für alle Österreicher am 12.12.47.

Auch nach dem Kriege, als er wieder daheim in Österreich war, träumte er diese grauenhaften Erlebnisse, die er als Neunzehnjähriger hatte, regelmäßig ca. 2 mal in der Woche und das 47 Jahre lang.

Krankheitsverlauf:

Die beiden hängend aktiven Konflikte mit Sammelrohr-Karzinom der linken Niere und Nierenparenchym-Nekrosen bds. wurden 47 Jahr lang medizinisch nicht bemerkt, d.h. der Patient hatte stets einen erhöhten Blutdruck, der zwischen 170 und 260 pendelte und mit Antihypertonika³⁰⁹ „behandelt“ wurde. Einen Zusammenhang mit der Niere ahnte man nicht.

Der Patient hielt beide Konflikte durch seine Träume aktiv. Er konnte, bis er nach Burgau kam, mit niemandem über diese Erlebnisse sprechen.

Durch den Krebstod seiner ersten Frau hatte sich der Patient für das Thema alternative Medizin interessiert und besuchte später zwei Vorträge in Graz über Neue Medizin, ohne irgend etwas von einer eigenen Erkrankung zu ahnen. Von da ab hatte er die Sache verstanden und sagte sich, „wenn man bei mir mal etwas findet, weiß ich, was ich zu tun habe.“

Am 2. November 1992 entdeckte man bei ihm aufgrund einer Ultraschalluntersuchung bzw. eines nachfolgenden Urogramms mit Kontrastmittel in der linken Niere ein Sammelrohr-Karzinom.

Der Professor sagte ihm, er habe einen wahrscheinlich bösartigen Tumor der Niere, es müsse dringend operiert werden, es bestünde Metastasengefahr. Der Hofrat lächelte, nickte. Der Professor war irritiert und meinte, der Patient habe die Bedeutung der Diagnose nicht richtig verstanden. Daher hielt er dem Patient die Gefahr noch einmal sehr eindringlich vor Augen und sagte, es dürfe keine Zeit verloren werden. Der Patient lächelte wieder, bedankte sich und sagte, er wolle sich noch anderen Rat einholen. Der Professor sagte ihm daraufhin, er könne zu jeder Universitätsklinik gehen, jeder Professor würde ihm das gleiche sagen, er dürfe nur auf keinen Fall zu einem Scharlatan gehen.

Der Patient wußte genau, wen der Professor damit meinte ...

Der Patient telefonierte nun nach Köln und nach Burgau und wir rieten ihm, ein CT der Niere und des Gehirns anfertigen zu lassen. Wir sagten dem Patienten auch, es müsse sich wohl um einen Wasser- oder Flüssigkeits-

³⁰⁹ Anti = Wortteil mit der Bedeutung gegen, entgegen

Konflikt handeln und er solle einmal darüber nachdenken. Die genaue Diagnose könne man jedoch erst mit einem Tomogramm der Niere bestimmen

Am 5.12.92 kam der Patient mit beiden Tomogrammen nach Burgau. In der Zwischenzeit war schon etwas passiert, denn der Patient hatte nur einen schlimmen Wasser (= Urin-Konflikt) in seinem Leben gehabt und hatte darüber bereits intensiv nachgedacht, da dieser „Urin-Konflikt“ ja einer der Konflikte war, von denen er jede zweite bis dritte Nacht träumte.

Als wir in Burgau seine Tomogramme sahen, wurden wir etwas stutzig, bis wir durch Befragen des Patienten die eben genannten Vorgänge aufklären konnten, denn wir sahen in der linken Niere sowohl ein Sammelrohr-Karzinom, als auch ein frische Nierenzyste ventral. Außerdem sahen wir eine Nierenparenchym-Nekrose in der rechten Niere. Der Rest war Routine: Wir fanden in Übereinstimmung mit den CCT-Aufnahmen, daß das Sammelrohr-Karzinom noch in Aktivität war. Der Wasser-Konflikt, der offenbar wegen der Schwere des Konfliktes auf beiden Nieren-Relais gleichzeitig eingeschlagen war, war im linken Nieren-Relais gerade in Lösung gegangen, daher die frische Nierenzyste der linken Niere ventral, während das Relais für die rechte Niere noch Konfliktaktivität zeigte und entsprechend die beiden Nekrosen in der rechten Niere noch keine Zystenbildung aufwiesen.

Es ist uns in der Neuen Medizin geläufig, daß es hängend-aktive Konflikte gibt, die, wie auch bei unserem Patient hier, 47 Jahre dauern können ohne riesige Tumoren zu machen, wenn die Konfliktintensität sehr stark heruntertransformiert ist und die Konfliktaktivität „nur“ noch in den Träumen besteht.

Das Faszinierende in der Neuen Medizin ist ja, daß wir nicht nur die Art des Konfliktes bzw. den Konfliktinhalt aus dem CCT sofort festlegen können, sondern auch gleichsam kriminalistisch herausfinden bzw. sehr wahrscheinlich machen können, ob die Konflikte in der ca- oder der pcl-Phase sind. Wenn, wie in diesem Falle, überhaupt nur zwei derartige Konflikte in Frage kommen, dann kann man sicher sein, daß es diese Konflikte sind. Auf diese Weise konnten wir bei diesem Patient auch einen sehr alten Konflikt, der sozusagen nur noch in den Träumen präsent war, sofort dingfest machen.

Der weitere Verlauf bestätigte unsere Anamnese:

Der Patient fragte uns, was jetzt passieren würde. Die in Burgau anwesenden Ärzte, u.a. ein Amtsarzt, sagten ihm, es würde nun, wenn er über die Konflikte immer besser reden könnte (z.B. mit seiner Frau) folgendes geschehen:

1. Hinsichtlich des Flüchtlings-Konfliktes mit Sammelrohr-Karzinom würde er mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit starken Nachtschweiß bekommen, was für eine Nierentuberkulose charakteristisch sei, denn alle alten Frontsoldaten hätten noch Tuberkel-Bakterien eingelagert. Dies sei jedoch keineswegs etwas Erschreckendes, sondern etwas sehr Positives, denn das Nierensammelrohr-Karzinom werde sich dadurch vielleicht nicht ganz vollständig, aber doch zu einem großen Teil, verkäsend abbauen. Wichtig sei, daß man nichts zu operieren brauche und die Funktion der Niere erhalten, ja sogar verbessert werde. Gegen diese Annahme spricht auch nicht der Laborbefund v. 14.4.93 über eine negative Löwenstein-Kultur und einen negativen Ziehl-Neelsen-Test aus dem Harn. Zu diesem Zeitpunkt war, wie wir wissen, die wesentliche Schwitzeperiode des Patienten schon vorbei. Leider hatten wir keine Möglichkeit, dafür zu sorgen, daß solche Befunde früher erhoben worden wären.
2. Was den Wasser- (= Urin) Konflikt anbelangte, so war die Zystenbildung bei der linken Niere ja schon im Gange, bei der rechten Niere würde sie aller Wahrscheinlichkeit nach in Kürze einsetzen. Er würde ein bißchen Fieber bekommen (sog. Glomerulo-Nephritis) und der Blutdruck (260 / 120) würde sich weitgehend normalisieren auf altersgemäße Werte - und dies alles ohne Medikamente.

Genauso kam es.

Der Verlauf wurde, wie man sich auch auf einer Videoaufzeichnung vergewissern kann, in allen Phasen von Radiologen, u.a. auch vom Chef der Radiologie der Universität Graz dokumentiert. Nach dem Nieren-CT vom 15.3.94 gratulierte der Primär der Radiologischen Abteilung des Elisabethinen-Spitales, (der auch das Nieren-CT vom 10.11.92 gemacht hatte), dem Patient dazu, daß er sich - entgegen dem dringenden Rat des Urologieprofessors - nicht habe operieren lassen.

Bemerkung zur Therapie:

Der Patient lernte im folgenden immer besser und lockerer über seine schrecklichen Erlebnisse der Kriegszeit zu sprechen, sein Blutdruck ging auf altersentsprechende Werte von 170/90 zurück. Der Patient schwitzte 3-4 Monate nachts sehr stark, so daß er zeitweise mehrmals 8 Schlafanläufe und Bettwäsche in einer Nacht wechseln mußte. Die Probe aufs Exempel ist für den Patient die: Wenn er jetzt noch einmal z.B. bei einer Gesellschaft über seine alten Konflikte berichtet, was ihm jetzt nicht mehr schwerfällt, dann hat er unweigerlich in der darauffolgenden Nacht wieder Nacht-

schweiß, wenn auch nicht ganz so schlimm wie während seiner Heilungsphase von 3-4 Monaten.

Da der Patient aber diese Symptome schon vorher von uns wußte, war er nicht nur nicht erschreckt darüber, sondern empfand dieses Schwitzen als Bestätigung unserer Voraussagen. Der Patient berichtete, daß die Dozenten der Radiologie Graz sich darüber wunderten, wieso der Dr. Hamer hätte wissen können, daß der Tumor sich abbauen werde. Schließlich wurde der Patient noch einmal zu einer Generaluntersuchung vom neuen Chef der Radiologie Graz einbestellt, der alles nicht hatte glauben wollen, der aber nunmehr bestätigen mußte, daß der Tumor deutlich kleiner geworden sei.

Es erheben sich für die Heilungsphase bzw. deren mögliche Komplikationen therapeutische Fragen:

Sind in diesem Fall Komplikationen zu erwarten die ggf. medikamentös zu behandeln sind?

Für die tuberkulöse Heilungsphase des Nierensammelrohr-Karzinoms sind nicht einmal auf dem Höhepunkt der Heilungsphase Komplikationen zu erwarten, deren Stärke man jedoch vorausbemessen kann anhand der nicht ungewöhnlichen Größe des Nierensammelrohr-Karzinoms. Obwohl der Patient den Konflikt sehr lange hatte, hat er nicht sehr viel Konfliktmasse angehäuft, da die Konfliktintensität ja heruntertransformiert war. Das Maß für die Konfliktmasse ist bei dieser Art Tumoren die Tumormasse, wenn man sicher sein kann, daß nicht zwischendurch Heilungsphasen mit tuberkulösen Verkäusungen, also Tumorabbauphasen, vorgekommen sind. Das war hier auszuschließen beide Konflikte waren 47 Jahre durchgehend hängend-aktiv gewesen. Entsprechend verlief die epileptoide Krise des Nierensammelrohr-Karzinoms. Der Patient muß sich 2-3 Tage etwas kalt und zentralisiert gefühlt haben, es fiel ihm jedoch innerhalb der Heilungsphase nicht als besonders ungewöhnlich auf. Das Symptom den starken Schwitzens ist für die Patienten, die es vorher wissen und die sich psychisch darauf einrichten können, zumeist nur wenig belastend, während es bei unvorbereiteten Patienten häufig bei Hausarzt und Patient zu Panik führt.

Unser Patient hatte guten Appetit und nahm an Gewicht zu und wußte, daß alle diese Symptome typisch für die Heilungsphase waren. Er hatte Albuminurie³¹⁰, d.h. er verlor viel Eiweiß aus der linken Niere, hatte also eine Nephrose³¹¹ mit Oedembildung besonders in der äußeren Haut, den zog. Nierensegmenten entsprechend (BVM 12 - LWK 2).

³¹⁰ Albuminurie = Ausscheidung von Albumin im Urin

³¹¹ Nephrose = degenerative Nierenerkrankung

Auch über den Eiweißverlust durch den Urin hatten wir den Patient vorher aufgeklärt und hatten ihm geraten viel Eiweiß zu sich zu nehmen. Jede Art von eiweißloser Diät ist hier strengstens untersagt (z.B. Saftkuren oder dergl.) Gegen die Nieren-Tbc braucht man keinerlei Medikamente einzusetzen, etwa zur „Abwehr“. Denn die bisherige Vorstellung, daß man die Nieren-Tbc bekämpfen müsse, war ja unzutreffend. Wir sehen vielmehr mit Freude, wie die Nieren-Tbc den nunmehr überflüssigen Tumor verkäsend abbaut.

Beim Patient hörte die Albuminurie mit Ende der Heilungsphase ebenso spontan wieder auf, wie zu erwarten gewesen war.

Diesen sinnvollen Heilungsvorgang zu bekämpfen wäre völlig unbiologisch und unärztlich gedacht.

Die Heilungsphase der Nierenparenchym-Nekrose bzw. der sich bildenden Nierenzysten, also die Heilungsphase des Flüssigkeits- (= Urin) Konfliktes haben wir früher Glomerulo-Nephritis genannt. Auch sie haben wir früher bekämpft. Seit der Neuen Medizin wissen wir, daß am Ende dieser Heilungsphase eine Nierenzyste gebildet worden ist, die im weiteren Verlauf Urin produziert und sich in die Funktion der Niere integriert. Dadurch, daß das durch die Nekrosen verminderte Nierenparenchym nun wieder aufgefüllt wird, sogar mehr als vorher, erübrigts sich für den Organismus die Notwendigkeit der Hypertonie. Die epileptoide Krise, die wir früher als die Lyse einer Glomerulo-Nephritis kannten, ist als Komplikation des marklagerre-lais-gesteuerten Prozesses niemals tödlich. Auch diese hat der Patient nicht besonders bemerkt. Es erübrigts sich eigentlich noch der Kommentar, daß man auch diesen sinnvollen biologischen Heilungsprozeß nicht medikamentös behindern sollte, wie bisher schulmedizinisch üblich.

Die Größe der Nierenparenchym-Nekrosen kann auch bei diesem Konflikt als Maßstab für die Masse des angehäuften Konfliktes gelten. Obwohl auch der Flüssigkeits-Konflikt 47 Jahre gedauert hatte, hatte er trotzdem keine große Konfliktmasse angehäuft, was wir auch auf cerebraler Ebene sehen können. Der Patient wäre andernfalls ein Fall für die Dialyse geworden.

Kommt ein solcher Prädialysefall³¹² in die Heilungsphase, dann ergibt sich oft eine riesige Nierenzyste, die man nur in extremen Fällen operieren muß, weil sie ja funktionsfähiges Nierenparenchym schafft. In diesem Fall konnten wir den Patient aber schon im Vorhinein beruhigen, daß seine zu erwartenden Nierenzysten relativ klein bleiben würden. In der rechten Niere beulten sie die Kapseln nicht einmal optisch aus, was wir normalerweise als Kriterium für die kapselnahen Nierenzysten kennen.

³¹²

Prä- = Wortteil mit der Bedeutung davor liegend, vorzeitig

KRANKENHAUS DER ELISABETHINEN
ABTEILUNG FÜR RÖNTGENDIAGNOSTIK UND
COMPUTERTOMOGRAPHIE

Herrn Dr. Roland Ehringer

Elisabethinenweg 14, 8020 GRAZ, Tel. (031) 8063 - 401

Patient: Hofrat Prof. [REDACTED] Verarbeiter:
Wohnadresse: [REDACTED] Unters.-datum: 10.11.1992/KP
Untersuchung: CT der Nieren
Zuweisender Arzt: [REDACTED] Nativ/100 ml Ultravist

Vera-Nr.: [REDACTED] Geb.-datum: [REDACTED]

Zusammendassung:

Ergebnis: Prost. Itaka Niere

Erosion:
ca. 2 cm im DM haltender nativ-isodenser, im Vergleich zum übrigen Nierenparenchym deutlich geringer Kontrastaufnahmender, jedoch solider expander Prost. der Lt. Niere im mittleren Drittel und in der ventralen Parenchymhälfte im Bereich der Nierenbeckengegend gelegen mit gering unscharfer Begrenzung zum Nierenparenchym in der caudalen Hälfte, entsprechend einer Kontrastmittelaufnahme im Bereich der Nierenbeckengegend. Unterdruckhöhe oder eher Kontrastärmerung im Bereich hd. Nieren finden sich vlt. bis 1 cm große kortikale Cysten sowie eine ca. 2,5 cm große exophytische Cyste an der ventralen Parenchymcircumferenz im mittleren Drittel der Lt. Niere.

Diagnose:
Seltener ca. 2 cm großer expansiver Prost. im mittleren Drittel des Nierenbeckens lt.-seitig wie beschrieben. Vereinzelte Nierenzysten bds.
Keine path. vergrößerten Lkns. geringgr. arteriosklerotische Wandveränderungen der Bauchaorta.

P.M. Dr. R. Ehringer

Institut für Computertomographie
Univ.-Dozenten
Dr. W. Kopp, Dr. P. Kulig
8010 Graz, Brandhofgasse 22
Tel. 031/838 47 77

Graz.

Herrn
Hofrat Prof. [REDACTED]

Graz, am 19.2.1993

HOFRET PROF. [REDACTED] geb. [REDACTED]

CT DES ABDOMENS UNTER BES. BERÜCKSICHTIGUNG DER NIEREN (BOLUS, NACH BOLUS)

Im mittleren Nierendrittel links kommt - mit der Hauptmasse im Sinus renalis gelagern - eine kugelige, 2,7 cm große alleitsitzt platt begrenzte Raumforderung zur Darstellung. Sie verdrängt das Nierenbeckenkelchsystem, zum Nierenparenchym ist sie scharfbogig begrenzt, kaum Anhaltspunkt für Infiltration. Die Dichtewerte liegen in der Bolusinjektion bei 38 Hu, bei der Kontrollie etwa 18 min. p.i. sind die Dichtewerte unverändert.

Unmittelbar ventral angrenzend an die Läsion ist - an der ventralen Parenchymlippe der Niere - eine etwa 3 cm große platt begrenzte Zyste nachweisbar, die wasseräquivalente Dichtewerte aufweist. Rechts finden sich im kranialen Nierendrittel ebenfalls zwei bis zu 1,5 cm große Zysten. Ansonsten ist das Nierenparenchym bds. normal dargestellt und kontrastiert. Normale Darstellung des prävertebralen Raumes. Keine pathol. vergrößerten Lymphknoten.

Das Pankreas ist in allen Abschnitten normal konfiguriert, normale Darstellung von Leber und Milz, beide Organe weisen homogene Parenchymstrukturen auf.

Die in die Schnittführung miteinbezogenen Abschnitte des Gastrointestinaltraktes sind unauffällig.

Institut für Computertomographie

Univ.-Dozenten
Dr. W. Kopp, Dr. P. Kulig
8010 Graz, Brandhofgasse 22
Tel. 031/838 47 77

Graz,

Herrn
Hofrat Prof. [REDACTED]

Graz, am 19.2.1993

HOFRET PROF. [REDACTED] geb. [REDACTED]

OT DES SCHÄDELNS (NATIV)

Mäßiggradige (altersentsprechende) Ausweitung der intr- und extrazerebralen Liquorräume *vacuum*. Normale Darstellung der zerebralen und zerebellären Strukturen. Keine fokalen Parenchymläsionen. Keine intrakraniellen Raumforderungszeichen.

Sekretspiegel in der rechten Oberkieferhöhle, ansonsten normale Darstellung der Nasennebenhöhlen, der Orbiten und der knöchernen Schädelbasis inkl. Pyramiden.

DIAGNOSE: Normales altersentsprechendes zerebrales CT. Sinusitis maxillaris rechts.

Mit bestem Dank für die Zuweisung
und freundlichen Grüßen

Doz. Dr. W. Kopp

Institut für Computertomographie
Univ.-Dozenten
Dr. W. Kopp, Dr. P. Kulig
8010 Graz, Brandhofgasse 22
Tel. 031/838 47 77

Graz.

Herrn
Hofrat Prof. [REDACTED]

Graz, am 19.2.1993

HOFRET PROF. [REDACTED] geb. [REDACTED]

DIAGNOSE: 2,7 cm große kugelige Raumforderung im Sinus renalis links, mit glatter Begrenzung, mit Verdünnung des NBS. Das Kontrastverhalten (keine Dichteveränderung innerhalb von 15 Minuten) und auch das sonogr. Bild sprechen in 1. Linie für eine komplizierte Zyste (mit alveolarem Inhalt oder Zust. n. Einblutung). Die Morphologie, das Kontrastverhalten und das sonogr. Bild sprechen gegen einen primären renalen neoplastischen Prost., ein intrarenalitisches Mikrokarsinom als Ursache einer Einblutung ist nicht auszuschließen.

Es sollte deshalb eine Ultraschall- oder CT-gezielte Feinnadelpunktion der Läsion durchgeführt werden.

Mehrere insuspirate Nierenzysten beidseits. Ansonsten normales CT des Abdomens.

Mit bestem Dank für die Zuweisung
und freundlichen Grüßen

Doz. Dr. W. Kopp

**Zentrum für Neue Medizin
in Österreich**

Leitung Dr. med. Ryke Geerd HAMER

Labor Birkmayer

Burgau, 12.2.1993

An das
Birkmayer Labor

Achverstagsantragr. 16/8
Urgent

Sehr verehrte Damen und Herren!

Wir bitten Sie höflich um Überprüfung beiliegender Urinproben
auf akkurate Stäbchen und evtl. Tierserum, falls mikroskopisch
nicht nachweisbar.
Die Rechnung geht an das Zentrum für Neue Medizin, ebenfalls
eine Kopie des Fundes.

Das Original des Befundes wenden Sie bitte an:
Dr. med. Willibald Stangl
Waldgasse 7
3430 Tulln

Wir danken für Ihre Mühe, und verbleiben mit freundlichen Grüßen.

I.A. *Brandstätter*
faul
Zentrum für Neue Medizin
A-8291 Burgau
Altes Schloss 1, Tel. 03383/2040

ZENTRUM FÜR NEUE MEDIZIN
Leitung: Dr. KAMER Ryke
Altes Schloss 1
A-8291 Burgau

DVA-Nr.: 0334049

Befundbericht

Seite : 1 VOM 14.04.1993

Patient: _____ Geb.: / P. / A.
Arzt : ZENTRUM FÜR NEUE MEDIZIN Leitung: Dr. HAMER Ryke Prax. 9311689 25.02.1993

Untersuchung Ergebnis im Normalen Abweichen von Normalen

Bakteriologie :
Löwenstein-Kultur

Haut: Haut
Eiter: NEGATIV

Zielh.-Nestzen: negativ

Mit Bezug auf Empfehlungen
Prax. Dr. Jörg Birkmayer

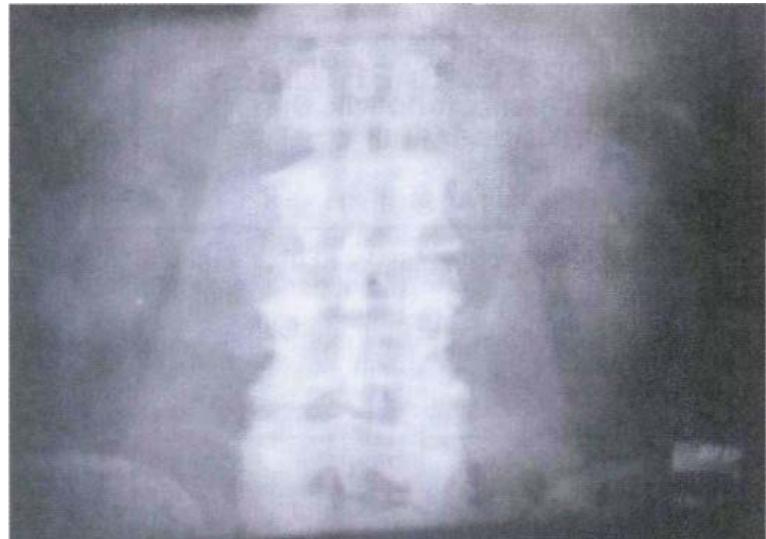
A-8291 BURGAU, Altes Schloss 1

Telefon 0043/3283/2040

Labor Birkmayer, 8 Wien 8160, A-8160 Wien, Universitätsstrasse 13
Fax: 01/222 2100 - Telefon: 01/222 20 00
Telefax: 01/222 21 00, 01/222 21 01, 01/222 21 02
01/222 21 03

Urogramm v.
2.11.92

*Die obere Abb.
mit Kontrastmittel-
Darstellung beider
Nieren.*



*Die untere Abb. zeigt eine ver-
größerte Darstellung der linken
Niere:*

*Man sieht einen raumfordern-
den Prozeß, der ins mittele linke
Nierenbecken hineinragt u. die
obere u. untere Nierenkelchgrup-
pe auseinanderdrückt. Die mittle-
re Kelchgruppe ist nicht mehr zu
erkennen. Die obere u. untere
Kelchgruppe scheidet mehr oder
weniger normal aus. Der biologi-
sche Sinn eines solchen Sammel-
rohr-Karzinoms ist sehr archai-
scher Art u. nur aus der Entwick-
lungsgeschichte zu verstehen:*

*Als unsere entwicklungsge-
schichtlichen Vorfahren noch im
Wasser lebten, kam es oft vor,
daß ein Individuum aufs Trockene
geriet, d.h. sich dort in seiner
Existenz bedroht fühlte. Es kam
alles darauf an, daß der
Organismus das Wasser festhielt. Folglich wurden die
Sammelrohre blockiert, um eine übermäßige Wasserausscheidung für diesen
Notfall zu verhindern.*

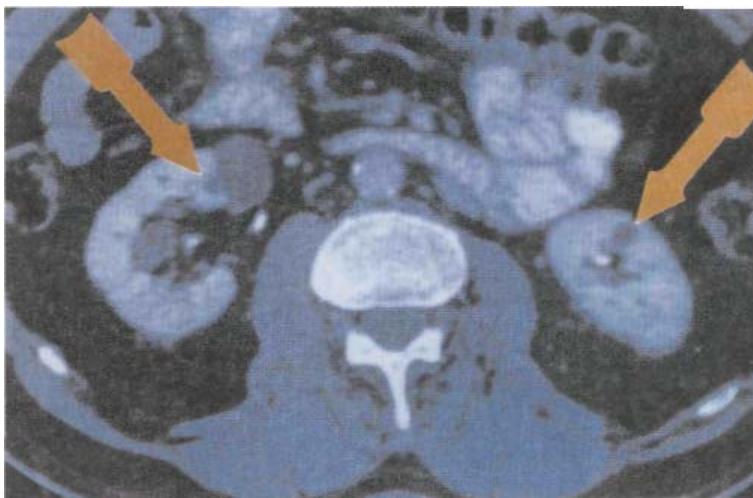
*In unserem Fall ist gleichwohl die Funktion der Niere erhalten, was man aus
der ungestörten Ausscheidung der Niere ersehen kann.*





*Abdomen-CT
(Niere) v. 10.11.92:
Auf der oberen
Aufnahme sieht man
im Bereich der
linken Niere ein
dunkelgefärbtes
Gebilde, das aus
der ventralen Pa-
renchymlippe der
Niere ausgesproßt
ist und, wie der
Radiologe schreibt,
ventralen*

*„wasseräquivalente Dichtewerte aufweist“, (siehe oberer Pfeil links). Hier han-
delt es sich ganz offensichtlich um eine ganz frische Nierenzyste, die zwischen
dem 2.11.92 (Telefonat des Patienten nach Köln und der Aufnahme vom 10.11.92
entstanden sein muß. Der untere linke Pfeil weist auf einen kompakten Tumor,
der höhere Dichtewerte hat u. dem Nierensammelrohr-Karzinom entspricht. Der
Pfeil rechts weist auf eine Nierenparenchym-Nekrose in der rechten Niere hin,
die man früher fälschlicherweise auch Zyste nannte.*



*Der linke Pfeil weist
in der linken Niere
im Bereich der
ventralen Paren-
chymlippe auf die
noch vorhandene
Nierenparenchym-
Nekrose, aus der die
Nierenzyste ausge-
sproßt ist. Solche
Bilder sieht man bei
ganz frischen Zys-
ten. Weiter nach
dorsal finden sich*

*noch zwei kleine Nierenparenchym-Nekrosen. In der rechten Niere (siehe Pfeil
rechts) ist die Nierenparenchym-Nekrose in ihrer größten Ausdehnung getroffen.*

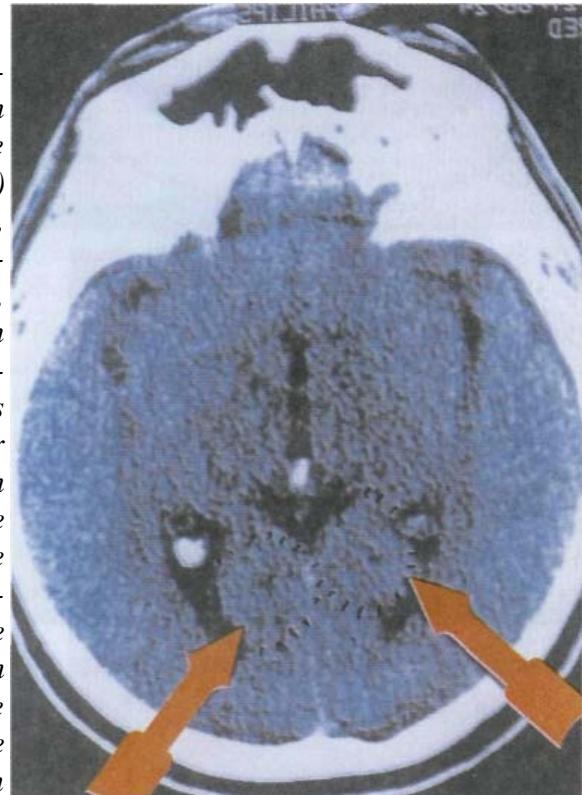
CCTv. 23.11.92:

Auf der oberen Aufnahme sieht man den HH im Sammelrohr-Relais des ventralen linken Stammhirns schon mit einem focalen Oedem, d.h. daß der Patient gerade eben angefangen hat, seinen Konflikt zu lösen. Es fehlt noch das perifocale Oedem, wenn der Konflikt vollständig in Lösung gegangen ist (linker Pfeil). Das große vernarbte, momentan offenbar nicht aktive Sammelrohr-Ca-Relais (rechter Pfeil).



Abb. v. gleichen Tag:

Sehr schön sind die beiden Relais für das Nierenparenchym (ungekreuzt links für die linke Niere, rechts für die rechte Niere) zu begleichen. Man sieht deutlich, daß das linke Nieren-Relais bereits mäßig aufgequollen ist, während das rechte Relais noch den HH in aktiver Schießscheiben-Konfiguration zeigt. Das entspricht der Situation, wie wir sie schon am 10.11.92 auf dem Abdomen-CT gesehen haben. Die linke Niere zeigte dort schon eine Zyste im Ventralanteil der Nierenparenchymlippe, während die rechte Niere noch die aktive Form der Nierenparenchym-Nekrose zeigte. Aber die linke Niere zeigte nur z.T. Lösung, denn wir sahen ja auch 2 kleine Parenchym-Nekrosen, die offensichtlich noch nicht in der pcl-Phase waren. Offenbar war vom 10.11. - 23.11.92 die Teillösung des Wasser-Konfliktes noch nicht weitergegangen. Es ist faszinierend, mit welchem Grad von Präzision man aus dem Ver-



gleich von abdominalem CT und Hirn-CT psychokriminalistische und organkriministische Aussagen machen kann.



Abb. v. 23.11.92

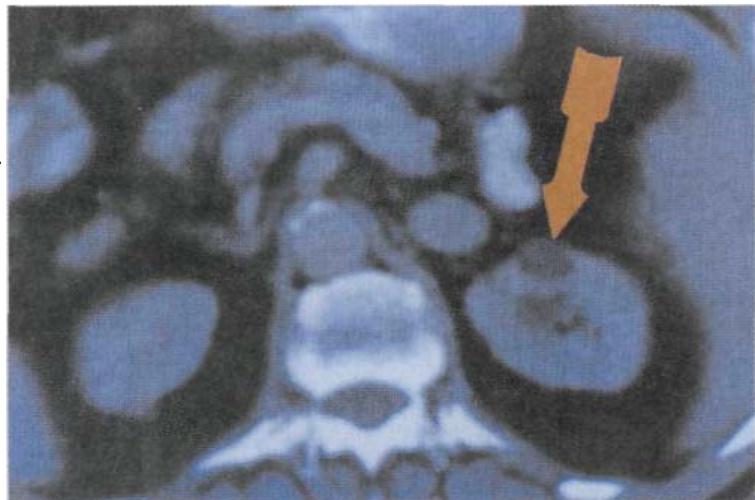
Der Vollständigkeit halber soll hier auch gezeigt werden, daß man bei solcher Gelegenheit eines Hirn-CTs auch noch evtl. andere Konflikte bzw. deren Relais miterfaßt. Hier z.B. das Bronchial-Relais in pcl-Phase, also mit Oedem, einem gelösten Revierangst-Konflikt entsprechend, den der Patient um seine verstorbene Frau gehabt hatte. Man sieht noch deutlich die Deformation des rechten Vorderhorns als Zeichen der Raumforderung des oedematös aufgequollenen HHs in pcl-Phase. Auf organischer Seite entspricht ein solcher Befund einem langandauernden Husten und einer sog. Lungenentzündung der wiederum ein Bronchial-Ca in

der konflikt-aktiven Phase vorausgegangen war. Glücklicherweise wurde die Lungenentzündung als starke Grippe und der Rest als chronische Bronchitis diagnostiziert. Auch die vorübergehende Bronchial-Atelektase wurde glücklicherweise nicht diagnostiziert. Man sieht aus diesem Befund, wie gefährlich die Neue Medizin in der Hand von unerfahrenen Ärzten sein kann, die bei solchen längst überstandenen Erkrankungen versucht sein könnten, nach Restsymptomen, Z.B. kleinen Atelektasen in der Lunge, zu forschen und dabei ihr diagnostisches „Heureka-Erlebnis“ haben, was den Patient aber in Panik versetzen könnte. Dagegen wissen die in der Neuen Medizin erfahrenen Ärzte solchen Befunden ihren richtigen harmlosen Stellenwert zu geben.

Abdomen-CT v.

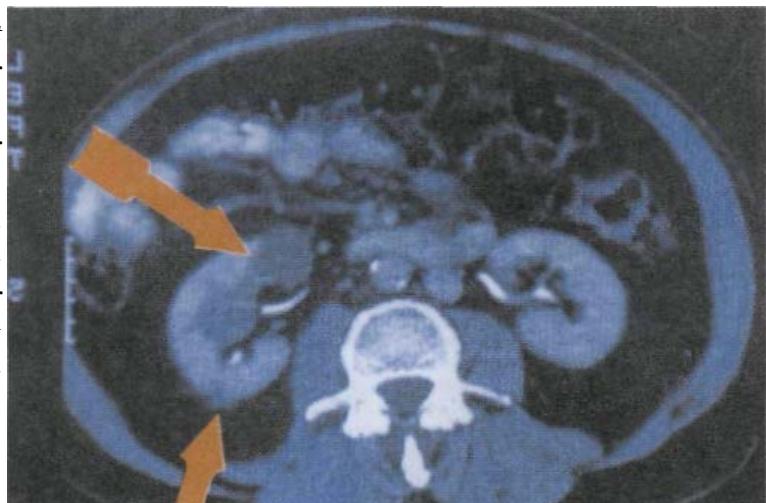
19.2.93:

Deutlich ist hier die Nierenparenchym-Nekrose der rechten Niere bei der „Geburt“ der Zyste zu sehen: Ausbuckelung der Nierenkapsel, was seräquivalente Dichtewerte - d.h. also frische Zyste. Es kommt jetzt dar-



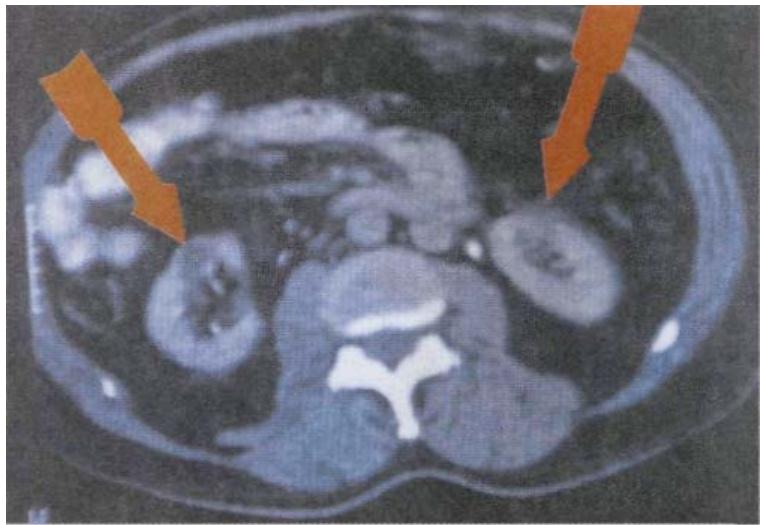
auf an, ob die Nierenkapsel nachgibt und eine exophytische³¹³ Zyste zuläßt oder die Zyste endophytisch³¹⁴ wächst. Dieses Bild gehört im Zusammenhang mit den Bildern vom 10.11.92 zu den eindrucksvollsten Beweisen der Entstehung einer sog. Nierenzyste aus einer Nierenparenchym-Nekrose, wobei die Zyste, wenn sie klein bleibt endophytisch „wachsen“ kann, wenn sie groß wird exophytisch „wächst“.

Der obere Pfeil zeigt noch einmal sehr deutlich auf die „Geburtsstelle“ der exophytischen linken Nierenzyste an der ventralen Parenchymlippe. Der untere Pfeil zeigt auf eine kleine offenbar exophytisch wachsende, sehr kapselnahe neue Nierenzyste, die wir als Nierenparenchym-Nekrose auf den vorangegangenen Bildern im Schnitt nicht sehen konnten.



³¹³ exophytisch = nach außen herauswachsend

³¹⁴ endophytisch = nach innen wachsend

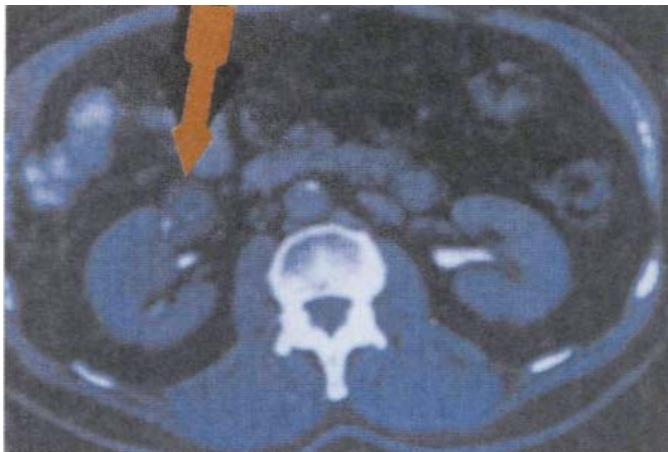


Abdomen-CT v.

19.2.93:

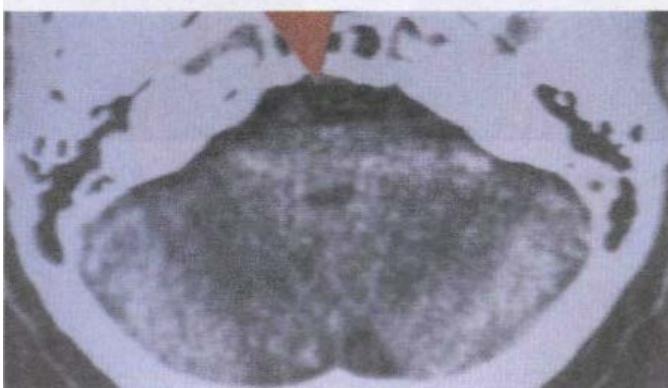
Das obere Bild zeigt an der linken Niere: Deutlich ist auf der tieferen Schicht (Pfeil) noch die sich nunmehr bereits mit neuer „Masse“ wieder-auffüllende Parenchym-Nekrose zu sehen, aus der die ventrale Nierenzyste ausgesproßt ist. Die

Nierenkapsel wird hier etwas ausgebuckelt. Rechter Pfeil: auch hier leichte Ausbuckelung der Nierenkapsel durch die Nierenzystenbildung (Pfeil).



Gleiche Schnittserie, etwas höherer Schnitt:

Nierenzyste in fortschreitender Induration. An der „Geburtsstelle“ der Zyste deutlich erhöhte Kontrastmittel- (= Urin) Ausscheidung.



CCTv. 18.2.93

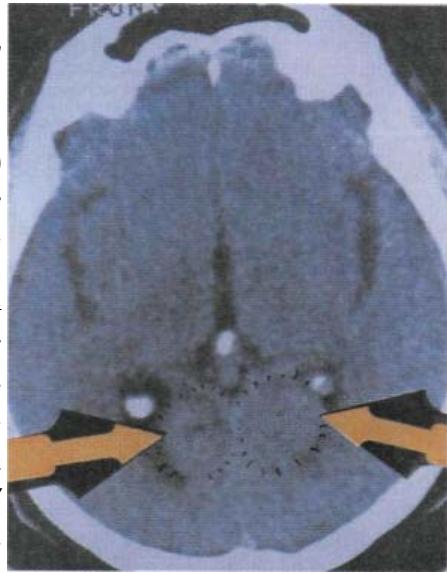
Der HH des linken ventralen Sammelrohr-Relais zeigt bereits deutliche Rückbildung, entsprechend läuft die Organheilung in Form der Tbc. Warum in diesem Falle die Tbc nur drei Monate gedauert hat und warum nicht der gesamte Tumor, sondern nur

ein Teil desselben verkäst worden ist, wissen wir nicht genau. Es könnte mit der langen Konfliktdauer zu tun haben, aber auch mit den kleinen Rezidiven, die der

Patient immer mal wieder bekommt, wen er sich den Konflikt wieder in Erinnerung ruft und dessentwegen er dann immer mal wieder nur eine Nacht schwitzt

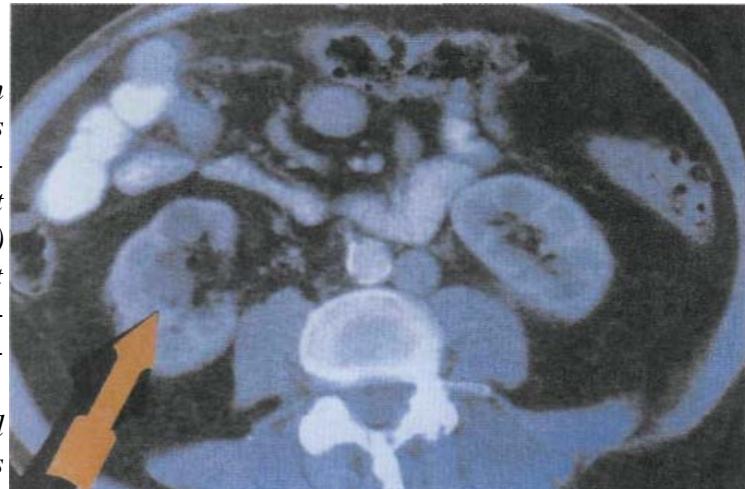
CCTv. 18.2.93:

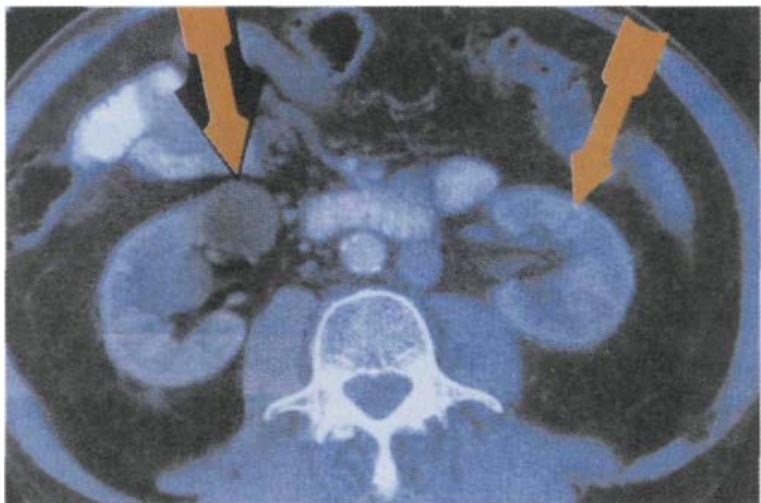
In dem Vergleich der beiden Nieren-Relais erkennt man jetzt gegenüber dem 10.11.92 eine Vergrößerung des rechten Nieren-Relais (für die rechte Niere, nicht gekreuzt) gegenüber dem linken Relais. D.h. die linke Niere hat schon den Höhepunkt ihrer Heilungsphase überschritten, das rechte Nieren-Relais für die rechte Niere bildet jetzt erst richtig Oedem. Die Heilungsphase bei der Niere verläuft in diesem Falle für beide Nieren nicht synchron. Der ganze Vorgang der Oedembildung hält sich allerdings in Grenzen, obwohl der Wasser-Konflikt 47 Jahre lang hängend-aktiv war (aber eben heruntertransformiert) und zwar ganz eindeutig für beide Nieren.



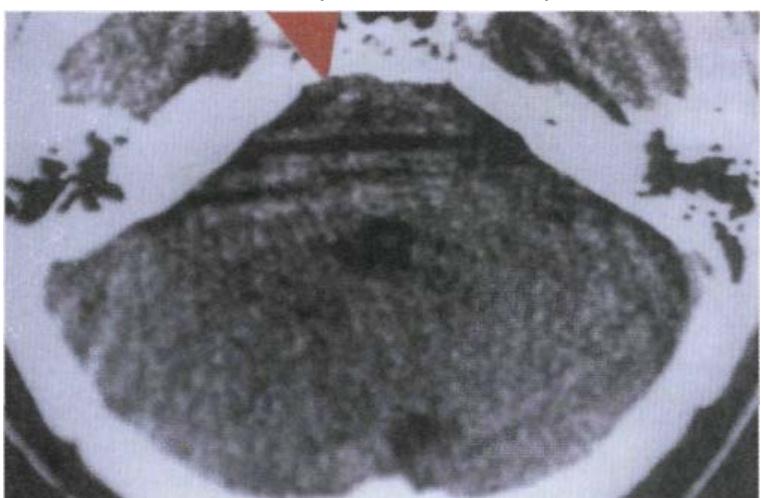
Abdomen-CT v.
25.5.93

Oberes Bild: Im Bereich des ehemals kompakten Sammelrohr-Tumors sieht man jetzt (s. Pfeil) standgehalten hat und die Parenchym-Nekrose als endophytische Zyste bereits weitgehend induriert ist. Das Nierenbecken bukelt sich aus diesem Grunde nach innen etwas aus. Die Zystenbildung an der ventralen Parenchymlippe der linken Niere induriert weiter, ohne daß sich an der Größe noch etwas ändert.





etwas aus. Die Zystenbildung an der ventralen Parenchymlippe der linken Niere induriert weiter, ohne daß sich an der Größe noch etwas ändert.



Gleiche Schnittserie, höherer Schicht: Wir sehen, daß die Kapsel der rechten Niere (siehe Pfeil) standgehalten hat und die Parenchym-Nekrose als endophytische Zyste bereits weitgehend induriert ist. Das Nierenbecken bukktelt sich aus diesem Grunde nach innen

CCT v. 26.6.93:

Der HH links ventral im Pons für das Sammelrohr-Karzinom der linken Niere ist weitgehend vernarbt, der Heilungsprozeß damit weitgehend abgeschlossen.

Gleches Datum, gleiche Serie v.
26.5.93:

In den beiden Nieren-Relais ist immer noch das rechte (für die rechte Niere) deutlich größer als das linke, d.h. oedematisierter, was dem Heilungsphasen-Unterschied der beiden Nieren entspricht. D.h. die linke Niere hat früher mit der Heilungsphase begonnen und ist auch früher fertig.



Abdomen-CT v.
15.3.94:

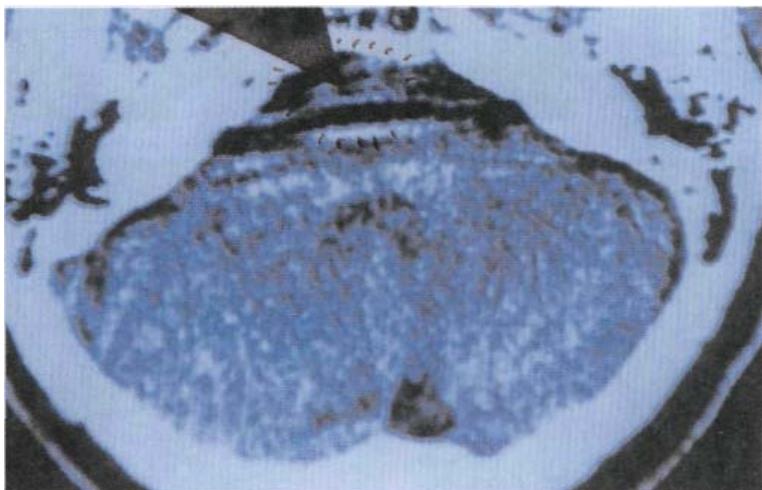
Obere Aufnahme:
Wir sehen oben drei Pfeile. Der rechte zeigt die weitgehend indurierte, größtenteils nicht mehr veränderte Nierenzyste, die in Kürze in den Urinproduktionsprozeß miteinbezogen wird. Der mittlere Pfeil zeigt nun auf die ventrale Parenchymlippe und wir können jetzt die Konturen wieder richtig erkennen, was ursprünglich die Niere war und was die Nierenzyste ist. Der untere Pfeil zeigt das Sammelrohr-Karzinom, das aber nicht mehr so prall ist, wie früher.





Gleiche Schnittserie vom selben Datum:
Auf dieser Schnittebene sehen wir sehr gut, daß inzwischen die zentrale, verkäsende Nekrose mit dem Nierenbecken Verbindung bekommen hat. Es ist nicht anzunehmen, daß der Tumor noch weiter verkäst wird, er wird natürlich auch nicht

mehr weiter wachsen. Die Funktion der Niere ist erhalten.



CCTv. 14.3.94

Der HH im Sammelrohr-Relais für die linke Niere ist narbig abgeheilt, nur noch in den Umrissen zu erkennen.

Gleches Datum:

Beide Nieren-Relais sind narbig geschrumpft, verändert. Aus dieser Narbenveränderung ist nur noch mühsam zu erkennen, daß dort einmal etwas abgelaufen war.

Die Kriminalistik in der Neuen Medizin kann schwierig werden, wenn wir nicht so schöne CT-Serien haben, wie in diesem Fall. In diesem Fall konnten wir die endophytisch wachsende Nierenzyste in der rechten Niere planmäßig systematisch verfolgen. Als Rest bleibt rechts nur noch eine minimale Ausstülpung des Nierenparenchym-Gewebes in den ventralen Teil des rechten Nierenbeckens hinein, so etwas wird aber jeder unbefangene Beobachter als normal bezeichnen, d.h. wir sehen oft im CT Veränderungen narbiger Art, die wir dann später am Organ-CT nicht mehr richtig nachweisen können, weil die pcl-Phase abgeschlossen ist und es z.B. nicht zu einer exophytischen Nierenzyste gekommen war.



Schlußbemerkung:

Der Fall dieses Patienten ist deshalb so faszinierend, weil wir an ihm die ganze Skala urologischer und nephrologischer³¹⁵ sog. Erkrankungen demonstrieren können und das praktisch unter 'Jungfräulichen Verhältnissen'.

Der Patient hatte

1. ein Sammelrohr-Karzinom,
2. eine Albuminurie mit nephrotischem Syndrom,
3. eine Nierentuberkulose,
4. Nierenparenchym-Nekrosen,
5. eine nephrogene Hypertonie,
6. eine Glomerulo-Nephritis und
7. exophytisch und endophytisch indurierte Nierenzysten, die die Funktion der Niere wiederhergestellt haben,

³¹⁵ Nephrologie = Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Morphologie, Funktion und Krankheiten der Niere befaßt

8. planmäßige Normalisierung des Hypertonus auf altersentsprechende Werte ohne Medikamente.
9. Planmäßige Normalisierung des nephrotischen Syndroms.

Alle diese Befunde, die normalerweise ein urologisch-nephrologisches Sammelsurium von quasi allen in Frage kommenden Erkrankungen darstellen, basieren auf zwei Konflikten, die 47 Jahre lang gedauert haben. Das Faszinierende an diesem Fall ist nicht nur die Diagnostik, sondern auch der Verlauf, in dem wir eine Reihe von abdominalen und cerebralen CT-Serien vorliegen haben, die uns ermöglichen den Fall engmaschig zu verfolgen. Es ist im allgemeinen schwierig, Patienten zu finden, die die Souveränität haben wie dieser Patient, wirklich der Chef des Verfahrens zu sein. Bei den allermeisten Patienten wäre dies trotz optimaler Bedingungen, (der Patient kannte ja die Neue Medizin schon vor der Diagnose) schwierig gewesen, weil sich ein „normaler Patient“ in Panik hätte versetzen lassen.

So aber haben wir einen atemberaubenden Fall, wo durch zwei Konflikte beide Nieren betroffen sind und ein optimaler Heilungsverlauf auch optimal zu verfolgen ist.

21 Die Leukämie - Heilungsphase nach Knochenkrebs

21.1 Einführung

Einige Leser, die vielleicht die Diagnose Leukämie gestellt bekommen haben, wollen wissen, was Leukämie ist, andere glauben, das schon zu wissen, indem sie viel (Schulmedizinisches) darüber gelesen haben. Gemeinsam ist den meisten Patienten, die schon eine Weile damit zu tun haben, daß sie nur noch „in Blutbildern denken“. Fragt man also beispielsweise, wie es ihnen gehe, dann kommt oft die Antwort: „Danke, es geht, meine Leukozyten³¹⁶ sind auf 50.000 heruntergegangen, hat mein Arzt gesagt.“

Die Schulmedizin weiß nicht, was die Leukämie ist. Sie kennt keine Ursachen. Sie behauptet aber, sie sei bösartig und führe unbehandelt zum Tode. Die schulmedizinische Symptom-Behandlung besteht in der Chemo-“Therapie“. Die Sterblichkeit ist dabei sehr hoch. Lediglich die lymphatische Leukämie bei Kindern, die früher wegen Harmlosigkeit nicht behandelt wurde, zeigt mit (wenig) Chemo Pseudoerfolge.

„Leukämie“ kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet „Weißblut“. Das soll heißen, daß relativ mehr weiße Blutkörperchen im peripheren Blut schwimmen als normalerweise. Außerdem sind es keine normalen Leukozyten, sondern unreife Formen, sog. „Elasten“. Alle Blutzellen, auch die sog. „Erythrozyten“ (kurz Erys), werden im Knochenmark produziert und zwar durch Teilung der sog. „Stammzellen“ des Knochenmarks. Obwohl die Elasten sich im Gegensatz zu ihren Mutterzellen, den Stammzellen, nicht mehr teilen können und innerhalb weniger Tage in der Leber eingeschmolzen bzw. zu neuen Eiweißbausteinen verarbeitet werden, glauben die Schulmediziner, daß die Leukoblasten sehr bösartig seien. Man glaubt sogar an „leukämische Metastasen“ und „leukämische Infiltrate“.

Es gibt verschiedene Erscheinungsformen der Leukämie. Lymphatische Leukämie, myeloische Leukämie, und Monozyten-Leukämie. Heute weiß man, daß diese Erscheinungsformen miteinander abwechseln können. Vom Verlauf her gesehen gibt es akute und chronische Leukämien. Nach schulmedizinischer Meinung gibt es auch sog. „aleukämische Leukämien“. Darunter versteht man solche, die im Knochenmark Elasten zeigen, nicht jedoch

³¹⁶ Leukozyten = weiße Blutkörperchen

im peripheren Blut. Mit Psyche und Gehirn, so glaubt man, habe all dies nichts zu tun. Man hält Leukämie für eine rein symptomatische Knochenmarks-Erkrankung. Unter diesem - rein hypothetischen - Aspekt kommt es schulmedizinisch darauf an, die Leukozytenzahl der Elasten zu senken. Dies erreicht man „erfolgreich“ mit Zellgiften auf Kosten des Knochenmarks. Erholt sich das Knochenmark bzw. die Stammzellen wieder, dann wird sofort die nächste Chemorunde angesetzt, um die bösartigen Leukoblasten zu verjagen oder abzutöten wie man vermeint.

Die sog. „Knochenmarks-Transplantation“ geht von der hypothetischen Annahme aus, daß, wenn man das Knochenmark des gesamten Skeletts mit organ-tödlicher Dosis bestrahlt habe, man nur neue „passende“ Stammzellen in die Blutbahn zu spritzen brauchte, welche dann, (so die Hypothese), den Weg zum zerstörten Knochenmark fänden, sich dort wieder ansiedeln und dort nunmehr „normale“ Leukozyten produzieren würden. Allerdings konnte man noch nie nachweisen, daß auch nur eine einzige fremde Stammzelle im Knochenmark angewachsen wäre oder daß der Knochenmarks-Empfänger nunmehr die Blutgruppe (mit 150 Untergruppen) des Spenders bekommen hätte. Trotzdem „glaubt“ man weiter und tut so, als wenn die Sache stimmen würde. Wenn ein Patient solch eine „Knochenmarks-Pseudotransplantation“ überlebt, dann nur dadurch, daß er aus irgendwelchen Gründen nicht die volle organ-tödliche Bestrahlungsdosis erhalten hat. Dann fangen die eigenen Stammzellen irgendwann wieder an zu produzieren. Dies wird dann als Erfolg verkauft.

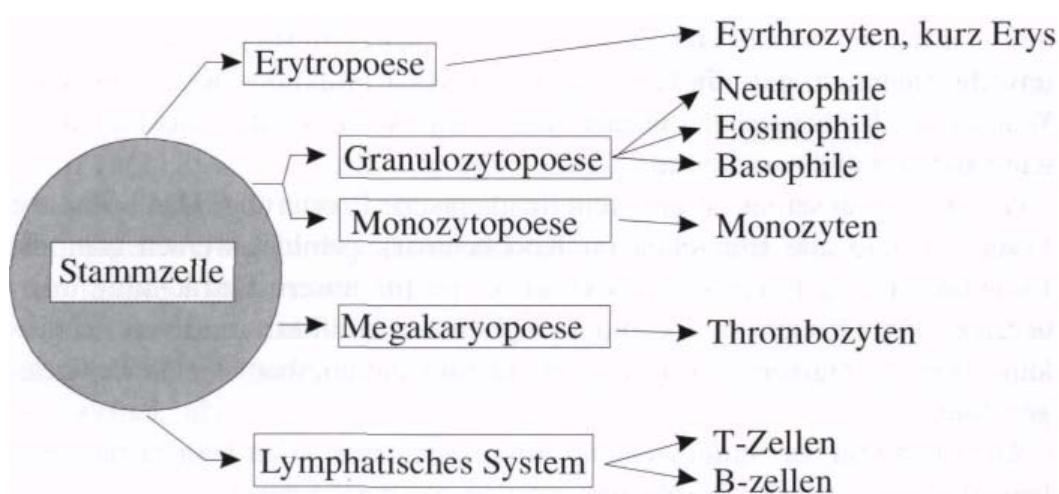
Die Fakten, die man kennt, werden nicht bestritten. Aber die Schlüsse und therapeutischen Konsequenzen, die man daraus gezogen hat, waren allesamt falsch. Überdies hat die Schulmedizin keine Erklärung für die Ursachen der Leukämie, pseudo-therapierte also im Prinzip ins Blaue hinein.

Die Leukämie ist uns in der Neuen Medizin deshalb so vertraut, weil wir

- a) ihre Ursachen und ihren Verlauf kennen
- b) ihren Biologischen Sinn kennen und
- c) wissen, daß die Leukämie eigentlich Teil des mit ziemlicher Sicherheit häufigsten Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms ist, das wir kennen.

Im folgenden wollen wir uns eingehender mit der Sicht der Neuen Medizin befassen. Von dort her können wir dann sogar auch die bisherigen Irrtümer verstehen.

21.1.1 Wie geschieht die Blutbildung?



Das vorangehende Schema soll zeigen, daß alle Blutzellen von der gleichen („pluripotenten“) Stammzelle abstammen. Diese Stammzelle ist im Knochenmark gelegen, der Blutbildungsstätte unseres Organismus. Den ganzen Vorgang nennen wir Hämatopoese (Blutbildung).

Bis heute ist man sich noch nicht ganz einig, wo eigentlich und von wem die Lymphozyten gebildet werden. Die Lymphoblasten entstehen auf jeden Fall im Knochenmark. Die Lymphozyten sollen im lymphatischen System, also Milz und Lymphknoten (manche rechnen fälschlicherweise auch Thymus dazu) entstehen, aber von aus dem Knochenmark eingewanderten Stammzellen abstammen.

Auch über die entwicklungsgeschichtlichen Blutbildungsorte ist man sich noch nicht einig. Vom 2. bis 8. Schwangerschaftsmonat sollen anfangs auch Leber und später auch die Milz Blutbildungsstätten sein, die später vom Knochenmark endgültig abgelöst werden. Aber in Zeiten, wo angeblich das Knochenmark kein Blut bilden konnte, sollten Leber und Milz wieder einspringen können mit der Blutbildung. So stellte man sich das bisher vor. Ich halte das aber für in einigen Punkten unrichtig. Bei der Blutbildung werden im 1. Teil der Schwangerschaft „fetale Erythrozyten“ produziert, also Zellen des inneren Keimblatts. Diese sind nicht identisch mit späteren mesodermalen Erys, deren Bildung bis auf die erste Zeit von 3-4 Wochen immer eine Aufgabe des mittleren Keimblattes war und es auch heute noch ist. Milz und Lymphknoten sind Organe des mittleren Keimblattes. Daß sie Stammzellen bilden könnten oder können, ist gut vorstellbar. Nicht vorstellen kann ich es mir für Thymus und Leber, beides Organe des inneren

Keimblattes. Denn daß in ein entodermales Organ mesodermale Stammzellen einwandern sollten, ist zwar theoretisch möglich, weil ja in jedes Organ auch Blutgefäße mesodermalen Ursprungs eingewandert sind, aber es ist mir von der Funktionsdetermination einfach schlecht vorstellbar. Auch ist unwahrscheinlich, daß die Leber ihre alte fetale Funktion aus den ersten 3 Wochen der Embryonalzeit wieder übernimmt. Wenn sie das täte, hätten wir ganz andere Erythrozyten (sog. „Fetal-Erys“).

Wie dem auch sei, es ist eine rein akademische Erörterung. Und selbst die Frage, ob nun alle Blutzellen im Knochenmark gebildet werden oder die Lymphozyten im lymphatischen Gewebe, ist für unsere Betrachtung unerheblich, da ja Knochenmark und Lymphknoten konfliktiv und von der Lokalisation des Hamerschen Herdes im Gehirn unmittelbar beieinander liegen sind.

Alle diese von der Stammzelle abstammenden Blutzellen können rein zahlenmäßig in Überzahl produziert werden, wobei bisher keine Beachtung fand, auch gar nicht gewußt wurde, daß diese Überzahl nur vorübergehender Natur ist und die Funktion dieser übermäßig produzierten Zellen größtenteils ungenügend ist, diese sind mithin Ausschußware. Denn wie wir ja schon an den Leukozyten von normaler morphologischer Beschaffenheit innerhalb der Leukämie gesehen haben, achtet der Organismus offenbar stets nach Möglichkeit darauf, daß stets normale Leukozyten in ausreichender Anzahl vorhanden sind, egal wie viele zusätzliche Elasten sonst vorhanden sind.

Wir finden also:

eine Erythrozythämie	bei zu vielen Erythrozyten
eine myeloische Leukämie	bei zu vielen Granulozyten bzw. Myeloblasten
eine Monozyten-Leukämie	bei zu vielen Monozyten bzw. Monoblasten
eine lymphatische Leukämie	bei zu vielen Lymphozyten oder Lymphoblasten
eine Thrombozytose	bei zu vielen Thrombozyten (sehr selten, wurde bisher als ungefährlich angesehen).

Es gibt also außer der Vermehrung der Leukozyten, bei der Leukämie auch noch die Vermehrung der Erythrozyten, die Erythrozythämie oder auch kurz Erythrämie genannt, die ebenfalls als krankhaft angesehen wird. Sie stellt in Wirklichkeit aber nur die überschießende Heilphase des roten Blutes dar, wenn durch Lösung des Selbstwert-Konfliktes schließlich aus der Anämie eine Erythrämie und Leukämie geworden ist. Beides zusammen, wie es am

Ende jedes Heilverlaufes mindestens kurzfristig üblich ist, nennt man Pan-Polyzythämie, was in der Schulmedizin auch als krankhaft angesehen und deshalb ebenfalls mit Zytostatika behandelt wird, in seliger Unkenntnis der ursächlichen Zusammenhänge.

Ich habe diesen Exkurs in die derzeitigen Vorstellungen der offiziell gelehrt Medizin nur deshalb gemacht, damit Ihr die Diagnosen, die man Euch sagt, irgendwo einordnen könnt. In Wirklichkeit müßt Ihr natürlich wissen, daß sie für sich genommen unsinnig sind, schon ganz und gar noch unsinniger werden in ihrer angeblichen prognostischen Bedeutung, solange man ja die Ursachen nicht wußte. Klar, wenn man eine Sache ohne die ursächlichen Zusammenhänge sieht, dann ist jedes Zuviel und jedes Zuwenig krankhaft! In Wirklichkeit kann man zwar eine Heilungsphase *noch* nicht als normal, aber auch schon *nicht mehr* als ganz krankhaft bezeichnen. Denn im Prinzip ist ja jeder Heilverlauf ein sehr sinnvolles und erfreuliches Geschehen. Man versuchte immer eine vermeintliche Krankheit rein morphologisch nach einem Zuviel oder Zuwenig irgendeiner vermeintlichen Sorte Zellen einzuteilen, die dann sogar bei der gleichen Person gewechselt hat (von myeloischer Leukämie in Lymphoblasten-Leukämie oder umgekehrt), und meinte dann, man müsse die Sache mit Gewalt „normalisieren“, statt geduldig abzuwarten, bis nach der langen Dürre des Knochenmarks durch die konflikt-aktive Phase mit Knochenmarks-Depression, nunmehr in der Heilungsphase die überschießende Fehlproduktion der minderwertigen Zellen sich ausgetobt hat und das Knochenmark wieder ganz brav genau wie vorher nur „normale“ Zellen produziert. Aber dazu hätte man ja zuerst mal wissen müssen, daß die Leukämie eine positive Heilungsphase ist! Und was eine Heilungs-Vagotonie ist und was die 5 Biologischen Naturgesetze der Neuen Medizin sagen. Aber die werden ja seit fast 2 Jahrzehnten totgeschwiegen und boykottiert!

21.1.2 Was ist Leukämie in der Neuen Medizin?

Antwort: Die Leukämie ist die 2. Phase (Heilungsphase) eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms des mittleren Keimblatts (Mesoderm) und zwar der Großhirnmarklager-gesteuerten sog. „Luxusgruppe“. „Luxusgruppe“ deshalb, weil hier der Biologische Sinn am Ende der Heilungsphase liegt, statt wie in allen anderen Gruppen in der aktiven Phase.

21.1.3 Was beinhaltet das ganze Sinnvolle Biologische Sonderprogramm?

Antwort: Osteolysen (Knochenschwund) in der konflikt-aktiven Phase und Wiederaufbau des Knochens (er wird stärker und fester als vorher) in der Heilungsphase. Verändert sind hier dann auch Blut und Serumwerte, deren jeweilige Symptome wir bisher fälschlicherweise alle als einzelne „Krankheiten“ gesehen hatten.

21.1.3.1 *Welche Symptome sehen wir in der konflikt-aktiven Phase?*

Antwort:

1. Osteolysen = Knocheneinschmelzung = Knochenschwund = Osteoporose
2. cerebral: HH im Großhirn-Marklager in Schießscheiben-Konfiguration
3. psychisch: entweder generalisierter (Kind oder Greis) oder spezifischer Selbstwerteinbruch-Konflikt.
4. vegetative Veränderung: Sympathicotonie, Schlafstörung, Gewichtsabnahme, kalte Peripherie, dauerndes Denken an den Konflikt
5. Minderbelastbarkeit der osteolysierten Skeletteile.
6. Fortschreitende Panmyelophtise
 - a.) Anämie
 - b.) Leukopenie
7. Zunehmende verminderte Leistungsfähigkeit durch Anämie.

21.1.3.2 *Welche Symptome sehen wir in der konflikt-gelösten Phase?*

Antwort:

Nach der Konfliktlösung (CL) schaltet der Organismus auf die vagotone Heilungsphase um, in diesem Fall auf die Phase der Wiederauffüllung des Knochens (Rekalzifizierung). Folgende Symptome treten nacheinander auf:

1. Vagotone Aufdehnung der Blut- und Lymphgefäße. Der Durchmesser der in der voraufgegangenen Sympathicotonie enggestellten Blutgefäße vergrößert sich um das 3- bis 5fache. Dabei vergrößert sich mit dem Faktor $n \times r^2$ (r = halber Durchmesser) das Volumen in den Gefäßen. Da anfangs noch nicht mehr Erys und Leukos zur Verfügung stehen als vor der Conflictolyse, muß das Volumen mit Blutserum aufgefüllt werden. Dadurch „sacken“ rein rechnerisch die Hämoglobin-, Erythrozyten- und Leukozytenwerte (samt Thrombozytenwert) ab, obgleich die Zahl der Blutzellen ja um keine einzige Zelle abgenommen hat. Wir nennen das

die zusätzliche „Pseudo-Anämisierung“, die sehr dramatisch erscheint, es in Wirklichkeit aber nicht ist.

2. Nach ein bis drei Wochen erfolgt ein Anstieg der Leukozyten, meist Elasten, Leukämie.
3. Nach weiteren drei bis acht Wochen (je nach Dauer der ca-Phase und damit bei entsprechender Konfliktdichte auch der Ausdehnung der Knochen-Osteolyse): Anstieg der Erythrozyten - bis zur Erythrohämie oder kurz Erythrämie. Das bedeutet vermehrt rote Blutzellen im peripheren Blut trotz Aufdehnung der Gefäße, also eigentlich viel zu viel Blut im Gefäßsystem, wenn der Gefäßdurchmesser normal wäre.
4. Völlige Müdigkeit, Abgeschlagenheit, dabei guter Appetit. Die Müdigkeit (oft mit etwas Fieber) wurde bisher als eigenes Krankheitszeichen (Grippe u.a.) gewertet.
5. Knochenschmerzen durch die Aufdehnung des Periosts („Periost-Sack“) zwecks Sammlung von Callus.
6. Blutungsneigung durch aufgedehnte Gefäße und stark verdünntes Blut.
7. Rekalifizierung des osteolysierten Knochenbereichs (fester als vorher).
8. Gleiches beim akuten Gelenkrheumatismus (Osteolysen in Gelenknähe).
9. Gleiches bei Kyphose³¹⁷, Kyphoskoliose.
10. Gleiches bei Bechterew.
11. Gleiches bei Osteosarkom.
12. Gleiches bei Knochenbruch mit DHS.

Was bedeutet das? Bei all diesen aufgezählten Symptomen ist die Leukämie stets das *Begleitsymptom* des peripheren Blutbildes oder mindestens des Knochenmarks, wenn man im peripheren Blutbild keine sog. „Elasten“ findet und zwar stets nur in der Heilungsphase.

Die Leukämie - das Glück der Leukämie - ist wohl das häufigste Symptom der Medizin, das wir überhaupt kennen. Die Höhe der peripheren Leukozyten (12.000 oder 300.000) ist eine individuelle Reaktion und ohne besondere Bedeutung.

21.2 Die akute und chronische Leukämie

Die Leukämie gehört eindeutig unter die Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme des Mesoderms, des mittleren Keimblattes. Sie ist keine selbständige Krankheit, sondern der *Heilverlauf einer vorauf gegangenen Knochenmarks-Depressions-Phase*.

³¹⁷

Kyphose = nach dorsal konvexe Krümmung der Wirbelsäule

Auch nach Schädigung des Knochenmarks, z.B. durch radioaktive Bestrahlung findet man in der Heilungsphase eine Leukämie. Dies soll jedoch erst später kurz besprochen werden, hier wird nur die Leukämie, die in der Heilungsphase eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms nach Selbstwerteinbruch-Konflikt gefunden wird, besprochen.

Ich habe inzwischen viele Hunderte von Leukämien bei meinen Patienten studiert und habe folgendes gefunden:

21.2.1 Die Leukämische Regel

1. Jeder leukämischen Phase geht eine leukopenische Phase voraus, in der zu wenig weiße Blutkörperchen vorhanden sind.
2. Bei jeder leukämischen Phase ist die absolute Anzahl der normalen Leukozyten stets im Normbereich. Die normalen Leukozyten werden durch die erhöhte Anzahl der Elasten, das sind die unreifen Leukozyten, nicht gestört.
3. Die leukopenische Phase vor der leukämischen ist gleichbedeutend mit der konflikt-aktiven Phase eines Selbstwerteinbruch-Konfliktes und einer Knochen-Osteolyse im organischen Bereich. Mit der Conflictolyse dieses Selbstwerteinbruches kommt die bis dahin darniederliegende Hämatopoese des weißen und roten Blutes wieder in Gang, die des weißen Blutes, der Leukozyten, sehr rasch, die des roten Blutes, der Erythrozyten und Thrombozyten, mit 3 bis 8 Wochen Verspätung. Wir nennen das die „Erythropoese- Verzögerung“.
4. Das Symptom „Leukämie“ kommt nicht ausschließlich nur als pcl-Phase eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms nach einem Selbstwerteinbruch-Konflikt vor. Nach Bestrahlung des Knochenmarks infolge von Atombombenabwürfen oder Atomunfällen (Hiroshima, Nagasaki, Tschernobyl) sehen wir als Zeichen eines Reparaturversuchs des Knochenmarks ebenfalls das Symptom „Leukämie“. Ob dabei auch eine generalisierte Hirnschwellung gefunden wird, ist mir nicht bekannt. Die vorausgegangene Anämie ist direkte Folge der radioaktiven Bestrahlung.³¹⁸

³¹⁸ Das Knochenmark, was für die Blutbildung zuständig ist, kann durch radioaktive Strahlen oder Umweltgifte geschädigt werden, ohne dass der Betroffene einen Selbstwerteinbruch hatte. Die Folge ist eine gestörte Blutbildung, d.h. die Betroffenen leiden an einer Depression aller Blutwerte, das bedeutet, sie haben eine Anämie. Hört die radioaktive Bestrahlung auf, setzt die Heilungsphase ein. Dies zeigt sich u.a. an einer Erhöhung der Leukozyten, die sich nach Abschluß

5. Die gefährlichste Phase der Leukämie ist die Anfangsphase. Durch die Aufdehnung der Gefäße vergrößert sich - nur rechnerisch durch die stärkere Verdünnung mit Serum, nicht absolut - die Anämie, sinkt die Zahl der roten Blutkörperchen, die schon vorher durch die „reale“ Anämie der Minderproduktion der roten Blutkörperchen auf niedrigen Werten waren, nochmals, wie gesagt nur rechnerisch, deutlich ab, obwohl keine roten Blutkörperchen aus dem System verschwinden. Der Patient wird extrem müde, der behandelnde Arzt verbreitet normalerweise Panik!

Merke:

Bis 5g% Hb, 1,5 Millionen Erys und 15% Hämatokrit keine Panik, alles ganz normal! Sollten die Werte darunter liegen, sollte man einen Arzt der Neuen Medizin konsultieren, evtl. Bettruhe einhalten. Liegen die Werte unter 3g % Hb, kann man - ohne Panik - über eine Bluttransfusion sprechen.

6. Die schlimmste Panik, die dem Patienten, meist durch den Arzt, zugefügt wird, ist der „Blutungs- und Verletzungs-Konflikt“. Der Patient erlebt bei der Panikmache „Blutkrebs“ sehr häufig rein mental, einen Blut- oder Blutungs-Konflikt, was das Unterbewußtsein nicht unterscheiden kann. Es fallen nur dadurch die Thrombozyten, die durch die Verdünnung ohnehin normalerweise zwischen 50.000 und 70.000 liegen, auf noch niedrigere Werte herunter. Durch diese Thrombopenie (niedrige Zahl der Blutblättchen) blutet der Patient nun wirklich erheblich leichter. Die Panikmache nimmt zu: „Sie brauchen eine Thrombozyten-Konserven,

der Heilungsphase wieder normalisiert. Die Schulmedizin geht fälschlicherweise davon aus, daß die Leukozyten sich nicht auf natürlichem Wege normalisieren können und versucht sie daher innerhalb kürzester Zeit mit Chemo zu „therapieren“ und Bestrahlung „herunterzuknüppeln“. D.h. ein bereits z.B. durch radioaktive Strahlen vorgeschädigtes Knochenmark wird nun „therapeutisch“ noch mehr geschädigt und vergiftet.. Den grausigen Höhepunkt dieser pseudotherapeutischen Maßnahmen bildet die Knochenmarks-, „Transplantation“, die fast immer letal ist. Hier wird dem Opfer das Knochenmark mittels Röntgenbestrahlung der Knochen zerstört und anschließend ein angeblich dazu passendes Knochenmark eines Spenders wieder eingespritzt. Das Schlimme ist nur: Man kann durch radioaktive Markierung des Spendermarks nachweisen, daß dieses eben nach einigen Wochen nicht mehr nachweisbar ist, d.h. es ist vom Körper des Empfängers vollständig abgebaut worden als Fremdkörper. Eine Knochenmarks-, „Transplantation“ überleben folglich nur diejenigen, bei denen man das eigene Knochenmark nicht ausreichend bestrahlt und zerstört hatte, so daß es sich nach einiger Zeit wieder mühsam erholt...

Blutkonserven!" u.a. Die *Bluttransfusionen*, die das Unterbewußtsein nicht von Blutungen unterscheiden kann, setzen den Teufelskreis in Gang, aus dem viele nicht mehr herausfinden.

7. Das „Glück der Leukämie“ liegt darin, daß die Leukämie ja schon die Heilungsphase ist, der Konflikt also gelöst sein muß. Versteht der Patienten die Zusammenhänge und verhält sich verständig und ruhig wie ein instinktsicheres Tier, dann passiert in der Mehrzahl der Fälle nichts mehr. Ich kenne 500 Fälle von Patienten mit Leukämie, die „verstanden haben“. Allen geht es gut. Selbst wenn einer ein Konfliktrezidiv erleidet und anschließend wieder eine leukämische Phase bekommt, gerät er nicht mehr in Panik. Die Sterberate liegt nicht über der „normaler“ Menschen.
8. So gut wie kein Arzt läßt sich Chemo geben, auch nicht bei Leukämie. Kein Arzt läßt sich eine sog. Knochenmarks-Transplantation machen, weil sie absoluter Unfug ist. Leider lassen sich aber viele Ärzte Panik machen. Lymphatische Leukämie bei Kindern wird als einziger „Erfolg“ von der Schulmedizin angegeben, weil diese so wenig Chemo braucht. Diese Kinder wurden noch vor dreißig Jahren wegen „Harmlosigkeit“ dieser Leukämieform gar nicht behandelt. Sie wurden spontan und von allein wieder gesund. Diese „standardisierte Gruppe“ ist ein reines Betrugsmäöver. „Standardisierte Gruppen“ bedeuten nach diversen Kriterien ausgesuchte und zusammengestellte Fälle, also z.B. eine nach Alter oder Reaktion auf Chemo willkürlich zusammengestellte Gruppe.

Ich will nicht verhehlen, daß ich 1984, als das Taschenbuch „Krebs, Krankheit der Seele“ herauskam, noch glaubte, die Leukämie sei eine Viroserkrankung. Inzwischen haben mich meine Fälle eines Besseren belehrt. Die Leukämie ist der 2. Teil eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms. Wegen der vielen Fragen, die, wie ich weiß, Euch jetzt allen auf den Lippen brennen, will ich die Diskussion mit den bisherigen Dogmen der Schulmedizin vorwegziehen:

21.3 Die Leukämie in schulmedizinischer Sicht

Die Dogmen der Schulmedizin und derer, die das Monopol für diese sog. Schulmedizin für sich in Anspruch nehmen, sind sehr widersprüchlich.

Man glaubt, daß die Knochenmarkszellen, die die weißen Blutkörperchen bilden, die sog. „Stammzellen“, „krebsig entartet“ sind, d.h. daß sie wild und planlos weiße Blutkörperchen produzieren und durch Begleiterscheinungen und sog. „leukämische Metastasen“, was dann wieder ganz normale Organkrebse sein können, den Organismus zugrunde richten. Man glaubt,

daß die Art der Leukämie wechseln kann, also lymphatische und myeloische oder Monozyten-Leukämie miteinander abwechseln können. Weiter glaubt man, daß sog. aleukämische Leukämien und leukämische Leukämien beim gleichen Patienten miteinander abwechseln können. Weder *Psyche, noch Gehirn, noch Knochen* spielen nach schulmedizinischer Ansicht eine Rolle! Die sog. Schulmediziner geben ehrlich zu, wenn man sie unter vier Augen spricht, eigentlich nichts zu wissen.

Ein Oberarzt der Kölner Kinderklinik wollte einem Vater weismachen, man könne doch heute statistisch bis zu 90% der an Leukämie erkrankten Patienten am Leben halten. Antwort des Vaters: „Aber Herr Doktor, ich sehe das hier anders in der Klinik. Ich sehe ja nicht einmal 10%, die am Leben bleiben, ja, in der Altersklasse meines Jungen (9 Jahre) nicht einmal einen einzigen.“ Doktor: „Na ja, in der Altersklasse natürlich nicht.“

Statt dessen werden immer neue Chemo-Behandlungen ausprobiert, die kein Arzt bei seinem eigenen Kind ausprobieren würde. Nur auf das allernächstliegende kommt keiner, nämlich sich einmal zu überlegen, daß die verschiedenen Altersklassen der Kinder z.B. auch *psychische Unterschiede* haben, eben durch die Entwicklung bedingt. Ist es denn wirklich so schwer, die Verschiedenheiten, die der Doktor doch bei seinen eigenen Kindern sieht, auch auf die kleinen Patienten anzuwenden? Ein Säugling ist eben nicht ein kleines Kind, und ein Kind ist eben nicht ein kleiner Erwachsener.

Sobald man in holder Unwissenheit oder Böswilligkeit in den biologischen Heilungsprozeß mit Chemo-Intoxikation und Kobaltbestrahlung eingreift und das Knochenmark und die Keimdrüsen bleibend schädigt, vervielfachen sich die Konflikt- und Komplikationsmöglichkeiten, weil ja dann das Knochenmark zusätzlich zu der konflikt-bedingten Hämatopoese-Depression auch noch die allerschwersten toxischen Schäden der Knochenmarks-Stammzellen zu überwinden hat. Einen kranken Menschen damit heilen zu wollen, indem man ihn noch kränker macht, das alles in zynischer Ignoranz!

Besonders „selbstwertzerstörend“ wirkt sich die toxikogene oder radiogene *Kastration* der Patienten aus.

Man stelle sich doch einmal - verzeiht mir das Beispiel, liebe Leser - , einen Revierhirsch vor, den man kastriert hat und der nun trotzdem sein ursprüngliches Selbstwertbewußtsein wieder aufbauen soll. Das ist unmöglich. Auch die Verteidigung seines bisherigen Reviers ist unmöglich geworden. Wenn er also schon vorher aus irgendeinem Grunde einen Selbstwertbruch erlitten hatte, wird dieser Konflikt jetzt noch verstärkt, potenziert. Bei den Menschen ist es ähnlich. Nur eine ignorante Medizin, die die

Krankheiten nach Symptomen symptomatisch behandeln zu müssen glaubt, kann diese primitiv-hochtrabende „Zelldiagnostik“ betreiben, ohne die Psyche und das Gehirn des Patienten zu berücksichtigen.

Als ich Student war, wurde uns noch beigebracht, daß die Patienten, die an Leukämie erkrankt seien, immer den gleichen Zelltyp hätten, also eine Lymphoblasten-Leukämie, Myeloblasten-Leukämie, undifferenzierte Leukämie, Promyelozyten-Leukämie, Monozyten-Leukämie, etc. Alles das hat nicht gestimmt, wie heute in jedem Lehrbuch nachzulesen ist. Die Zelltypen wechseln. Warum das so ist, kann ich auch nur vermuten. Und zwar nehme ich an, daß es abhängig ist von der Konstellation des Konfliktes und der dadurch gegebenen Lokalisation der Osteolysen. Nur kann niemand verstehen, warum nicht diese Erkenntnis, die ja heute Allgemeingut ist, die Hämatologen³¹⁹ und Onkologen nicht längst zum Umdenken bewegt hat. Denn wenn eine „wild gewordene Stammzelle“ die Leukämie verursachen würde, dann ist doch schwer einzusehen, warum diese Stammzelle ständig verschiedene Kinder kriegen soll. Diese sog. schulmedizinischen Dogmen sind gar kein System, wie ihre Befolger glauben mögen, sondern ein „Unsystem“, eben „des Kaisers neue Kleider“, die jeder glaubt und niemand je gesehen hat, genau wie mit den im Blut herumschwimmenden Krebszellen, die auch niemand je gesehen hat und von denen trotzdem alle glauben müssen, daß sie sog. „Metastasen“ erzeugen können sollen, und zwar histologisch immer ganz verschiedene, sogar von ganz verschiedenen Keimblättern abstammende - geradezu atemberaubender Unsinn!

Therapeutisch hat man noch bei keinem Medikament irgendeine statistische Überlegenheit gegenüber einem anderen gefunden. Wenn ein neues auf den Markt kommt, stürzt sich deshalb alles darauf. Sogar mit intralumbalen³²⁰ Injektionen von Chemo-Spritzen oder -Infusionen traktiert man die armen Patienten. Und naturgemäß kann auch gar kein Mittel helfen, da man ja nur am Symptom herumkuriert, statt die Ursache zu kennen und ursächlich zu behandeln. Denn die Ursache ist ja ein psychischer Selbstwerteinbruch. Und schon die niederschmetternde Diagnose „Leukämie“ muß das gerade in Genesung befindliche Selbstwertbewußtsein wieder geradezu mit Donnergewalt zerschmettern. Was für eine Generation von Ärzten haben wir, daß sich das kein einziger je hat vorstellen können?

Es ist beschämend, daß die ehemaligen sog. Kollegen nicht einmal die körperliche Diagnostik beherrschen. So wird bei keiner Uni-Klinik in

³¹⁹ Hematologie = Spezialgebiet der Inneren Medizin, das sich mit Diagnostik, Therapie und Erforschung von Bluterkrankungen befaßt

³²⁰ intralumbal = im oder in den Lumbalkanal (lumbaler Wirbelkanal)

Deutschland von den Leukämie-Patienten überhaupt ein Hirn-CT angefertigt, geschweige denn Röntgenaufnahmen des Skelettsystems. Als ich einmal an der Universität Bonn ein Hirn-CT verlangte, haben die Ärzte nur mit dem Kopf geschüttelt, was ich denn mit einer so unüblichen und so überflüssigen Untersuchung bloß wolle. Dabei zeigt kein Patient mehr Hirnsymptomatik (Brechreiz, Schwindel, Kopfschmerzen, Benommenheit etc.) als der Leukämie „kranke“.

Es ist auch erschreckend, daß es Tausenden von Spezialgelehrten niemals aufgefallen ist, daß der Krankheitsverlauf der Leukämie nicht eigentlich der Krankheitsverlauf eines Kranken, sondern eher der eines Genesenden ist? Verschiedene vegetative Innervationen wie Sympathicotonie oder Vagotonie interessieren eben „moderne“ Mediziner nicht. Sie blicken voller Verachtung herab auf die „rückständigen“ Urwald-Medizinmänner, die sich stets für nichts so interessiert haben, wie gerade für solche Erscheinungen und psychische Dinge.

21.3.1 Gegen das Chaos der schulmedizinischer Dogmen spricht

1. Die unreifen Zellen, die sog. Elasten, die ins Blut geschwemmt werden, müßten, wenn sie echte Krebszellen wären, weiter Mitosen zeigen. Das tun sie ganz offensichtlich *nicht!* Damit fehlt ihnen das Kriterium, das das Dogma der Schulmedizin von einer Krebszelle verlangt, nämlich, daß sie sich durch Teilung vermehren kann.
2. Wir finden nirgendwo im Körper „metastatische Leukozyten-Krebsherde“, die von abgesiedelten Leukozyten abstammen würden und die Fähigkeit der Teilung wiedererlangt hätten.
3. Trotzdem werden schlichtweg echte Krebsherde, z.B. Lungenrundherde, die als Adeno-Ca dem inneren Keimblatt zugehören, als „leukämische Metastasen“ bezeichnet. Das ist völlig absurd: Denn wie sollen Elasten des mittleren Keimblattes, die, wie man von radioaktiv markierten Elasten genau weiß, niemals mehr eine Teilung im Körper machen, wie sollen die, nur weil es das Dogma so will, wahlweise Krebs des inneren oder des äußeren Keimblattes produzieren können, eine geradezu absurde Vorstellung: Ein Meerschweinchen gebiert ein Kalb!
4. Niemand hat je einen Menschen an Elasten sterben sehen, und wenn er noch so viele hatte. Denn die Elasten sterben doch schon nach wenigen Tagen, werden eingeschmolzen. Bei allen Hunderten von Patienten, die sich nach meinem Rat behandeln ließen, gingen die erhöhten Leukobla-

stenzahlen der Heilungsphase nach Abschluß der Heilungsphase spontan und ohne die geringsten Probleme oder Komplikationen wieder auf die normalen Werte zurück. In Wirklichkeit hat der Patient diese „normalen“ Werte von „normalen“ Leukozyten ja während der gesamten leukämischen Phase.

5. Auch wenn das Blut noch so viele Elasten enthält, sind die übrigen „normalen“ Leukozyten fast immer in ausreichender Zahl vorhanden, um für die Vagozytose³²¹ der Bakterien bereitzustehen. Was also ist das Störende an den Elasten? Sie sind nichts anderes als harmlose fehlerhafte Überschußware, mit Betonung auf *harmlos!*
6. Die beobachteten Phänomene der Elasten stimmen mit der Neuen Medizin überein, wonach Leukoblasten, die ja, im Blut schwimmend, nervös vom Gehirn getrennt sind, keine Neigung zur Mitose mehr zeigen dürfen.
7. Auch das Märchen, die Elasten würden die Blutgefäße „verstopfen“, ist völlig unsinnig, denn die Blutgefäße sind ja in dieser Phase maximal erweitert. Nicht einmal ein normal weit gestelltes Blutgefäß könnten die Elasten auch nur annäherungsweise verstopfen.
8. Wenn schon die „Negativ-Beweise“ unwiderlegbar sind und sich noch schier endlos fortsetzen ließen, so bin ich ja in der glücklichen Lage, Euch Positiv-Beweise in geradezu unbegrenzter Zahl zu demonstrieren, denn jeder Fall muß folgendermaßen verlaufen:
 - a) Jeder Leukämie-Patient muß einen vorausgegangenen Selbstwerteinbruch-Konflikt mit DHS erlitten haben, mit anschließender konfliktaktiver Phase und Sympathicotonie.

Jeder Patient muß eine Conflictolyse (CL) gefunden haben, sonst hätte er keine Leukämie, denn die *leukämische Phase ist das allerbeste Symptom* der Heilungsphase!
 - b) jeder Patient muß einen mehr oder weniger umschriebenen (bei Kindern generalisierten) Hamerschen Herd im Marklager des Großhirns haben, und zwar genau an der Stelle, die jeweils für den zum Konfliktinhalt gehörenden Skeletteil zuständig ist. (Siehe Schema unter „Knochen-Ca“ auf der Tabelle „Psyche-Gehirn-Organ“).

Bei jedem Patienten muß in der Leukämie der Hamersche Herd im Marklager *oedematisiert* sein als Zeichen der in Gang befindlichen Heilung des betroffenen Skeletteils.
 - c) Jeder Patient zeigt während der konflikt-aktiven Phase (ca-Phase) Osteolysen des Skelettsystems oder (in leichteren Fällen) des lym-

³²¹ Vagozytose = Verschlingen und Abräumen der Bakterien

phatischen Systems mit gleichzeitiger Depression der Hämatopoese des weißen wie des roten Blutes.

Erfolgt eine Conflictolyse, dann rekalifizieren die Osteolysen unter starker Schwellung des Knochengewebes und starken Schmerzen durch Spannung des Periosts. Nach der Conflictolyse mit Beginn der pcl-Phase kommt die Hämatopoese mit starkem Schub wieder in Gang. Zuerst werden übermäßig viele, und zwar zum großen oder größten Teil unbrauchbare Leukozyten (z.T. Elasten) produziert. Nach der üblichen Erythropoese-Verzögerung von 4 bis 6 Wochen kommt in gleicher Weise die Produktion der Erythrozyten und Thrombozyten wieder in Gang, auch hier zuerst mit einer großen Anzahl von Zellen mit minderer Qualität, z.B. vermindert sauerstoffaufnahmefähige Erythrozyten. Hierdurch bedingt resultiert eine „verzögerte Anämie“ bei gleichzeitiger Leukämie zwischen Conflictolyse und Normalisierung des roten Blutes. Dabei muß man wissen, daß von der Conflictolyse an auch mehr Erys gebildet werden aber sie fallen rein rechnerisch erst später ins Gewicht.

- d) Sämtliche Zellzahl-Bestimmungen des peripheren Blutes werden in der leukämischen Phase *objektiv falsch* gemessen, aus dem ganz einfachen Grunde, weil die Schulmediziner die vagotone Phase als qualitativ ganz und gar besondere Phase gar nicht zur Kenntnis nehmen. Sie nehmen dadurch auch nicht zur Kenntnis, daß in der vagotonen Phase die peripheren Blutgefäße ein ganz erhebliches *Plus an Volumen* haben verglichen mit der sympatheticen oder normotonen Phase. Der Hämatokrit beispielsweise ist der Quotient aus Volumen der Erythrozyten/Gesamtblutserum. Normal ist 45% Blutzellen und 55% Blutserum.

Diese Rechnung stimmt aber nur, solange das Gefäßvolumen als einigermaßen gleich oder vergleichbar gegenüber anderen Patienten angenommen werden kann. Das ist aber nicht der Fall! Wir müßten den Hämatokrit in Relation setzen zum Gesamtvolumen des Blutes, das sich in der Strombahn befindet, was gleichbedeutend ist mit der absoluten Menge der Erythrozyten im peripheren Blut. Nur das kann man eigentlich miteinander vergleichen. Hat nämlich z.B. ein leukämie-„krankes“, bzw. „genesendes“ Kind eine Erythrozytenzahl von 2,5 Millionen pro mm^2 (= Kubikmillimeter), aber durch die weit geöffneten Gefäße ein doppelt so großes Blutvolumen in der Peripherie, dann hat es in Wirklichkeit *absolut* gesehen, genauso viele Erythrozyten in seinem Gefäßsystem wie ein „Normaler“, gilt aber bei uns bisher als „schwer anämisch“. Seine vagotonie-bedingte Müdigkeit

wird als „anämische Müdigkeit“ fehlinterpretiert und dem Patienten Bluttransfusionen verabreicht, die er eigentlich gar nicht benötigt, die er nur unsinnigerweise aus „dogmatischen Gründen“ zu benötigen hat! Es ist ja gar nicht nötig, daß der Patient irgendwelche körperlichen Leistungen erbringt, die er nur erbringen kann, wenn er nicht in Vagotonie ist, sondern er soll ja ruhen und die Heilungsphase abwarten und sich schonen, wie es jedes Tierchen auch macht. Die angeblich oder vermeintlich so objektiven Werte des Blutbilds sind in Wirklichkeit ein frommer Irrtum, weil sie den wichtigsten Faktor außer acht gelassen haben.

Aber jetzt kommen natürlich ganze Salven Eurer Fragen, liebe Leser, die vorderste: Ja, aber warum oder woran sterben denn die Menschen mit Leukämie?

Antwort: Bei Kenntnis der Neuen Medizin stirbt fast niemand an Leukämie. Eine Unzahl von Patienten sterben aus iatrogenen Gründen, also durch vermeintliche Therapie, in Wirklichkeit Pseudotherapie oder durch iatogene Nichtbehandlung der normalen Komplikationen. Praktisch kein Tier stirbt an Leukämie, wenn man es in Ruhe läßt.

Denn Leukämie, ich muß es nochmals betonen, ist ja in Wirklichkeit das allerbeste Zeichen der Heilung des voraufgegangenen Selbstwerteinbruch-Konfliktes. Eine Heilung als Krankheit anzusehen, ist unsinnig.

21.4 Die verschiedenen Verlaufsstadien des Selbstwerteinbruches

<i>ca-Phase</i>	Selbstwerteinbruch	Hirnmarklager-Prozeß	Panmyelophthese
<i>pcl-Phase</i>	Selbstwert-Wiedererstarken durch Konfliktlösung	Hirnmarklager-Odem als Zeichen der Heilung	Panhämatopoese mit Verzögerung des roten Blutes

Wir wollen nunmehr systematisch die verschiedenen Verlaufsstadien des Selbstwerteinbruches, der zugehörigen Hamerschen Herde im Marklager des Großhirns und der Knochen-Osteolysen durchgehen. Zuvor aber muß ich an dieser Stelle eine wichtige Besonderheit erwähnen, weil die Leukämie wegen ihrer großen Bedeutung in der medizinischen Praxis als eigenes Kapitel behandelt wird, obwohl sie eigentlich schlicht unter Krebsgeschehen des mittleren Keimblattes abgehandelt werden müßte.

Das mittlere Keimblatt oder Mesoderm ist ja dasjenige, welches im ganzen Körper bei Verletzungen für die Narbenbildung zuständig ist. Also auch bei den vom Entoderm oder vom Ektoderm ausgehenden Krebsgeschwüsten wird die Heilung durch Narbenbildung, Einkapselung etc. vom Bindegewebe des Mesoderms besorgt. „Lediglich“ die eigentliche Heilung in Zusammenarbeit mit Mikroben und pericarcinomatöser Oedembildung wird vom jeweiligen Keimblatt selbst besorgt.

Die Fähigkeit zur „Heilungswucherung“ oder Keloidbildung ist allen mesodermalen Zellen eigen. Aus diesem Grunde verläuft die gesamte „Krebserkrankung“ bei den Organen des mittleren Keimblattes deutlich unterschiedlich zu den Krebserkrankungen der beiden anderen Keimblätter. Beim Knochen z.B. werden in der konflikt-aktiven Phase (ca-Phase) bei der Osteolyse Knochenzellen abgebaut, während in dieser Phase beim Krebs des inneren oder alten mittleren Keimblattes eine Zellvermehrung durch Zellwucherung gesehen wird. Das Typische in der konflikt-aktiven Phase beim Knochen-Ca ist die *Nekrose*, wohingegen in der Heilungsphase (pcl-Phase) eine wilde, aber sehr wohl organisierte Wucherung von Calluszellen einsetzt. Für den Pathologen ist histologisch der Unterschied der Callusbildung beim Knochenbruch zu der bei Rekalzifizierung von Osteolysen durch Knochenkrebs (= Sarkom) aus dem histologischen Präparat allein nicht zu entscheiden. Sie entscheiden, wie mir kürzlich ein Professor für Pathologie versichert hat, diese Frage nach den Röntgenbildern, womit sie sich die histologische Untersuchung praktisch sparen könnten. Das Wuchern von Bindegewebsszellen oder Knochenzellen im Heilverlauf ist eigentlich ganz normal. Trotzdem sprechen die Histologen dann von „Sarkom“, besonders dann, wenn die Bindegewebs-Wucherung ein bißchen zuviel des Guten ist.

In Wirklichkeit, das muß noch einmal klar gesagt werden, ist selbst dieses Zuviel des Guten im Prinzip nichts Krankhaftes, sondern, sofern es uns nicht rein platzmäßig durch Einklemmung von Nerven, Arterien oder dgl. mechanische Probleme macht, eine mehr kosmetisch-ästhetische Angelegenheit, ohne daß das Wohlbefinden dadurch beeinträchtigt werden muß. Im Grunde ist es wie eine große Narbe, ein sog. Narbenkeloid. Psychisch stört es viele Menschen, wenn da ein harmloses „Zuviel“ gewachsen ist, die Tiere praktisch nie.

Die Leukämie ist praktisch so eine Art sarkomähnlicher Blutzellenwucherung, nur mit dem Unterschied, daß die zuviel und qualitativ mangelhaft gebildeten Blutzellen schon nach wenigen Tagen vom Organismus wieder ausgemustert sind. Die Knochenmarks-Stammzellen hatten während der konflikt-aktiven Phase (ca-Phase) durch den Sympathicotonus infolge der Sonderprogramm-Situation im Gehirn so lange unter *Hämatopoese-*

Depression gestanden, daß sie schließlich wenig oder gar keine Blutzellen mehr produziert haben. Wir nennen das *Panmyelophytise* (heißt Schwind-sucht des Knochenmarks).

Mit der Conflictolyse dreht sich der Verlauf wieder um: Die Bremsen sind gelöst, und mit kräftigem Schub beginnt das Knochenmark wieder zu produzieren. Zunächst aber wird - das gilt für das weiße und das rote Blut - weitgehend „Ausschußware“ produziert, eben die Elasten. Elasten, die unschuldigsten und harmlosesten Zellen, die es überhaupt gibt! Jeder, der etwas anderes behauptet, lügt, weil er nicht einen einzigen Schaden nennen kann, den Elasten anrichten würden. Mit der Zeit wird die Qualität der Blutzellen, die zunächst zu wünschen übrig ließ, immer besser - und nach einigen Monaten hat das Knochenmark die Erythropoese³²² wieder „im Griff - immer vorausgesetzt, die Konfliktlösung hält an und die möglichen Komplikationen (passagere Anämie, Hirnschwellung, Knochenschmerzen) werden beherrscht.

Wechseln sich nun konflikt-aktive und pcl-Phasen häufig und kurzfristig ab wie das im täglichen Leben durch die Realitäten bedingt häufig kommt, dann sprechen die Hämatologen, natürlich ohne die Ursache zu kennen, von „a-leukämischer Leukämie“, was heißt: Zwar sind schon erste Anzeichen eines Leukopoese-Auftriebs³²³ in Form von Elasten vorhanden, besonders im Knochenmark, aber die Anzahl der Leukozyten ist insgesamt herabgesetzt. Auf diese Kombination konnte sich noch kein Hämatologe jemals einen Reim machen, verständlicherweise, denn ohne Berücksichtigung der Konfliktsituation ist so etwas kaum erklärbar.

Die Knochen-Osteolysen mit Rekalzifizierung des Knochens (fester als vorher) gehören in die Großhirnmarklager-gesteuerte mesodermale Gruppe, die sog. „Luxus-Gruppe“, weil der biologische Sinn (fester als vorher) am Ende der Heilungsphase liegt. Einen solchen Luxus hat sich Mutter Natur nur in dieser Gruppe erlaubt.

Merke:

Leukämie ist der 2. Teil eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms, nämlich der *Heilverlaufs!* oder auch die *pcl-Phase nach gelöstem Konflikt*:

psychisch:	Zustand nach gelöstem Selbstwerteinbruch-Konflikt
cerebral:	Hamerscher Herd im Marklager des Großhirns in Oedem
organisch:	Heilung nach Knochen-Osteolysen, Lymphknoten-Ca,

³²² Erythropoese = Bildung der roten Blutkörperchen

³²³ Leukopoese = Bildung der weißen Blutkörperchen

Bindegewebs-Wucherung auch nach Verletzungen (die ja auch einen Selbstwerteinbruch lokalbegrenzter Art darstellen).

Das Osteo- und Lympho-Sarkom ist eine Art von überschießendem Heilverlauf nach voraufgegangenem Selbstwerteinbruch oder Verletzung. Das Bindegewebs-Sarkom entspricht dem leukämischen Verlauf ohne Blutbildveränderungen.

Dieses Schema ist nicht etwa ein Denkmodell, sondern in jedem einzelnen Fall zwingend nachweisbar, somit eine Biologische Gesetzmäßigkeit. Es bedeutet mit einfachen Worten: Entwicklungsgeschichtlich gehören alle sog. Sarkome dem Großhirnmarklager-gesteuerten mittleren Keimblatt an, sind somit eine Einheit.

psychisch: | sind alle sog. Bindegewebs- und Knochen-Sarkome Heilverläufe nach gelöstem Selbstwert-Konflikt, die stärksten Selbstwerteinbrüche hatten Osteolysen verursacht, die weniger starken sog. Lymphknoten-Ca oder Lymphknoten-Sarkom. Die schwächsten hatten Gefäß- und Bindegewebs-Veränderungen verursacht.

cerebral: | sind die korrespondierenden Areale alle ausnahmslos im Marklager gelegen, je cranialer³²⁴ die Organe, desto frontaler im Gehirn (Marklager), je caudaler³²⁵ die Organe, desto occipitaler im Gehirn. (Kopf und Arme haben ihre Korrespondenzareale frontal, die Beine occipital.)

organisch: | Zu den betroffenen Organen gehören alle Stützorgane, die dem mittleren Keimblatt angehören. Sie alle haben auch ihre Korrespondenzherde im Marklager des Großhirns. Alle Stützorgane reagieren fakultativ mit SBS und einer organischen Lokalisation nach Selbstwerteinbruch an Knochen, Lymphknoten, Gefäßen oder Bindegewebe. Die Lokalisation ist abhängig davon, welche Assoziation erfolgte und welche Schwere des Konflikts vorliegt.

Auch die Unterscheidung von akuten und chronischen Leukämien kann man nur verstehen, wenn man jeweils die spezielle Konfliktsituation mit einbezieht: Akute Leukämien resultieren aus einem akuten dramatischen Selbstwert-Konflikt, meistens einer einmaligen Sache oder Problem, das dann eine

³²⁴ cranial = kopfwärts

³²⁵ caudal = schwanzwärts

Zeitlang konfliktiv andauert, während die chronischen Leukämien aus Konflikten resultieren, die zwischenzeitlich kein Thema sind, aber dann von Zeit zu Zeit immer wieder aufbrechen. Ich werde Euch ein paar Beispiele dafür aufzeigen.

Ich verzichte hier bewußt darauf, im alten bisherigen Stil die verschiedenen Leukämiearten zu besprechen wie es in den bisherigen Lehrbüchern getan wird, zumal ja, wie ich bereits erwähnte, die verschiedenen Arten wechseln können. Wenn ich eines Tages weiß, welche psychische und cerebrale Differenzierung dahinter zu suchen ist, oder ob überhaupt eine dahinter zu suchen ist, will ich mich gerne damit befassen. Einstweilen vermute ich nur, daß die akuten und chronisch lymphatischen Leukämien, dem lymphatischen System enger verwandt, meist einen Selbstwerteinbruch geringerer Stärke zur Ursache haben.

Übrigens ist das Marklager des Gehirns der bisher einzige Bereich, den ich bisher gefunden habe, wo die Übergänge zwischen DHS-bedingtem Konflikt des Selbstwerteinbruches und einer mehr sanften fortschreitenden Selbstwertminderung fließend sind. Diese mehr sanfte Art der Selbstwertminderung nennt man auch Entkalkung oder Demineralisation. Beim Erwachsenen ist die Entscheidung noch einigermaßen gut zu treffen, weil beim DHS-bedingten Selbstwerteinbruch in der Heilungsphase der oedematisierte Marklager-Bereich *umschrieben* ist, die sanfte Demineralisation (= Osteoporose = infantile oder altersbedingte Form des SWE) mehr diffus. Schwierig zu unterscheiden ist es beim Kind oder jugendlichen Patienten, die meist auch beim DHS-bedingten Selbstwerteinbruch *generalisiert* reagieren, allerdings ist dann auch der Konfliktbereich nicht umschrieben, sondern als typisches Zeichen des Empfindens der Kinder generalisiert. („Mutter hat mich verprügelt, sie mag mich nicht mehr leiden.“) Der alte Patient kann auch wieder „kindlich“ reagieren und einen mehr generalisierten Selbstwerteinbruch erleiden, z.B. bei der Osteoporose bei Greisen.

21.5 Das häufigste Vorkommen der Leukämie als Begleitsymptom der Heilung von Schenkelhals-, Hüft-, Wirbelsäulen-Entkalkungen. Osteosarkome

Drei Vorkommen von Leukämie sind besonders häufig. Deshalb sollen sie hier besprochen werden. Natürlich wurden sie in der sog. Schulmedizin

bisher nicht mit Leukämie in Verbindung gebracht. Das will aber für uns nichts bedeuten.

1. Schenkelhalsfraktur und Hüftkopf und Hüftpfannen-Nekroseheilungen, akuter Gelenkrheumatismus.
2. alle Arten von nicht-traumatischen Wirbelsäulen-Verkrümmungen (Skoliosen, Kyphosen, Bechterew).
3. Osteosarkome.

21.5.1 Schenkelhalsfraktur - Hüftkopfnekrose - Akuter Gelenkrheumatismus

Auf den ersten Blick haben diese drei sehr häufigen Symptome nichts miteinander zu tun. Und doch gehören sie natürlich der gleichen Art von Sinnvollem Biologischen Sonderprogramm an.

Die zwei ersten Symptome hat man früher fast nur in der 2. Phase, der Heilungsphase entdeckt, weil sie da dramatische Symptome machten. Die Hüftkopfnekrose gehörte dann zum akuten Hüftgelenks-Rheumatismus. Der Schenkelhals (Konflikt: „Das schaffe ich nicht!“) bricht normalerweise stets in der Heilungsphase, wenn das Periost (der „Knochenstrumpf“), das durch die Abhebung des Knochens durch den Heilungssinnendruck zum „Periost-Sack“ wurde, sich abhebt und keinen Halt mehr bietet. Der Knochen ist praktisch seiner Stütze beraubt, „schwimmt“ im Innern des Periost-Sackes und kann dann besonders leicht bei der kleinsten Bagatelle (z.B. kleine Drehung mit dem Fuß) brechen.

Natürlich kann man heute mit einem CT-Gerät durch Routineuntersuchungen auch in der konflikt-aktiven Phase schon die Osteolysen z.B. im Hüftkopf oder im Schenkelhals erkennen, die früher, als sie üblicherweise erst in der pcl-Phase entdeckt wurden, wenn diese Symptome machten wie Schmerzen oder eine sog. pathologische Fraktur. Natürlich kann dann gelegentlich schon eine Leukämie (Aleukämie oder schon Leukämie oder schon Polyzythämie) bestehen, wenn der Patient schon über das aleukämische Stadium hinaus ist oder sogar schon eine Polyzythämie hat.

21.5.1.1 Schenkelhalsfraktur

Die Osteolyse des Oberschenkelhalses, sog. Schenkelhals-Entkalkung, macht normalerweise erst Symptome, wenn der Schenkelhals eine sog. „Spontanfraktur“ zeigt, will heißen, daß eigentlich nicht das meist sehr harmlose Trauma für die Schenkelhalsfraktur verantwortlich ist, sondern die Osteolyse des Knochens im Bereich des Schenkelhalses. Selbst mit einer

Osteolyse aber hat der Schenkelhals noch durch das feste, wie eine Bandage um den Schenkelhals liegende Periost einen gewissen Halt, weshalb es in dieser konflikt-aktiven Phase, in der das Periost fest anliegt und Halt gibt, relativ selten zu einer Schenkelhalsfraktur kommt, es sei denn, der Schenkelhals ist bereits in voller Breite entkalkt. Der Konflikt ist stets: „Das schaffe ich nicht.“ Dabei ist die Seitigkeit natürlich verschieden:

Bei der Rechtshänderin ist es so: Wenn die Mutter glaubt, sie schaffe es nicht bezüglich ihrer Mutter oder eines ihrer Kinder, dann ist der linke Schenkelhals oder Hüftkopf betroffen. Wenn es mit einem Partner zusammenhängt, was sie nicht zu schaffen vermeint, dann ist die rechte Seite betroffen. *Bei der Linkshänderin* ist alles umgekehrt.

Unmittelbar nach der Conflictolyse (CL), wenn die Patienten der Überzeugung sind: „Jetzt schaffe ich das!“, wird innerhalb der Osteolyse ein gewaltiger Gewebedruck durch das einschießende Heilungsödem aufgebaut, der das Periost aufbläht. Dazu ist erheblicher Druck erforderlich, denn das Periost ist sehr derb und fest. Dieses Aufdehnen des Periosts („Periost-Sack“) ist sehr schmerhaft. Gleichzeitig verliert der osteolysierte, also entkalkte Knochen seinen Halt, den ihm das Periost vorher gegeben hatte.

Von da ab schwimmt der osteolysierte Schenkelhals praktisch in der Mitte dieses Periost-Sackes. Die geringste ungeschickte Bewegung, meist eine unglückliche Drehbewegung auf der Toilette oder ein Stolpern wegen der Schmerzen z.B. auf der Treppe, kann eine Fraktur auslösen.

Das Periost ist eine semipermeable³²⁶, also halbdurchlässige Membran durch die die Gewebeflüssigkeit durch den Innendruck hindurchgedrückt und außerhalb des Periosts zu Gewebeschwellung führt. Diese wird in der Leiste und im Bereich des Oberschenkels oft als Thrombose fehlgedeutet, weil man den Mechanismus nicht kannte und auch nicht kennen wollte.

Sinn und Zweck des sehr starken und schmerhaften Innendrucks im „Periost-Sack“ ist es, die Schablone, also die Form des Knochens, bis zum Abschluß der Heilungsphase aufrecht zu erhalten, damit der Knochen nach Beendigung der Heilung, nach der er fester als vorher ist, noch in etwa seine frühere Form behält bzw. behalten kann.

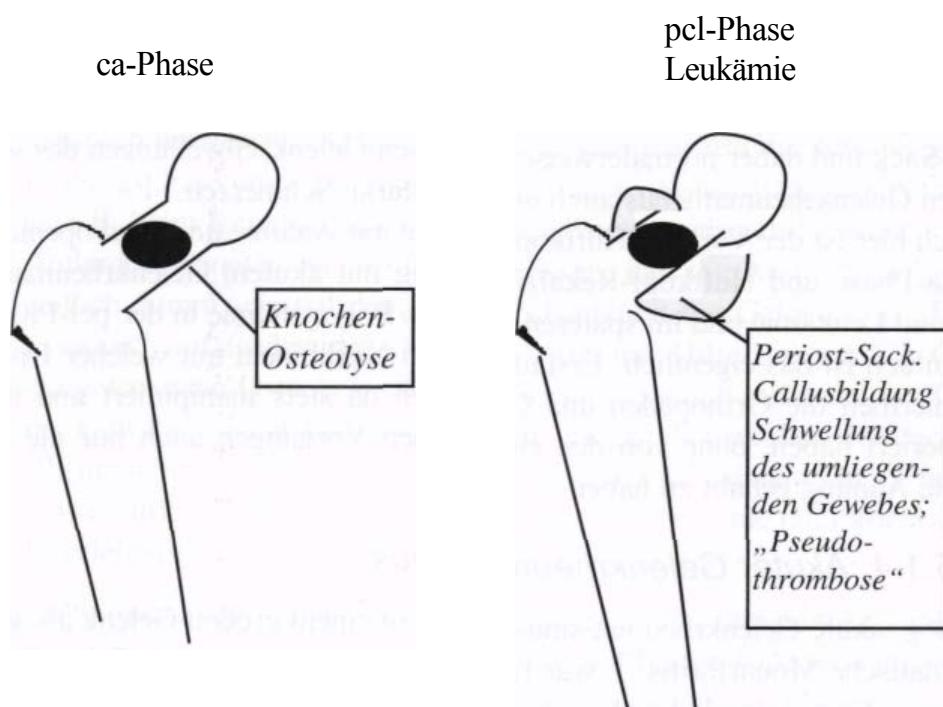
21.5.1.2 Callus

Von der Conflictolyse an wird in dem Periost-Sack Callus (Knochenzellen) gebildet, der durch die semipermeable Periost-Membran nicht hindurchgedrückt werden kann, sondern im Periost-Sack verbleibt. Sobald genügend

³²⁶ semipermeabel = halbdurchlässig

Callus im Periost-Sack gesammelt worden ist, im Röntgen- oder CT-Bild an der zunehmenden Weißfärbung des Periost-Sackes zu sehen, zieht sich der Periost-Sack wieder zusammen und der knöcherne Durchbau beginnt - in der 2. Hälfte der Heilungsphase.

Da der Knochen und auch das Knochenmark des Schenkelhalses das Organ der Bildung der Blutzellen ist, ist der Wiederaufbau des Knochens des Schenkelhalses auch gleichzeitig begleitet von einer Leukämie und späteren Polyzythämie. Genauso ist es bei der Rekalzifizierung bzw. dem Wiederaufbau einer jeden Osteolyse des Skelettsystems, egal an welcher Stelle! Die Leukämie ist nur das *Begleitsymptom* dieser Wiederaufbauphase des Knochens, die wir im Blutbild oder Knochenmarksbild sehen können. Dabei sind die Knochenmarkszellen nicht etwa nur im Bereich des Periost-Sackes, also lokal, betroffen, sondern im gesamten Knochenmark. Es reagiert also das ganze Blutbildungssystem auch wenn eine Stelle sichtbar besonders betroffen ist. Bei jedem Wiederaufbau, das gleiche gilt natürlich für die aktive osteolysierende Phase mit ihrer Blutbildungs-Depression (= Anämie und Leukopenie), ist also der Organismus nicht nur lokal betroffen, wie man bisher immer glaubte, sondern das gesamte Skelettsystem, die gesamte Blutbildung, vom Gehirn oder gar der Psyche ganz zu schweigen!



21.5.1.3 Hüftkopfnekrose (akuter) Gelenkrheumatismus des Hüftkopfes



Hüftkopf und Hütpfanne sind nicht mit Periost überzogen, sondern mit Knorpel. Dieser Knorpel ist extrem gut durchlässig für sog. *transsudative*³²⁷ Gewebsflüssigkeit, d.h. für solche Gewebsflüssigkeit, die fast kein Eiweiß enthält und lediglich durch semipermeable Membranen, wie sie das Periost oder der Gelenkknorpel darstellen, hindurchgedrückt wird. Im Gegensatz dazu bezeichnet eine *exsudative* Gewebsflüssigkeit z.B. einen vom Mesotheliom in der pcl-Phase eigens produzierten Pleura-Erguß oder

Peritoneal-Erguß (Aszites), der viel Eiweiß enthält. Die in der pcl-Phase durch den Knorpel hindurchdrückende Gewebsflüssigkeit (Heilungsoedem) verursacht die großen Gelenkergüsse des sog. akute Gelenkrheumatismus, in diesem Fall Hüftgelenks-Rheumatismus. Es gibt hier im Bereich der Gelenke natürlich keinen Periost-Sack und daher normalerweise bei diesen Gelenkschwellungen des sog. akuten Gelenkrheumatismus auch nicht so starke Schmerzen.

Auch hier ist der Verlauf: Hüftkopfnekrose mit Anämie und Leukopenie in der ca-Phase und Hüftkopf-Rekalzifizierung mit akutem Gelenkrheumatismus und Leukämie und im späteren Stadium Polyzythämie in der pcl-Phase. So einfach ist das eigentlich. Erstaunlich im Nachhinein mit welcher Unbekümmertheit die Orthopäden und Chirurgen da stets manipuliert und hineinoperiert haben, ohne von den eigentlichen Vorgängen auch nur die geringste Ahnung gehabt zu haben.

21.5.1.4 Akuter Gelenkrheumatismus

Der sog. akute Gelenkrheumatismus, meist an einem großen Gelenk als sog. rheumatische Monarthritis³²⁸, war früher eine sehr häufige sog. Erkrankung bzw. ein Symptom. Jeder Arzt wußte: Das dauert einige Monate. Meist

³²⁷ Transsudat = nicht entzündl. Erguß in Körperhöhlen und Gewebe

³²⁸ Mon- = Wortteil mit der Bedeutung allein, einzlig

hatten die Patienten mäßiges Fieber zwischen 38° und 39°. Das betroffene Gelenk war hochrot, heiß, sehr stark geschwollen und schmerhaft („rubor - calos - dolor - functio laesa“) und die Funktion war stark eingeschränkt. Über die Ursachen wußte man nichts, man vermutete Streptokokken-Toxine, faule Zähne oder Zahnwurzeln als sog. „toxische Herde“. Dies alles waren nur Hypothesen. Behandelt jedoch wurde die Sache weitgehend richtig: Der Patient mußte einfach 4-6 Monate liegen, konnte auch gar nichts anderes machen. Es war streng verboten, in ein solches hochgeschwollenes Knie, Ellbogen, Schulter oder Hüfte hineinzupunktieren! Wir hatten ganze Kurkliniken, die spezialisiert waren auf akuten Gelenkrheumatismus. Gestorben ist daran, meines Wissens, so gut wie niemand. Ich müßte es sonst auch wissen, denn als Aufsicht führender Arzt und Badearzt in der medizinischen Universitätsklinik Heidelberg, dem auch die Ausbildung der medizinischen Bademeister unterstand, war ich der Verbindungsarzt zu solchen Kliniken. Was wir damals vor der CT-Ära noch nicht wußten, war, daß

- a) jeder dieser akuten Gelenkrheumatismusfälle im gelenknahen Knochen eine Osteolyse hatte, und
- b) daß jeder akute Gelenkrheumatismus eine Rekalzifizierung in der Heilungsphase darstellte, und
- c) daß die jeweils dabei gefundenen stark erhöhten Leukozytenzahlen, die wir als Begleit-Entzündungssymptom auffaßten, natürlich nichts als eine Leukämie waren.
- d) natürlich wußten wir auch nicht, daß es sich hier um die konflikt-gelöste Heilungsphase eines Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms handelte, z.B. beim Knie: Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch-Konflikt.
- e) Außerdem konnten wir noch nicht wissen, daß die Ärzte einmal so unendlich dumm sein würden, diese hochentzündeten Gelenke zur „Probeexzision“ aufzuschneiden, nachdem man mit Hilfe unserer CT-Geräte die gelenknahe Osteolyse entdecken konnte, so daß nunmehr der Callus ins Gewebe auslief und man z.B. die Beine (bei akutem Kniegelenks-Rheumatismus reihenweise amputieren mußte unter der Diagnose „Osteosarkom“. Mortalität: 98%. Früher starb uns nie ein Patient daran. Überlebensrate 100%!

Ich habe mir einmal die Mühe gemacht und 3 Universitätskliniken abtelefoniert mit der Frage, wo denn die Abteilung für akuten Gelenkrheumatismus sei oder wo solche Patienten hinkämen. Es wurde mir in allen 3 Universitätskliniken mitgeteilt, solche Abteilungen gäbe es nicht mehr. Bei solchen Patienten würde eine Probeexzision gemacht, danach würden sie auf die onkologische Abteilung gelegt und mit Chemo behandelt unter der Diagnose

„hochmalignes Osteosarkom“, wie nur ein Oberarzt diensteifrig erklärte. Nun kann man in jedem Onkologiebuch nachlesen, daß Osteosarkom mit Chemo, Operation und Morphium behandelt, eine sehr hohe Mortalität hat.

Ich weiß, was ich sage, wenn ich feststelle: So unendlich dumm kann gar kein Arzt sein, daß ihm das nicht längst aufgefallen wäre: Früher starb bei akutem Gelenkrheumatismus kein einziger und heute sterben bei exakt der gleichen Symptomatik, allerdings bei nunmehr veränderter Diagnose („Osteosarkom“) praktisch alle!

21.5.1.5 Der Leistungssport und die ossären³²⁹ Entkalkungen (Osteolysen = Knochenkrebs), Osteosarkome und Leukämie

Auf den ersten Blick hat der Leistungssport mit den Osteolysen, d.h. Knochenkrebs, den Rekalzifikationen und der Leukämie nichts zu tun. Aber das täuscht. Nach der Neuen Medizin ist das gar nicht voneinander zu trennen.

Der Leistungssport, spätestens seit er zum sog. Berufssport geworden ist, verlangt Höchstleistungen, sowohl auf organischer als auch auf psychischer Ebene. Diese Höchstleistungen kann ein Sportler nur in Sympathicotonie erbringen. Normalerweise genügt dazu die physiologische Sympathicotonie, mit der jeder Mensch und jedes Tier seine Leistungen steigern kann. Aber im Falle eines Biologischen Konfliktes mit SBS kann diese Leistung nochmals gesteigert werden. Beim SBS kann der Sportler Höchstleistungen erbringen, die über sein Leistungslimit hinausgehen. Alle bewundern ihn: „Wie gut er ist!“ Hat z.B. ein Radrennprofi seine dadurch möglich gewordene Höchstleistung erbracht und gönnt ihm die Radsaison danach etwas Ruhe, dann kommt er in die pcl-Phase und nimmt z.B. 10 kg an Gewicht zu. Alle sagen: „Wie schlecht ist er jetzt!“ „Ja“, sagen die Sportärzte dann, „das kommt, weil er Übergewicht hat.“

Alles das stimmt nur halb und war im Grunde falsch, weil alles nur aus lauter Hypothesen bestand, die zudem nur auf organischer Ebene aufgestellt wurden. Verstanden hatte nie jemand etwas!

Jeder Sportler hat außer den normalen menschlichen Konflikten, die andere Menschen auch haben, auch speziell durch den Sport ausgelöste Biologische Konflikte, wenn er z.B. bei einem Entscheidungsspiel um eine Meisterschaft versagt hat. Er empfindet dieses Versagen normalerweise als Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch, wobei jede Sportart ihre besonderen Skelettbereiche hat, wo dieser Selbstwerteinbruch-Konflikt empfunden wird. Der Leichtathlet oder Tennisspieler empfindet ihn gewöhnlich im Kniebe-

³²⁹

Os- = Wortteil mit der Bedeutung Knochen

reich, der Handballer im Ellbogenbereich, wenn er im entscheidenden Moment den entscheidenden Ball nicht ins Tor werfen konnte. Wenn er dagegen zu langsam war, kann er ihn auch im Kniebereich empfinden, dazu auch noch im Schilddrüsenbereich (Konflikt, nicht schnell genug gewesen zu sein, den Brocken oder Ball zu erreichen). Der Fußballer kann den Unsportlichkeits-SWE entweder im Kniebereich oder im Fußbereich empfinden, der Tischtennisspieler im Handgelenksbereich, der Speerwerfer im Schultergelenksbereich mit dem er den Speer wirft.

Wird nun der Fußballspieler wegen seines Versagens aus der Mannschaft herausgenommen, und auf die Reservebank oder in die 2. Mannschaft verbannt, dann erleidet er gewöhnlich noch zusätzlich einen Revier-Konflikt. Alles das haben wir natürlich bisher nicht gewußt. Wir glaubten, der Sportler müsse nur genügend motiviert werden, um die Leistung zu erbringen, notfalls mit Geld oder ... per Doping.

Wenn Ihr dieses Kapitel gelesen habt, liebe Leser, wird es Euch wie Schuppen von den Augen fallen. Dann werdet Ihr Berufssportler mit ganz anderen Augen sehen können.

Das Grundprinzip ist ganz einfach. Wir müssen uns das 2. Biologische Naturgesetz, also nach dem DHS die Aufeinanderfolge von Sympathicotomie und nach Konfliktlösung die Vagotonie mit epileptoider Krise ins Gedächtnis rufen.

Erleidet ein Sportler, z.B. ein Tennisspieler einen Biologischen Konflikt im Sinne eines Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch-Konfliktes, weil er bei einem Turnier im entscheidenden Spiel (Endspiel) einen rabenschwarzen Tag erwischt hatte, weil er mit seinen Gedanken vielleicht ganz woanders war, und erleidet er eben dadurch solch einen SWE-Konflikt, dann ist er in Dauer-Sympathicotomie. Die nächsten Wochen ist er so gut, („in der Form seines Lebens“), daß er die nächsten Turniere gewinnt. Denn er hat ja nunmehr zu seiner Leistungsgrenze noch das Stimulans der Dauer-Sympathicotomie. Wir können auch sagen: Er ist natürlicherweise „gedopt“.

Hat er nach weiteren 4 oder 6 Wochen das Gefühl, nunmehr seine Scharfe wieder ausgewetzt zu haben, dann kommt er in die Lösung, also in die Vagotonie. Auf organischer Ebene hatte sich in dieser konflikt-aktiven sympathicotonen Phase eine Osteolyse im Kniebereich oder, wenn es mehr um das Treffen des Balles ging, im Ellenbogenbereich des Schlagarms gebildet. In der Lösungsphase schwollt nun das betroffene Gelenk an. Der Tennisspieler wird „krank“. Jeder versteht, daß ein kranker Spieler nicht volle Leistung bringen kann. Also schont er sich, bis er wieder „gesund“ ist, d.h. das Gelenk abgeschwollen ist.

In Zukunft hat der Spieler aber dort seine Schiene. Bei jedem Endspiel, das er verliert, kommt er wieder auf die Schiene. Wenn das Rezidiv dann nur eine Woche oder 14 Tage gedauert hatte, ist die Schwellung des Gelenks evtl. nicht so stark, daß man sie deutlich erkennen kann. Der Spieler spielt - in Vagotonie - und spielt schlecht. Er spielt nicht deshalb schlecht, weil er schlecht ist, sondern weil er in Vagotonie ist, auch wenn er dabei kein Fieber hat. Jedes Tierchen würde sich instinktsicher ins Nest legen und warten, bis die Zeit, sich mit dem Gegner zu messen, wiedergekehrt ist. Beim Sportler wird dann von „Leistungsträger“, Beständigkeit und dergl. gefaselt. Der Sportler muß spielen, obgleich er eigentlich keine Hochleistungen erbringen kann.

Noch schlimmer ist es z.B. wenn nach dem DHS des Unsportlichkeits-SWE-Konflikts für den Sportler die Saison zu Ende ist (Radrennsaison, Tennissaison, Fußballsaison). Dann grübelt er evtl. bis zu nächsten Saison über seinen Konflikt... und kann ihn vielleicht sogar erst am Ende der nächsten Saison lösen. Einen solchen Fall möchte ich Euch zeigen:

Ein 17jähriger Tennisspieler hatte die Club-Jugendmeisterschaft gegen einen jüngeren und schwächeren Mitspieler verloren, gegen den er sonst immer hoch gewann. An dem Tag hatte er eben solch einen rabenschwarzen Tag. Er erlitt einen Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch-Konflikt mit einer Osteolyse im linken Kniebereich (Tibia³³⁰ und Femur³³¹). Da nach dem verlorenen Spiel die Saison zu Ende war, konnte er seinen Konflikt erst ein Jahr später dadurch lösen, daß er nun endlich Jugend-Clubmeister wurde. Mit dem Moment der nunmehr gewonnenen Clubmeisterschaft, d.h. der Lösung des Konflikts, bekam er Schmerzen im linken Knie.

³³⁰ Tibia = Schienbein

³³¹ Femur = Oberschenkelknochen



Osteolyse des Schienbeinkopfes in Gelenkhöhe, auch als sog. „Schlatter-Syndrom“ früher bekannt.



In der pcl-Phase, also nach gewonne-ner Jugend-Clubmeisterschaft, kam es zu einer sog. Spontanfraktur des osteolysierten Tibiakopfes, bevor noch der eigentliche Heilungsvorgang wirk-lich einsetzen konnte. Am Femurkon-dylus³³² sehen wir ebenfalls diskrete Osteolysen (kleiner oberer Pfeil links) mit beginnender Schwellung des Knies.

Natürlich haben diese Sportler, von den übrigen möglichen zusätzlichen Konflikten einmal abgesehen, sämtlich einen sog. akuten Gelenkrheumatismus mit Leukämie, wenn auch meist in abgemilderter Form, wenn der Konflikt nicht so lange gedauert hatte. Die Sportärzte haben natürlich nicht gewußt, daß sich die Sache so verhält. Sie erstellten immer Leistungs- und Belastungsprofile. Hatte der Sportler aber kein Fieber, jedoch ein gemindertes Leistungsprofil, dann hieß es: Trainigsrückstand!

Mit Hilfe der Neuen Medizin können wir nun alle diese Phänomene leicht und geradezu zwingend erklären. Wir verstehen auch „einmalige Höchstleistungen“ neu zu sehen, die ein Sportler später selten oder nie mehr erreicht. Denn wenn ein gut trainierter 100-Meter-Läufer noch kurz vor dem Wettkampf einen Biologischen Konflikt erleidet, dann ist er noch fitter als fit,

³³²

Kondylus = Gelenkkopf

d.h. er läuft die 100 Meter nunmehr 2 Zehntelsekunden schneller, als bisher seine beste Zeit gewesen war.

Wir verstehen auch, daß man dieses Überschreiten der normalen Leistungsgrenze versucht hat, durch Dopingmittel (= Sympathicotonica) zu bewirken, wenn wir hier einmal die indirekten Dopingmittel (Anabolika, Testosterone etc.) nicht berücksichtigen. Ebenso wollen wir an dieser Stelle die Periodenschwankungen bei der Frau unberücksichtigt lassen.

Würden wir einem verletzungsgeplagten Sportler klarmachen wollen, er habe da immer eine kleine Leukämie zwischendrin, er würde uns einen Vogel zeigen. Jetzt versteht Ihr, liebe Leser, warum ich die Leukämie als vielleicht häufigste „Krankheit“, sprich Heilungsphase eines SBS bezeichnet habe. Würden die Schulmediziner genau diagnostizieren, hätten sie schon längst die ganze Sportlerwelt mit Chemo dezimieren müssen. Die armen Schäfchen, die erwischt werden und bei denen man eine Leukämie diagnostiziert, bei denen hatte der Konflikt ein bißchen länger gedauert.

Die Osteolysen müssen natürlich nicht immer in unmittelbarer Gelenknähe sein, sondern wie unter dem Unterkapitel „Osteosarkom“ bei der Snowboard-Fahrerin: Wenn sie sich nicht sportlich genug fühlte und gleichzeitig das Gefühl hat: „das schaffe ich nicht“, dann ist die Osteolyse eben z.B. zwischen Knie und Schenkelhals gelegen (Schenkelhals des Femurs = Schenkelhalsknochen), wie dieser Fall zeigt.

21.5.2 Die atraumatischen Skelettveränderungen

Die vielen nicht traumatischen Skelettveränderungen, insbesondere auch der Wirbelsäule (Skoliose, Kyphose, Lordose³³³, sog. Morbus Bechterew etc.) können wir nun sehen als unter leukämischer Heilungsphase abgeheilte Restzustände von Skelett-Osteolysen bei einmaligen oder rezidivierten sinnvollen Biologischen Sonderprogrammen, hier Selbstwerteinbruch-Konflikten.

Die Legion von nicht-traumatischen Knochenveränderungen, deren Ursache wir früher nicht erklären konnten (essentiell, habituell³³⁴, idiopathisch³³⁵, idiosynkratisch³³⁶), die wir als Bechterew-Krankheit oder als „Syndrome“

³³³ Lordose = nach ventral konvexe Verbiegung der Wirbelsäule in der Medianebene (Ggs. Kyphose)

³³⁴ habituell = gewohnheitsmäßig, öfter auftretend

³³⁵ idiopathisch = ohne erkennbare Ursache entstanden, Ursache nicht nachgewiesen

³³⁶ Idiosynkrasie = Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Stoffen

bezeichneten (Cervical-Syndrom, Lumbago³³⁷, Lumbal-Syndrom etc.), waren und sind im Prinzip immer ein- und dasselbe: Rekalzifizierte Veränderungen nach vorausgegangenen Osteolysen. Diese wiederum entstanden ausnahmslos als Sinnvolle Biologische Sonderprogramme nach einem DHS eines Biologischen Selbstwerteinbruch-Konfliktes. Die Rekalzifizierung aber konnte jeweils nur erfolgen unter Ausdehnung des Periosts, dabei Schmerzen, sowie der dazu gehörigen oder obligatorisch vorhandenen Leukämie, meist mit konflikt-aktiven Rezidiven und ebenso rezidivierenden leukämischen Heilungsphasen.

Da der Selbstwerteinbruch in seinen vielerlei verschiedenen Inhalten (siehe Skelett-Schema der Tabelle) und Kombinationen wohl der häufigste Biologische Konflikt ist, den wir kennen, und da sich die allermeisten Selbstwerteinbruch-Konflikte irgendwann doch mal lösen und den Knochen unter leukämischer Heilungsphase wieder rekalfizieren lassen, so versteht Ihr, liebe Leser, hoffentlich spätestens jetzt, warum es ein absoluter Schmarren ist, die zufällig entdeckten Leukämien als etwas Besonderes oder gar als etwas besonders Schlimmes zu erklären. Denn die Heilungsrate - wenn man sich nicht mit Chemogiften traktieren läßt - beträgt auch beim Tier an die 100%!

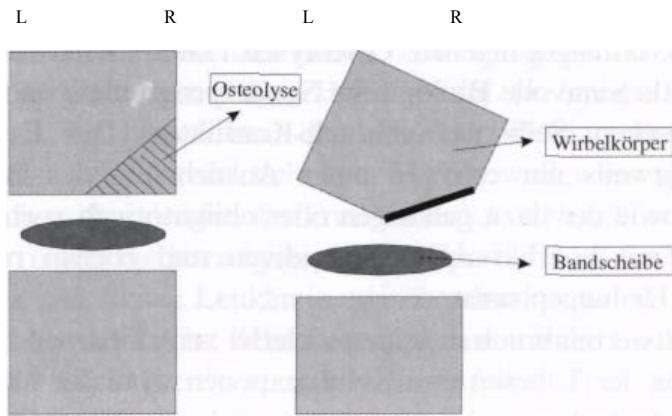
Die Höhe der Leukozytenzahlen im peripheren Blut (samt sog. Elasten) scheint eine Sache der individuellen Reaktion zu sein. Je mehr Leukozyten oder Leukoblasten, desto besser ist die Heilungsreaktion des Knochenmarks! Rekalzifiziert wird der Knochen bei 11.000 Leukozyten möglicherweise in gleicher Weise wie bei 500.000 pro mm².

Ohne Panik, speziell Blutpanik, stirbt praktisch kein Patient, muß jedenfalls keiner sterben!

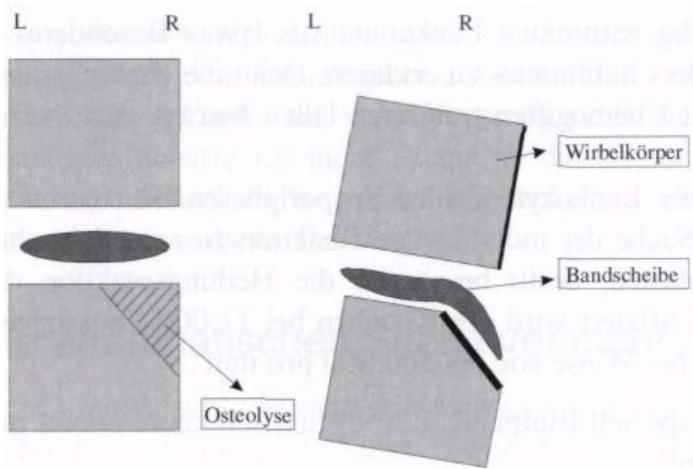
³³⁷

Lumbago = Hexenschuß

21.5.2.1 Schema der Skoliose-Entstehung



oder:



Wirbelkörper-Osteolysen bewirken ein seitliches Einknicken der Wirbelsäule. Bei der späteren Rekalzifizierung (mit Leukämie) bleibt die Skoliose.

Beim Morbus Bechterew ist der gleiche Mechanismus gegeben, nur daß hier die Osteolysen ventral oder dorsal im Wirbelkörper gelegen sind.

Dadurch kommt es durch häufige Rezidive schließlich zu

- Bechterew nach vorn (nach vorne gebückt = Kyphose)
- Bechterew nach hinten (nach hinten überstreckt = Überlordose)

21.5.3 Die Osteosarkome

Die sog. Osteosarkome sind normalerweise sehr sinnvolle biologische Abstützvorgänge eines destabilisierten Knochens wie wir noch sehen werden.

Dies gilt mit Ausnahme der durch ärztlichen Unverstand z.B. bei der Probeexzision in ein prall aufgedehntes Periost verursachten iatrogenen Osteosarkome. Von „Bösartigkeit“ kann überhaupt keine Rede sein.

In der Natur kommt der offene Bruch im Zusammenhang mit einem DHS häufig vor. Denn ein Beinbruch entscheidet da oftmals über Tod und Leben. Daß das Individuum sich an der frakturierten Stelle in seinem Selbstwert eingebrochen fühlt, ist nur folgerichtig. Wenn also das Periost bei der Fraktur eröffnet ist, auch wenn, wie bei der Definition der offenen Fraktur, der Zugang nach außen nicht gegeben ist, dann ist die Notwendigkeit für das Osteosarkom gekommen, das Mutter Natur millionenfach einstudiert hat.

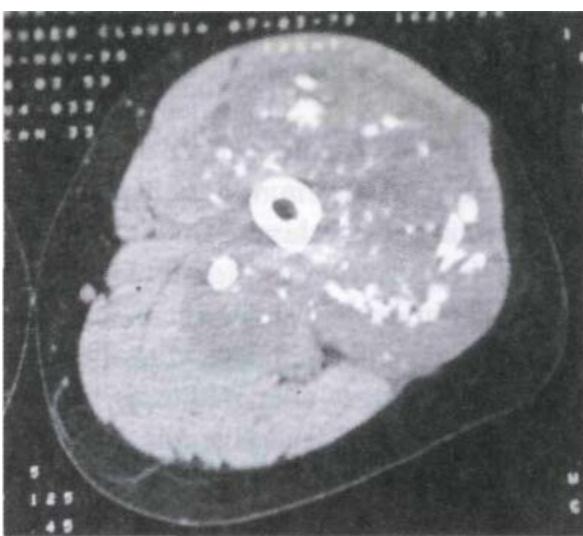
21.5.3.1 Biologischer Sinn des Osteosarkoms

Das, was in der Schulmedizin als sinnloser bösartiger Tumor bezeichnet wird, ist ein sehr sinnvoller biologischer Vorgang. Es gibt dem Menschen oder Tier selbst dann noch eine reale Chance, wenn durch eine Verletzung des Periosts an der betroffenen Stelle der „Periostsack-Mechanismus“ nicht mehr funktioniert. Das Auslaufen des Callus wird von der Natur bzw. unserem Organismus nicht etwa als „Panne“ begriffen, sondern sofort aktiv zur Bildung einer stabilisierenden Manschette verwendet. Der Callus läuft also nicht, wie wir früher geglaubt hatten, „irgendwohin“, sondern er wird vorn Organismus zirkulär in Form einer Manschette um den Knochen herumgeführt, so daß am Ende eine zirkuläre Stabilisation des Knochens resultiert.

So einfach ist das eigentlich. Derzeit sind 90% und mehr unserer Osteosarkome iatrogen ausgelöst. Das geschieht dadurch, daß meine ehemaligen Kollegen bei jeder Osteolyse, die wir gewöhnlich erst in der Heilungsphase bemerken aufgrund der Schwellung durch Gewebsflüssigkeit, die obligatorische Probeexzision entnehmen. Die Schulmediziner schneiden dabei das Periost auf, um an das Knochengewebe um die Osteolyse heranzukommen. Der angeblich notwendige diagnostische Eingriff ist in Wirklichkeit völlig überflüssig und sinnlos. Ein Röntgenbild und der psychische Befund würden zur Klärung ausreichen. Denn das Ergebnis ist stets das gleiche: Osteosarkom. Das bedeutet in der Symptommedizin in den meisten Fällen: Amputation und Chemo aber vor allem unendliche Panik, denn die Mortalität bei Osteosarkom liegt bei 90%. Genauer und richtiger aber müßte es heißen: Die Mortalität bei totaler Panik und idiotischer Pseudotherapie ist 90%. Ohne diese sinnlose Probeexzision wäre die Überlebensrate der Patienten mit einer Osteolyse in der Heilungsphase und mit kleiner Leukämie fast 100%.

Aber selbst nach solch einem unnötigen Eingriff ist in der Neuen Medizin noch kein Grund zur Panik gegeben. Zwar geht es nach solchem Eingriff darum, den Pfusch der Schulmedizin zu reparieren. Aber selbst das ist noch möglich wie erst kürzlich exemplarisch nach den Regeln der Neuen Medizin demonstriert werden konnte. Denn diese fast weißen, blutlosen Osteosarkom-Knollen lassen sich ganz einfach stumpf aus dem Gewebe herausschälen. Sie sind mit dem umliegenden Gewebe nicht oder fast nicht verwachsen. Die Schulmediziner haben die armen Patienten stets mit einem Trick zu fassen und in Panik zu bringen vermocht: Wenn man bei dem einen sog. Osteosarkom nach Probeexzision in einem Bereich, der nicht zu amputieren geht, wie z.B. im Becken, Chemo gibt, dann stoppt man mit der Vergiftung bekanntlich jeglichen Heilungsvorgang.

Nun hat man immer behauptet, man müsse das Tumorwachstum niederhalten, die bösen Teufelchen quasi in Schach halten, deshalb müsse man Chemo geben. Da mit dieser Pseudotherapie jeder Heilungsvorgang toxisch abgewürgt wird, wird natürlich auch der biologisch sinnvolle Rekalzifizierungs-Vorgang und auch der Osteosarkom-Vorgang abgewürgt, was man sich unsinnigerweise als therapeutischen Effekt gutgeschrieben hat. In Wirklichkeit war es schlimmster Unfug. Die Panik blieb, das Knochenmark wurde zerstört und der Patienten starb mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit. Denn jedesmal, wenn man mit der Chemo aufhörte, kam evtl. der Heilungsvorgang nochmals wieder in Gang. Dann schrien die Mediziner, die Krebszellen seien zurückgekehrt und müßten mit noch schärferen Mitteln mit Stumpf und Stiel ausgerottet werden. Ein iatrogener Teufelskreis, der fast immer mit dem Tod des Patienten endet.



Wir sehen links im Röntgenbild und unten im CT, daß sich eine callushaltige Manschette um den osteolytischen Teil des Knochens gelegt hat. Der Callus ist also nicht, wie man vermuten könnte, in Richtung des geringsten Widerstandes ausgelaufen, sondern er ist sinn- und planvoll um den ganzen Knochen herumgelaufen, um diesen Knochenabschnitt zu stabilisieren. Der laterale Anteil dieses sinnvollen Tumors wurde entfernt. Das waren alleine ca. 3 kg derb-knolliges wenig durchblutetes Material. Der mediale Anteil wurde zunächst belassen, weil dort die

großen Gefäße verlaufen. Dieser mediale Anteil kann leicht in einer späteren Operation technisch problemlos von medial her ausgeräumt werden.

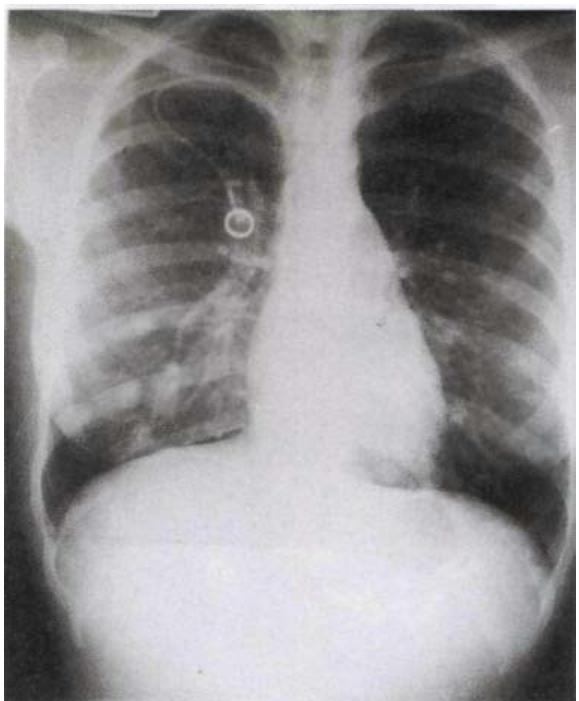
Auf der nächsten CT-Abbildung vom 18.11.98 des linken Oberschenkels habe ich ausnahmsweise einmal die linke Seite nach rechts gedreht, damit der Vergleich mit den vorangegangenen Röntgenbildern leichter fällt.

Frühere OP-Einschnittstelle des linken Oberschenkels dorsolateral (seitlich). Der Operateur wollte aus dem Knochen eine Probeexzision herausholen, eröffnete demgemäß das Periost und holte gallertartiges callushaltiges Material aus dem eröffneten Periost-Sack.





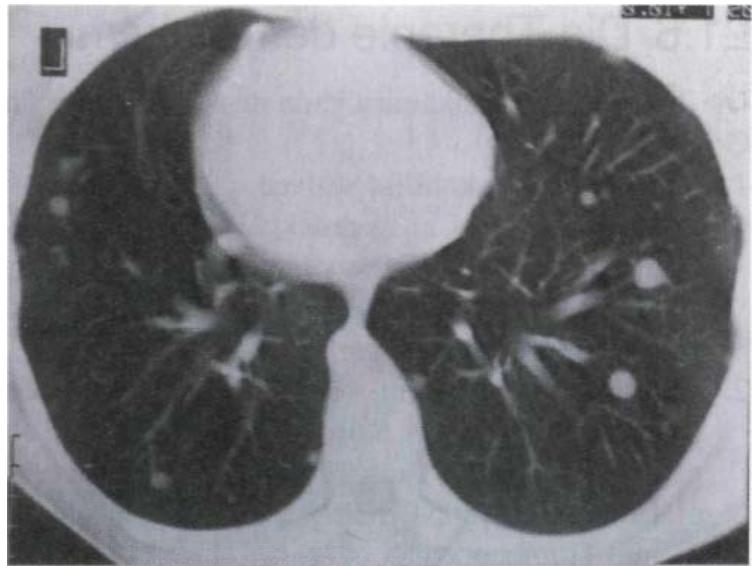
Im Großhirnmarklager sehen wir (Pfeil) auf der rechten Hirnseite für das linke Bein den HH in typischer wechselnd rezidivierender ca-Phase und pcl-Phase. HH ventral (gestrichelt): Verlust-Konflikt den linken Eierstock betreffend (Kind/Eltern-Verhältnis).



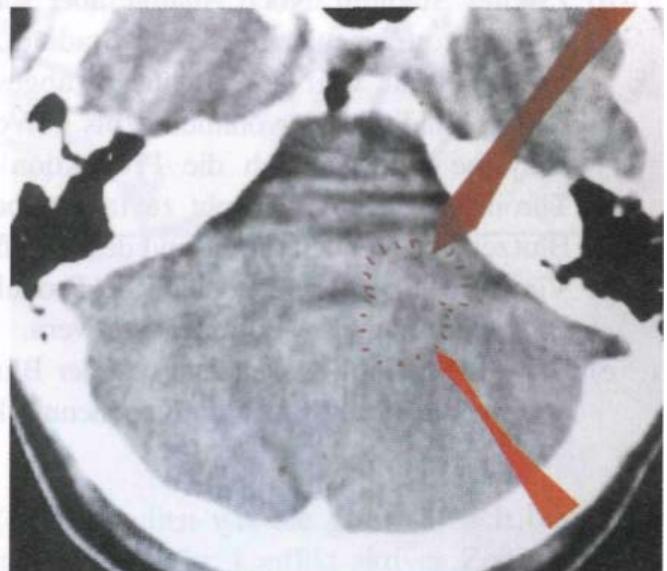
Auf beiden Lungenflügeln sind etwa 20 Lungenrundherde zu sehen von bis zu 2 ½ cm Ausdehnung. Die Lungenrundherde sind Ausdruck der Todesangst und wachsen normalerweise sehr rasch, besonders bei einem 19jährigen Mädchen, das als Schwesternschülerin gelernt hat, daß es dagegen in der Schulmedizin keinerlei Therapie gibt, also danach der baldige Tod vorausgesagt wird. Dadurch steigert sich die Todesangst in einen Teufelskreis, der nur schwer zu durchbrechen ist. Glücklicherweise konnten wir mit vereinten Kräften diese Todesangst stoppen. Die Patientin hat infolgedessen momentan eine

Lungentuberkulose mit extremem Nachtschweiß, Husten, subfebrilen Temperaturen. Dort wo jetzt die aktiven Lungenrundherde zu sehen sind, sehen wir später Kavernen.

Zum Vergleich: Thorax-CT vom 12.10.98 der gleichen Patientin.



So sieht der zugehörige HH in der ca-Phase im Stammhirn aus (Pfeil von oben). Während der Tbc bekommt er dann Oedem. Der dorsale Herd nach hinten (Pfeil unten) zeigt einen aktiven Pleura-HH als Ausdruck eines Konfliktes um den Brustraum wegen der der Patientin bekannten Lungenrundherde.



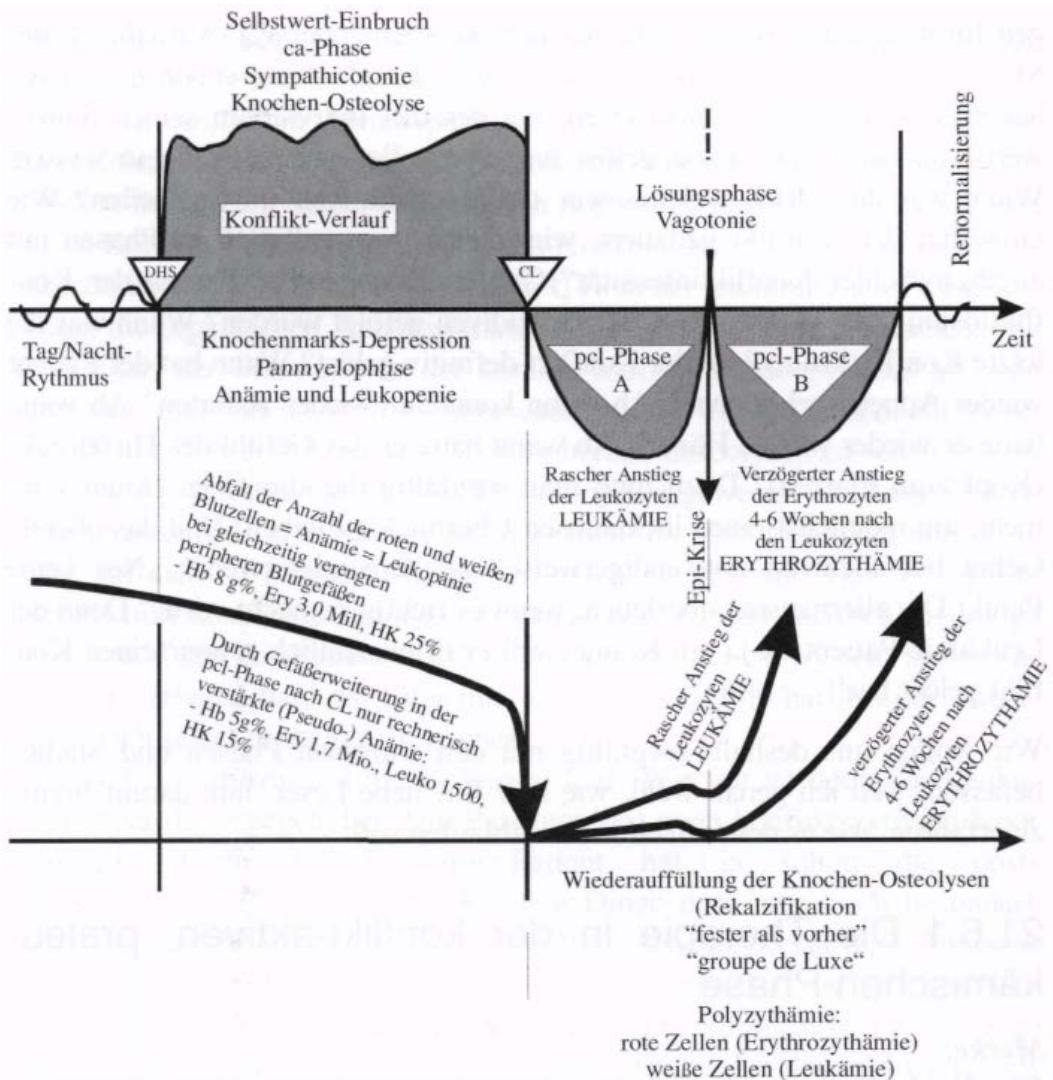
Auf dem OP-Tisch ein Drittel des 3 kg schweren Osteosarkoms



21.6 Die Therapie der Leukämie

Die Therapie der Leukämien kann man zunächst einmal einteilen in 2 große Gruppen:

1. Therapie in der konflikt-aktiven, präleukämischen (= myelophthisischen) Phase oder anders ausgedrückt: Die Therapie des Knochenkrebs in der konflikt-aktiven Phase, was hinsichtlich Hämatopoese bedeutet: Anämie Leukopenie = Panmyelophtise (Knochenmarks-Schwindsucht oder Thrombopenie-Depression)
2. Therapie der post-conflictolytischen, leukämischen Phase, der Heilungsphase nach gelöstem Selbstwert-Konflikt, der Rekalzifizierungs-Phase nach Knochenkrebs, was hinsichtlich Hämatopoese bedeutet:
 - a) Erstes Stadium: Direkt nach der CL noch Anämie und Leukopenie und Thrombopenie.
 - b) Zweites Stadium: Noch Anämie aber schon Leukozytose aber auch noch Thrombopenie. In diesem Stadium werden die meisten Leukämien entdeckt, weil die Patienten so abgeschlagen und müde sind!
 - c) Drittes Stadium: Gewöhnlich 4 bis 6 Wochen nach Beginn der Leukozytose beginnt auch die Produktion der Erythrozyten und der Thrombozyten ins Gewicht zu fallen aber ein großer Teil der roten Blutzellen sind noch unreif und deshalb mangelhaft funktionsfähig.
 - d) Viertes Stadium: Überschießende Produktion der weißen und roten Blutzellen, sog. Pan-Polyzythämia vera.
 - e) Fünftes Stadium: Normalisierung der Blutzellverhältnisse, sowohl im peripheren Blut als auch im Knochenmark.



Dieses sind die üblichen Verlaufsstadien wie sie grundsätzlich bei *jedem* Selbstwertkonflikt-DHS mit nachfolgender konflikt-aktiver Zeit sowie der post-conflictolytischen Phase auftreten, sofern eine Konfliktlösung erfolgt. Letztere ist überhaupt die Bedingung für einer Leukämie! Diese Verlaufsstadien sind im Prinzip bei Mensch und Tier gleich. Sie sind der *biologische Verlauf im günstigen Falle*. Wenn man diese biologische Verlaufweise kennt, ist die Therapie der Leukämie relativ einfach und *sehr erfolgreich!* Das werdet ihr selbst bald merken! Es ist gleichwohl nicht sinnvoll, nur den zweiten Teil des Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms, nämlich den Heilverlauf desselben, behandeln zu wollen, wenn doch der erste Teil, nämlich der konflikt-aktive Teil, jederzeit zurückkehren kann. Auch sagt uns z.B. die Konfliktdauer und die Konfliktintensität eine ganze Menge über die voraussichtliche Dauer der leukämischen Stadien. Die gleichen oder analog-

gen Informationen können wir aus den Röntgen- oder CT-Aufnahmen des Skelettsystems erhalten. Wir müssen, wenn wir als Ärzte schon das Glück haben, eine Leukämie anzutreffen, bei der das Individuum seinen Selbstwert-Konflikt schon selbst gelöst hat, über alles genau Bescheid wissen: Wann war das DHS, welches war der Konfliktinhalt im Speziellen? Wie lange hat der Konflikt gedauert, wie intensiv war er? Gab es Phasen mit abgeschwächter Konfliktintensität? Gab es schon vorher Phasen der Konfliktlösung, die wieder von Konfliktrezidiven gefolgt wurden? Wann war die letzte Konfliktlösung? Ist der Konflikt definitiv gelöst? Wann hat der Patient wieder Appetit bekommen? Ab wann konnte er wieder schlafen? Ab wann hatte er wieder warme Hände? Ab wann hatte er das Gefühl des Hirndrucks (Kopf zum Platzen)? Dazu muß man sorgfältig die klinischen Daten sammeln, um möglichst einen lückenlosen Überblick zu haben. Und das oberste Gebot bei allem ist notwendigerweise und berechtigterweise: „Nur keine Panik! Die allermeisten überleben, wenn es richtig gemacht wird!“ Denn der Leukämie-Patient ist ja ein König, weil er offensichtlich schon seinen Konflikt gelöst hat!!

Wir wollen uns deshalb sorgfältig mit den einzelnen Phasen und Stadien befassen, weil ich genau weiß, wie sehr Ihr, liebe Leser, nun darauf brennt zu erfahren, wie es denn im einzelnen ablaufen soll:

21.6.1 Die Therapie in der konflikt-aktiven, präleukämischen Phase

Merke:

Die Vorbedingung einer jeden sinnvollen Leukämie-Therapie ist zunächst die retrospektive Rekonstruktion des Konfliktgeschehens, das vor der leukämischen Phase abgelaufen ist. Dabei ist eine Entstehungs- und Verlaufs-Synopse aller verfügbaren psychischen, cerebralen und organischen Daten und Symptome unerlässlich!

Ich kann nicht eine Leukämie therapiieren, ohne über die 1. konflikt-aktive Phase des SBS, die voraufgegangen ist, Bescheid zu wissen. Ihre Kenntnis liefert mir viele wichtige Anhaltspunkte. Zunächst die psychischen: *Am wichtigsten ist immer, das DHS zu wissen!* Mit ihm weiß ich schon die maximale Konfliktdauer und den Konfliktinhalt. Das Nächstwichtigste ist die Kenntnis des Konfliktverlaufs, insbesondere die Konfliktintensität. Dazu gehören auch selbstredend die Röntgenaufnahmen oder CTs des betroffenen Skeletteils. Das Nächste ist dann die genaue Kenntnis des Zeitpunkts der

Conflictolyse. Die muß ja bei der Leukämie immer vorausgegangen sein, sonst hätte der Patient keine Leukämie.

Dann die cerebralen Anhaltspunkte: Falls Hirn-CTs vorhanden sind, ist deren Kenntnis sehr von Vorteil. Sie können darüber Aufschluß geben, ob vielleicht außer dem Selbstwerteinbruch noch ein anderer Konflikt, z.B. ein Revier-Konflikt, ein Angst-im-Nacken-Konflikt usw. vorgelegen hatte - insbesondere im Vergleich mit den Hirn-CTs in der leukämischen Phase!

Dann die organischen Anhaltspunkte: Es ist sehr hilfreich zu wissen, wie der Verlauf der Blutwerte in der konflikt-aktiven Phase gewesen ist, von wann man evtl. (meist wird es übersehen!) eine Anämie festgestellt hatte, wo evtl. auf Röntgenbildern des Skeletts bereits Osteolysen zu sehen waren, wie stark die Leukopenie und die Thrombopenie gewesen ist. Jeder Doktor sollte zu einem Medizin-Kriminalisten werden! Es lohnt sich nicht nur, diese Mühe auf sich zu nehmen, sondern es macht auch Spaß! Das Wichtigste aber: Es hilft dem Patienten, denn es macht oder fördert sachlich fundiertes Vertrauen. Denn der Patient merkt bald auch, daß da ein System in der Sache ist. Er arbeitet bald mit Eifer mit, weil er das Gefühl hat, bei der Therapie für sich selbst mithelfen zu können!

Macht Euch immer und immer wieder klar: Wie gut ist doch der Leukämie-Patient dran, gegenüber dem Patienten mit noch konflikt-aktivem Knochenkrebs. Denn der Leukämie-Patient hat ja schon die post-conflictolytische Phase erreicht! Positive Dinge darf man auch besonders positiv hervorheben, denn das baut den Patienten mit Recht auf. Die alten Vorstellungen von Leukämie als tödlicher Krankheit, wo die vermeintliche Erkrankung der bösen Blastenzellen mit Gift und Strahl ausgetrieben werden sollte, genau wie im Mittelalter der böse Teufel mit dem Schwert, Gift und Feuer unter der Folter ausgetrieben werden sollte, all diese alten Horrorgeschichten darf man ruhig als vergangene Dummheit und Arroganz anprangern, die nunmehr endgültig vorbei sind.

Hütet euch davor, Ihr Ärzte, diesen ersten Teil der Leukämiebehandlung auf die leichte Schulter zu nehmen! Es würde sich rächen, und zwar an dem armen Patienten, dem Ihr doch helfen wollt! In nicht allzu ferner Zukunft werden sich bald die Mediziner darum streiten, wer einen so erfreulichen Fall wie einen Leukämie-Patienten behandeln darf!

21.6.2 Therapie der post-conflictolytischen leukämischen Phase (2. Teil des SBS)

der Heilungsphase nach gelöstem Selbstwert-Konflikt, der *Rekalzifizierungs-Phase* nach Knochenkrebs.

21.6.2.1 Erstes Stadium

Direkt nach der CL ist noch Panzytopenie (d.h. Anämie, Leukopenie und Thrombopenie). Dieses 1. Stadium ist ein *gefährliches* Stadium für den Unwissenden, aber eine beglückende Aufgabe für einen Vollblutarzt. Der Patient hat oftmals eine hochgradige Anämie des gesamten Blutbildes. Die Gefäße waren bisher in der Dauer-Sympathicotonie enggestellt. Für dieses geringe Gefäßvolumen haben die wenigen Erythrozyten und das geringe Hämoglobin gerade ausgereicht.

Jetzt aber durch die Conflictolyse hat der Organismus umgeschaltet auf Vagotonie. Die Gefäße sind erweitert. Alle Patienten sind abgeschlagen und müde in dieser post-conflictolytischen Phase, auch die ohne Anämie. Diejenigen Patienten aber, die noch zusätzlich eine (schwere) Anämie haben, sind so unendlich schlapp und müde, daß sie nur noch liegen können. Jetzt kann kein Doktor mehr übersehen, daß der Patient „krank“ ist, obwohl er gerade jetzt schon wieder am Gesundwerden ist. Das Hämoglobin und die Erythrozytenzahl sind scheinbar „abgesackt“, in Wirklichkeit aber ist die *Konzentration* nur herabgesetzt, das Blut stark verdünnt, denn das Gefäßvolumen ist verdreifacht bis verfünfacht durch Erweiterung der Gefäße. Das Fehlende Volumen mußte durch Serum aufgefüllt werden. Deshalb gibt es gar keinen Grund zum Erschrecken! Das Blut ist nicht weniger geworden, sondern nur verdünnt. Das Herz schlägt schneller, denn es mußte größere Mengen Blut minderer Hämoglobin-Konzentration umwälzen, um die gleiche Sauerstoffleistung zu erreichen. Das will aber das Herz nicht, denn die Konfliktlösung ist ja da, die „Schlacht geschlagen“. Der Organismus schaltet mit sanfter Gewalt auf Erholung, um die Wunden der Schlacht auszuheilen!

Synchron mit der psychischen Konfliktlösung hat auch der Computer *Gehirn „umgeschaltet“*. Auch dort beginnt die Heilung durch eine Schwellung des oder der Hamerschen Herde im Marklager des Gehirns. Und obgleich der Patient so sterbenskrank matt und abgeschlagen aussieht, beginnt exakt mit der Conflictolyse im Knochenmark der Produktionsschub der Hämatopoiese. Diesen Zustand, wenn im peripheren Blut *noch* Anämie und Leukopenie imponieren, im Knochenmark aber schon die ersten Myeloblasten

(oder Lymphoblasten) bei der Sternalpunktion gewonnen werden können, den nannten die Schulmediziner bisher „Myeloblastische“ oder „Lymphoblastische Aleukämie“ im Gegensatz zur Myeloblasten- oder Lymphoblasten-Leukämie. Man spricht von einer „aleukämischen Leukämie“. In Wirklichkeit ist es „nur“ das 1. Stadium der Heilung oder das Anspringen des Motors der Hämatopoese.

21.6.2.1.1 Komplikationen des 1. Heilungsstadiums und Therapie

Es mag Euch vielleicht übertrieben erscheinen, manchen vielleicht sogar lächerlich, wenn ich für die schlimmste Komplikation ein Konfliktrezidiv halte oder einen neuen Panik-Konflikt mit DHS. Ich weiß, wovon ich spreche und habe gute Gründe dafür! Komplikationen auf organischem Gebiet, sogar auf cerebralem Gebiet, kann unsere hochgerüstete Intensivmedizin heute relativ gut beherrschen. Daran muß man nicht mehr sterben - jedenfalls nicht in den allermeisten Fällen. Aber den psychischen Komplikationen stehen die Mediziner meist ratlos gegenüber! Den allermeisten fällt es unendlich schwer, sich vorzustellen, daß die vermeintlich so „harten Laborfacts“ von der Psyche meist nach Belieben aufgeweicht werden können und auch in gleicher Weise wieder gehärtet werden können. Der ganze Heilverlauf steht und fällt nicht nur mit dem Mut und der Zuversicht der Psyche, sondern diese Psyche kann nur stabil bleiben, wenn der Konflikt gelöst bleibt und kein neuer hinzutritt, der den Patienten wieder in die Dauer-Sympathicotomie zurückwirft. Wenn bisher ein Leukämie-Patient ein schweres Selbstwert-Konfliktrezidiv erlitt - oftmals durch die niederschmetternde Diagnose „Leukämie“ selbst - dann gingen stets augenblicklich die Leukozytenzahlen herunter, denn der Patient war wieder in Sympathicotomie mit erneuter Depression der Hämatopoese des Knochenmarks. Die Mediziner jubelten dann gewöhnlich: „Hurra, eine sogenannte Remission³³⁸!“ In Wirklichkeit war der schon auf dem Wege der Gesundung gewesene Patient wieder schwerkrank (= sympathetic) gemacht worden. Schaffte der arme Patient es aber - wider alle Erwartung - einmal, trotz Folter mit Gift, Stahl und Strahl seinen Selbstwert-Konflikt noch einmal zu lösen (d.h. den Selbstwert wieder aufzubauen), so daß eine neue Leukämie resultierte oder blieb er gar resistent (oder renitent) gegen alle Vergiftungsversuche, so daß er einfach in der Heilungsphase der Leukämie blieb, dann jammerten alle Mediziner, jetzt sei nichts mehr zu machen, das Rezidiv sei gekommen oder

³³⁸

Remission = Zurückgehen von Symptomerscheinungen

gehe gar nicht weg. Dann setzte man immer aggressivere Gifte ein, bis auch ein solcher Patient schließlich zusammenbrach und wie alle anderen starb.

Der Patient ist in der leukämischen Heilphase wie ein zartes Pflänzchen, das noch nicht der rauen Luft der Selbstwert-Konkurrenz ausgesetzt werden darf. Er sollte optimalerweise in einem Sanatorium mit kleiner Intensivabteilung alle Wünsche erfüllt bekommen. Man sollte ihm sein Selbstwertgefühl gewaltig aufbauen, man sollte aber ansonsten alle Probleme von ihm fernhalten, vor allem die der „wohlmeinenden Familie“. Vor allem muß er, wie ein Tbc-Kranker, seine „Liegekur“ als völlig adäquat begreifen. „Schlapp und müde ist gut!“ Knochenschmerzen sind gut und ein sicheres Zeichen der Heilung! „Kein Anlaß zur Panik!“ Es braucht seine Zeit.

Cerebral kann man bereits, wenn man genau hinschaut, das beginnende Ödem des Marklagers des Gehirns erkennen, beim Kind und jungen Menschen meist generalisiert, beim älteren Menschen meist umschrieben, bei sehr alten Menschen wiederum generalisiert. Aber Komplikationen sind in diesem Stadium vom Gehirn her nur selten zu befürchten. Nur wenn der Konflikt lange gedauert hatte, also länger als ein halbes Jahr, muß man auch hier schon auf den Hirndruck achtgeben. Es empfiehlt sich in solchen Fällen, so spät als möglich, aber so früh als nötig Cortison zu geben; beim Erwachsenen Prednisolon retard 20 bis 50 mg über den Tag und die Nacht verteilt, wobei die übliche „Nachtvagotonie“ von abends 9 Uhr bis morgens 3 oder 4 Uhr besonders sorgfältig bedacht werden muß. Bei Kindern gibt man natürlich entsprechend weniger. So spät als möglich fängt man bei der Leukämie deshalb mit Cortison an, weil das Cortison die Hämatopoese bremst, was ja nicht erwünscht ist. Man nimmt es, um den Hirndruck in Grenzen zu halten. Nur 5 bis 10% der Fälle brauchen Cortison! Meist genügen aber Eisbeutel auf die heißen Stellen des Kopfes.

Organisch stehen als Komplikationen im Vordergrund die *Anämie* und die Thrombopenie mit der dadurch bedingten Blutungsneigung in der allerersten Zeit nach der Conflictolyse! Daß die Leukopenie in diesem Stadium eine „Abwehrschwäche“ darstellen würde, ist barer Unsinn! Alle Vereiterungen und sonstigen bakteriellen Geschehnisse, die auch in dieser Heilungsphase ablaufen, sind ausdrücklich vom Organismus gewollt und toleriert. Solange da nicht mit Zytostatika manipuliert wird, hat der Organismus auch bei Leukopenie genügend Leukozyten zur Verfügung, um eine reibungslose Kooperation mit seinen Freunden und Helfern, den Bakterien, zu gewährleisten! Selbst mit 2000 oder nur 1000 Leukozyten pro mm² bleibt in diesem Stadium noch „alles in Ordnung“, kein Grund zur Panik! Und selbst wenn in diesem Stadium schon die ersten Elasten im peripheren Blut eingeschwemmt werden, ist das höchstens Grund zur Freude. Wer sich

den Unsinn ausgedacht hat, die Elasten würden das ganze Knochenmark verstopfen, dem gehört ein Orden für Dummheit und Kurzschlußdenken! Es stimmt davon kein Wort!

Aber im I. Stadium sind wir ja noch vor der Blasten-Schwemme im peripheren Blut. Im Moment beschäftigen uns ja die Anämie, die Leukopenie und die Thrombopenie.

Die folgende Komplikationsmöglichkeit sei hier genannt, sie gilt für alle Anfangsstadien nach der Conflictolyse: Durch die Weitstellung der Gefäße und die starke Blutverdünnung sowie die relative Thrombopenie kommt es leicht zu Blutungen, besonders in der Nase (z.B. durch Krusten und Nasenbohren). Dies ist kein Anlaß zur Panik, man sollte jedoch vorsorglich die Nasenschleimhäute durch Salben und Öltropfen u.a. feuchthalten.

21.6.2.1.2 Anämie

Die Anämie ist ohne Zweifel vorhanden, denn das Knochenmark hat ja noch bis vor kurzem unter Depression der Hämatopoese gestanden. Die Erythrozytenzahl pro mm^2 nimmt nach der Conflictolyse, wie wir schon oben besprochen haben, auch noch erheblich ab, aber eben nur, weil jetzt das ganze Gefäßsystem prall mit Flüssigkeit gefüllt ist. Und je mehr das Blut mit Flüssigkeit verdünnt ist, desto mehr sinkt die Anzahl der Erythrozyten pro mm^2 . Das Hämoglobin nimmt meist im gleichen Maß ab, jedoch auch nur rechnerisch!

Das bedeutet, daß in dieser vagotonen pcl-Phase ein Hämoglobin von 6 g% bei 2 Millionen Ery pro mm^2 in etwa einem Hb von etwa 10 bis 12 g% und 40 Millionen Erys pro mm^2 im sympathicotonen Gefäßzustand, nämlich mit enggestellten Gefäßen und dadurch bedingten geringem Gefäßvolumen entspricht. Deshalb nur keine Panik! Mit 6 g% Hb lebt der Patient in der pcl-Phase (vagotonen Heilphase) noch ganz gut!

Ob der Patient - definitive Konfliktlösung vorausgesetzt - wirklich noch an echter Erythrozytenzahl (absolut) abnimmt, oder ob eine solche Abnahme nur durch Volumenschwankungen vorgetäuscht wird, wissen wir noch nicht ganz genau. Ich halte es aber nach meinen derzeitigen Erfahrungen für möglich, daß es noch eine gewisse „Auslauf-Depression“ der Hämatopoese gibt, besonders, wenn der voraufgegangene Konflikt lange gedauert hatte. Aber trotz allem finden wir ja von dem Zeitpunkt der Conflictolyse ab auch die Zeichen einer vermehrten Hämatopoese auch des roten Blutes. Es dauert hier nur etwas länger, bis die rote Hämatopoese in Gang kommt als bei der weißen Blutbildung. Da aber zusammen mit der Anämie fast immer auch eine natürlich nur rechnerische Thrombopenie einhergeht, die zu sehr unan-

genehmen Blutungen führen kann, sollte man kein Risiko eingehen, sondern, wenn das Hämoglobin unter 5 g% sinkt und bei einem Hämatokrit (HK) von 15% die Zahl der Erys unter 1,5 Millionen pro mm³ gehen, dann sollte man eine Bluttransfusion vornehmen - und zwar so wenig als möglich! Die Zeit arbeitet ja ohnehin für den Patienten! Deshalb ist es besser, er bekommt nur eine Konserve (450 ml) gewaschene Erythrozyten, als daß er „auftransfuriert“ wird, wie man das früher unter der gänzlich anderen Prognose machte. Natürlich braucht der Patient Betruhe!

Die Thrombozytopenie, oder auch kurz Thrombopenie, ist eine nicht zu unterschätzende Komplikationsmöglichkeit. Insbesondere bei Kindern habe ich es stets beobachtet, daß jede Angstpanik die Thrombozytenzahl kurzfristig „in den Keller hauen“ kann. Sie erholt sich zwar auch wieder rasch, wenn die Panik vorbei ist, aber momentan ist die Blutungsneigung da, und der Patient ist ja dann auch vorübergehend wieder in Sympathicotonie, ißt nicht, hat Brechreiz etc. Besonders gefürchtet sind Blutungen in den Gastro-Intestinal-Trakt aus dem Nasenrachenraum. Die Blutungsgefahr ist, wie besprochen, durch die starke Blutverdünnung heraufgesetzt. Grundsätzlich gilt: Ein Patient, bei dem man keine Zytostatika-Vergiftung macht, bei dem man überhaupt so wenig wie möglich „Maximal-Brutalmedizin“ macht, den man aber psychisch optimal stabilisiert und aus jeder Panik heraushält, der hat optimale Chancen zu überleben - zu 95% und mehr!

21.6.2.2 Zweites Stadium: Noch Anämie und Thrombopenie, aber schon Leukozytose bzw. Leukämie

In diesem Stadium werden die meisten Leukämien entdeckt, weil die Patienten so abgeschlagen und müde sind (was bei Schulmedizinern als ganz schlechtes, geradezu teuflisch krankhaftes Zeichen gilt). Oft ist es geradezu grotesk, besonders bei Patienten, die nicht so lange Konfliktaktivität gehabt haben: Da ist einer schlapp und müde, kann sich kaum noch auf den Beinen halten, so müde ist er. Fühlt sich aber, sobald er wieder in der waagerechten Lage ist, pudelwohl, schläft wie ein Murmeltier, hat einen Appetit wie ein Waldarbeiter. In dieser Situation des Wohlbefindens, wo der Patient gerade seinen Selbstwert-Konflikt erfolgreich gelöst und mit dem kräftigen Wiederaufbau seines Selbstwertbewußtseins begonnen hatte, kommt dann gewöhnlich die Diagnose „Leukämie“ und direkt dahinter die vermeintliche Prognose: „Nur soundsoviel Prozent Überlebenschancen“. Nachfolgend scheibenweise Todesqual von einer Transfusion bis zur nächsten, der Kopf kahl durch aggressive Zytostatika-Folter. Das Ganze in halbverdunkelten, von

Neonlicht notdürftig erhellten, laborartigen Räumen, dazu das ständige Gequatsche von Blutbildwerten und rings herum die mitleidigen Gesichter der Anverwandten. Und wenn man sich überlegt, daß das alles ein riesiger Schwindel sind, dann wird einem nur noch schlecht!

Und wenn nun ein solcher schon halb zu Tode „therapiert“ armer Mensch noch zu Euch findet, wo meint Ihr denn, muß die Therapie beginnen; doch auf keinen Fall beim Blutbild, wo die Weißbekittelten gerade aufgehört haben! Oder beim akademischen Kluggequatsche über voraussichtliche statistische Überlebenschancen und Prognosen, die ja alle Schwindel sind! Nein, hier ist ein armer gefolterter Mensch, ein Freund und Bruder, mit dem ihr Erbarmen haben müßt! Und wagt mir nicht, diesen bigott-mitleidigen³³⁹ Ton anzuschlagen: „Ach, Herr Müller, geht's denn noch einigermaßen?“ Wobei dann so mancher in Wirklichkeit nicht selten gedacht hat: „Hoffentlich ist es bald zu Ende!“ Nein, dieser arme Mensch wird wieder genauso gesund wie Ihr selbst, wenn Ihr ihn nur richtig behandelt!

21.6.2.2.1 Psychische Komplikationen

Die Patienten dieses 2. Stadiums sind in einer noch glücklicheren Lage als die des aleukämischen 1. Stadiums der Heilungsphase. Sie haben glücklicherweise schon ihre leukämische Phase, das „Glück der Leukämie“! Das müßt Ihr ihnen am Tag mindestens 10mal immer und immer wieder sagen und zwar voller Freude und Zuversicht, denn es ist doch wirklich ein sehr gutes Zeichen, daß die Hämatopoese wieder voll angesprungen ist! Am besten veranstaltet Ihr zur Ankunft eines echten Leukämie-Patienten ein kleines Stationsfest, so erfreulich ist eine Leukämie! Und laßt Euch im Detail schildern, wie er es geschafft hat, seinen Selbstwert wieder aufzubauen, lobt und bewundert ihn nach Gebühr! Und wenn er sogar die „Therapien“ Eurer Kollegen überstanden hat, ohne einen erneuten, allertiefsten Selbstwertschock davonzutragen, dann ist er wirklich ein Held und gehört auch so behandelt!

Ihr müßt herunter von Eurem hochnäsigen Doktorpodest. Heute mehr denn je, nachdem Ihr doch einsehen müßt, daß Ihr Euren Patienten jahrzehntelang falsches erzählt habt. Diese Patienten sind nicht „Fälle“, sondern sind Menschen wie du und ich. Und wenn Ihr Mediziner nicht mit solchen Menschen in der richtigen Weise umgehen könnt, dann seid Ihr für die Neue Medizin ungeeignet! Ein Professor für Frauenheilkunde in der Nähe der Reeperbahn

³³⁹ bigott = frömmelnd

in Hamburg fragte mich einmal, ob man mit psychischer Behandlung Krebs heilen könne. Ich meinte, unter gewissen Voraussetzungen sehr gut sogar! Da meinte er, das lehne er ab, denn dann müsse er sich ja mit seinen Patientinnen, die einen sexuellen Konflikt hätten und nach meinem System einen Gebärmutterhals-Krebs, über ihre dreckigen sexuellen Konflikte, ihre Zuhälter und dgl. unterhalten, das sei für ihn nicht zumutbar.

Ich meinte, er schaffe das ohnehin menschlich nicht. Aber das seien eben Menschen wie er auch, und für diese kleinen Prostituierten sei es sicherlich mindestens die gleiche Zumutung, sich mit ihm über seine Golflöcher zu unterhalten, ich sähe da keinen prinzipiellen Unterschied, außer den der Arroganz.

Wenn sich die 5 Naturgesetze der Neuen Medizin erst mal herumgesprochen haben, und auch in Deutschland von der ersten Uni-Klinik praktiziert werden, und wenn dann erst die mittelalterliche Vergiftungsfolter aufgehört haben wird, dann ist der Leukämie-Patient in diesem 2. Stadium des Heilverlaufs ein „leichter Fall“, was die Psyche anbetrifft. Denn er ist ja - sonst hätte er keine Leukämie - konflikt-gelöst, psychisch müßte er in einer Hochphase sein!

21.6.2.2.2 Cerebrale Komplikationen

In diesem 2. Heilstadium muß man auf das Gehirn achten. Es schwilzt an, was Ihr an der tiefdunklen Anfärbung des Marklagers erkennen könnt, sowie an der Kompression der Seitenventrikel. Dies ist aber nur bei generalisiertem Selbstwerteinbruch der Fall, bei umschriebenen Selbstwerteinbruch-Konflikten (z.B. Mutter/Kind-SWE) sind gewöhnlich auch nur spezielle Marklager-Bereiche betroffen, genau wie nur spezielle Skelettbereiche osteolytiert waren! Ihr seht dann umschriebene Marklager-Bereiche im Hirn-CT tiefdunkel erscheinen und evtl. nur einen Seitenventrikel partiell imprimiert. Die richtige Dosierung von Cortison oder anderen Sympathicotonica ist hier eine Kunst: So wenig wie möglich, so viel als nötig. Auch adeno-corticotropes Hormon (ACTH), z.B. Synacten, kann eingesetzt werden, ist aber nicht so gut zu dosieren. Grundsätzlich bestehen aber dagegen keine Bedenken. Eine Dosierungsangabe würde hier jedoch nur verwirren, weil ja jeder Fall verschieden ist. Je höher die Zahl der Leukozyten ansteigt, desto stärker ist auch der vorangegangene Konflikt gewesen und desto stärker ist auch die Schwellung des Hamerschen Herdes im Marklager zu erwarten. Aber ein unlösbares Problem ist so etwas für die heutige Medizin überhaupt nicht, denn bei dieser rein symptomatischen medikamentösen Behandlung ist ja die Schulmedizin wieder auf ihrer Domäne. Prednisolon

wird gegeben von morgens 11.00 Uhr bis abends 23.00 Uhr alle 3-4 Stunden je 5 mg. Dies ist jedoch nur in 5 bis maximal 10% der Fälle nötig. Normalerweise ist es ausreichend, einen Eisbeutel lokal aufzubringen und ab und zu ein Täßchen Kaffee zu trinken.

21.6.2.2.3 Organische Komplikationen

Zunächst einmal bietet die Leukozytose, also die Leukozyten-Schwemme (die ja überwiegend nur aus Elasten besteht) weder quantitativ noch qualitativ irgendwelche Probleme. Gerade die Elasten verschwinden ja jeweils schon nach wenigen Tagen wieder aus dem Blut und werden „eingestampft“ und durch neue ersetzt. *Zudem sind sie ja überhaupt nicht mehr zu einer Teilung fähig.* Mithin ist auch die Bezeichnung „leukämische Infiltrate“ ein großer ignorerter Bluff gewesen. Denn wenn sich Elasten nicht mehr teilen können, können sie natürlich auch keine (gemeint sind „karzinomatösen“) Infiltrate machen! Übrigens hat man ja solche vermeintlichen leukämischen Infiltrate auch schon des öfteren angeblich im Gehirn gefunden. Man hat diese Hamerschen Herde - denn um etwas anderes kann es sich natürlich nicht gehandelt haben - fälschlicherweise für die Folge der Leukämie gehalten, dabei war es die Ursache des Knochenkrebs und natürlich auch des Heilungsvorgangs im Computer Gehirn! Auch daß die Leukoblasten-Schwemme, ich habe es schon mal erwähnt, das Knochenmark oder die weit aufgedehnten Blutgefäße verstopfen würde, ist ein medizinisches Kindermärchen gewesen. Noch nie hat jemand es beweisen können. Die Elasten sind nichts anderes als harmlose Ausschußware, die stets in wenigen Tagen „eingestampft“ wird, bis endlich die Produktion wieder nur noch normale Zellen liefert. Nein, die Elasten machen uns überhaupt keinerlei Probleme, denn es gibt ja stets 5.000 bis 10.000 normale Leukozyten, egal, wie viele Elasten es in der Peripherie gibt. Dafür bereitet uns in diesem Stadium immer noch die Anämie der roten Blutzellen, Erys und Thrombos, Probleme. Die Problematik hat sich in diesem Bereich gegenüber dem I. Stadium noch nicht geändert. Aber diese Probleme sind heutzutage gut beherrschbar, es besteht kein Grund zur Panik!

Während also die sog. Leukämie schon die Conflictolyse hinter sich hat, sonst wäre sie eben nicht „leukotisch“ oder leukämisch, haben die konfliktaktiven Selbstwert-Konflikte diese Conflictolyse noch vor sich. Diese Komplikation, daß wir etwa den Selbstwertseinbruch-Konflikt nicht lösen könnten, liegt nicht an, denn durch die Lösung des Konfliktes wurde ja die Depression des Knochenmarks zur sog. Leukämie, dem Übersprudeln der Blutproduktion in der Heilungsphase. Unter der Annahme oder Vorausset-

zung, daß die Konfliktlösung konstant bleibt, also kein Rückfall - auch nicht durch Diagnose und angebliche schlechte Prognose - eintritt, bleiben im wesentlichen 3 Arten von Komplikationen:

21.6.2.2.3.1 a. Komplikationsmöglichkeit: Anämie und Thrombopenie

Die Erythro- und Thrombopoese-Verzögerung in den ersten 6 Wochen nach der Conflictolyse:

Der Patient kann auch noch in der Heilungsphase (pcl-Phase) an einer Anämie oder Thrombopenie sterben, bzw. verbluten. Diese Komplikation ist unter den klinischen Bedingungen eines Krankenhauses normalerweise überhaupt kein Problem. Sie ist derzeit nur noch ein Problem der Ignoranz. Damit aber möglichst jedwede Blutung vermieden wird, sollte der Patient sich so lange ruhig verhalten, bis die Thrombozyten wieder angestiegen sind.

21.6.2.2.3.2 b. Komplikationsmöglichkeit: Spontan-Knochenfraktur

Bei Konflikten des Selbstwerteinbruches, die lange angedauert haben, können so große Osteolysen im Skelettsystem entstanden sein, daß es zu Spontan-Frakturen kommen kann. Besonders von mir gefürchtet sind solche, bei denen das Periost verletzt wird. Es kommt dann zum sog. Sarkom, einer Knochenwucherung im Gewebe, die zwar auch im Prinzip harmlos ist, aber erhebliche mechanische Probleme machen kann. Bei sauberer Diagnostik und entsprechendem Vorwissen dürften das aber auch keine unüberwindlichen Probleme sein. Auch hier ist das größte Problem die Unwissenheit der Ärzte.

21.6.2.2.3.3 c. Komplikationsmöglichkeit: Hirnschwellung im Großhirn-Marklager

In der Heilungsphase sehen wir - wie bei jeder Krebserkrankung - eine Schwellung des Gehirns im Bereich des Hamerschen Herdes, und zwar genau analog zu den Skeletteilen, die betroffen sind, im *Marklager* des Gehirns. Diese Schwellung kann passager zu einem präkomatösen oder gar komatösen Zustand des Patienten führen (Hirncoma). Dieser Zustand tritt um so leichter ein, wenn der Patient, wie das heute so üblich ist, rund um die Uhr mit Flüssigkeit (Infusionen) vollgepumpt wird. Aber auch diese Komplikationen *passagerer* Art sind klinisch gut abzufangen mit Sympathicotonica und Cortison, Penicillin etc. Auch hier ist wieder die Ignoranz der Ärzte das größte Handikap.

21.6.2.3 Drittes Stadium: Beginn der Erythrozyten-Schwemme in die Peripherie, etwa 4 bis 6 Wochen nach Beginn der Leukoblasten-Schwemme

Hurra, jetzt ist Grund zum Jubeln, die Erythrozyten-Schwemme kommt! Es läuft jetzt beim roten Blut der gleiche Vorgang ab wie 3 bis 6 Wochen vorher beim weißen Blut. Die überwiegende Anzahl der Erythrozyten sind unreife Ausschußware, wenn man sie als solche erkennen kann, nennt man sie Normoblasten, so daß dann Leukoblasten neben Erythro- oder Normoblasten vorkommen. Eine solche Kombination ist für die Hämatologen ein doppeltes Teufelszeichen. Sie sprechen dann von Erythroleukämie und prophezeien jetzt stets das baldige Ende. Um nunmehr die zwei Teufel auszutreiben, gehen sie mit der alleraggressivsten Zytostatika-Vergiftung an den Teufelsbraten heran und - schaffen es fast immer, den schon im 3. Stadium der Heilung befindlichen Patienten zu vergiften! Laßt Euch auf diesen erbärmlichen Teufelsspuk in Zukunft nicht mehr ein, es ist alles blander Unfug gewesen, was hier verbrochen wurde! Wir waren einfach blind bis vor achtzehn Jahren. Ich will ja gerne nochmals gestehen, daß ich bis vor sechzehn Jahren über die Leukämie auch noch im unklaren war. Aber seit 1986 sind meine Erkenntnisse veröffentlicht und werden genauso totgeschwiegen wie die ganze Neue Medizin auch!

Vorsicht! Ein Großteil der unreifen Erythrozyten, die sog. Erythroblasten, sind Ausschußware und funktionell weitgehend unbrauchbar als Sauerstoffträger. Deshalb hat das Blut jetzt viele Leukoblasten bei normal vielen Leukozyten, sowie viele unreife Erythrozyten oder Erythroblasten bei noch verminderter Zahl normaler funktionsfähiger Erythrozyten! Ähnliches gilt für die Thrombozyten. Es resultiert also eine hyperchrome Anämie, d.h. das Verhältnis Hämoglobin/Erythrozyten ist kleiner als normal. Und trotzdem stimmt auch diese Definition nicht ganz, da man ja eigentlich die unreifen roten Zellen nicht mitrechnen darf.

21.6.2.3.1 Psychisch

Bei richtiger Behandlung gemäß den 5 Naturgesetzen der Neuen Medizin sollte der Patient jetzt keine psychischen Probleme mehr haben, wenn er auch während der beiden voraufgegangenen Stadien klug behandelt worden ist. Ganz anders ist es natürlich wiederum, wenn ein Patient erst in diesem Stadium zur Behandlung kommt. Noch schlimmer ist es, wenn er bis dato schon einige Runden Knochenmarks-Vergiftung (Zytostatika-Vergiftung) hinter sich hat und Ihr nun erst mal alle Folgen der Pseudotherapie kurieren

müßt! Aber wie immer es sei, wenn der Patient dieses Stadium trotz aller Teufelsaustreibung erreicht hat, dann sollte ihm bei gewissenhafter Behandlung nicht mehr viel passieren können. Deshalb könnt - und müßt! - Ihr ihm eigentlich uneingeschränkt Mut machen, und zwar völlig berechtigterweise!

21.6.2.3.2 Cerebral

Cerebral müßt Ihr in diesem Stadium aufpassen! Es ist das cerebral gefährlichste Stadium für Unwissende. Diese Gefahr gilt besonders bei Kindern mit generalisiertem Selbstwerteinbruch und entsprechendem generalisiertem Markoedem und entsprechend komprimierten Seitenventrikeln in diesem 3. Heilverlaufs-Stadium! Macht lieber ein Hirn-CT zuviel als eins zuwenig, wenn Ihr im Zweifel seid. Zwar gilt auch hier als Optimum: Vom Cortison so wenig wie möglich und nur so viel als nötig. Aber in diesem Stadium darf ihr die Zügel ein klein wenig nachgeben. Hier gilt jetzt: Kein Risiko mehr eingehen, denn bei der üppigen Ery- und Leuko-Schwemme, wenn auch noch unreif, kann das Cortison auch nicht mehr viel dem Knochenmark schaden. In diesem Stadium müßt ihr als gewissenhafte brave Handwerker Eures Fachs saubere Arbeit leisten. Kein Grund zur Panik, aber auch kein Grund für Experimente. Der Patient muß das ganz sichere Vertrauen zu Euch haben können, daß Ihr die Situation völlig überblicken und beherrschen könnt!

21.6.2.3.3 Organisch

In diesem Stadium geschehen, organisch gesehen, die meisten Dummheiten. Das ist heute noch sehr verständlich, weil der Patient ja derzeit noch dauernd hin und her gezerrt wird, stets gejagt von der schulmedizinischen Inquisition. Eine besondere Gefahr droht durch die sog. Knochenschmerzen, die in Wirklichkeit Periost-Spannungsschmerzen sind. Denn das Periost ist sensibel sehr gut versorgt. Je besser Ihr Eure Patienten auf diese zu erwartenden „Knochen-Heilungsschmerzen“ vorbereitet, desto leichter fällt ihm das Ertragen dieser Schmerzen, ja er wartet geradezu darauf, er sehnt es förmlich herbei. So vermeidet Ihr Angst und Panik. Ein solcher Patient benötigt nur wenig Schmerzmittel. In diesem Stadium bekommen auch viele der ehemaligen Kollegen kalte Füße, wenn die Blutzellenzahlen hochschnellen. Sie ziehen dann verstohlen ein herkömmliches Lehrbuch hervor, worin ja alles ganz anders geschrieben steht. Der Patient merkt es sofort, wenn der

Doktor verunsichert ist. Noch mehr Dummheiten werden aber demnächst dadurch passieren, daß die Doktors und Patienten schon zu früh „Hurra“ schreien und zu keck werden. Traut den Erys nicht, auch wenn es noch so viele sind. Achtet säuberlich auf die Thrombozyten. Außerdem kann das 3. Stadium ziemlich lange dauern, eben je nachdem wie lange der Konflikt gedauert hat. In dieser Phase werden deshalb viele Patienten ungeduldig, sie sind es endlich leid! Es ist eigentlich schon das Problem des 4. Stadiums.

21.6.2.4 *Viertes Stadium*

Das 4. Stadium könnte eigentlich das schönste Stadium sein: Der Patient könnte sich aus der Gefahrenzone heraus fühlen. Die Erythrozytopoese beginnt sich zusehends zu normalisieren. Denn während die Leukoblasten früher ausschwemmen und später wieder verschwinden als die Erythroblasten, die später ausschwemmen, aber früher wieder normalisiert sind, so könnte in diesem Stadium alles seinen guten Gang gehen - bei richtigem Verständnis des Heilverlaufs-Vorgangs. Auch die Thrombozyten sind in diesem Stadium keine Gefahr mehr und damit entfällt die bisherige theoretische Gefahr der inneren Blutung bzw. intestinalen³⁴⁰ Blutung.

21.6.2.4.1 Psychisch

Der Patient fühlt sich noch müde, sonst aber wohl, hat aber oftmals gerade in diesem Stadium starke *Knochenschmerzen*, die durch die Periost-Spannung um die in Heilung, bzw. Rekalzifikation befindlichen Osteolysen bewirkt wird. Diese Knochenschmerzen können sehr hartnäckig sein und erfordern eine hohe Kunst der psychischen Betreuung! Der Patient kann nämlich, besonders wenn er vom Charakter her labil³⁴¹ ist, mürbe werden, verlangt dann nach Schmerzmitteln, die wiederum eine verheerende Wirkung auf die Thrombozytopoese haben.

Wichtig ist deshalb zu wissen: Der Patient bildet sich die vermeintlichen Knochenschmerzen, die aber in Wirklichkeit Periost-Spannungsschmerzen sind, nicht ein, sondern er hat sie wirklich. Die Periostdehnung kann man auch sehr gut an vielen lokalen Knochen-Tomogrammen nachweisen. Trotzdem werden die Schmerzen erst dann unerträglich, wenn der Patient in Panik gerät. Meine Patienten, die die Zusammenhänge begriffen hatten, haben von da ab selten nach Schmerzmitteln verlangt. („Wenn ich ja weiß,

³⁴⁰ intestinal = zum Darmkanal gehörend

³⁴¹ labil = schwankend, unsicher, unbeständig

daß das ein gutes Zeichen der Heilung ist, ist das gut zu ertragen, im Gegen teil, manchmal bin ich enttäuscht, wenn der Schmerz weg ist, weil ich Angst habe, es heilt nicht weiter", sagte mir eine Patientin.) Morphium braucht überhaupt kein Patient, der die Zusammenhänge begriffen hat! Cortison schadet weniger als die meisten Schmerzmittel, die zumeist eine sedierende, vagotrope Wirkung haben und dadurch noch das Knochenoedem und die Periost-Spannung verstärken!

Morphium oder Morphinderivate sind absolut kontraindiziert, denn bei Nachlassen ihrer Wirkung, hat der Patient größere Schmerzen als vorher, keine Moral mehr und - keinen Appetit, denn der gesamte Magen-Darm-Trakt steht still.

Ganz wichtig:

Achtet gut darauf, daß besonders im Bereich der Wirbel, nichts einbrechen kann (Querschnittgefahr!) Notfalls muß der Patient so lange liegen, bis die Wirbel verkalkt und stabil sind.

Merke:

Punktiere niemals ein gespanntes Periost über einer in Heilung befindlichen Knochen-Osteolyse! Die Gefahr eines Ausfließens des Callus durch das gespannte Periost nach außen (= sog. Osteosarkom) ist groß. Ein solches gespanntes Periost zu punktieren oder zu inzidieren, ist schlicht ein Kunstfehler! Der Callus läuft ins Gewebe und induriert hier zu einem „Osteomyosarkom“.

21.6.2.4.2 Cerebral

In diesem 4. Stadium ist der Höhepunkt des lokalen Hirnoedems im Marklager des Großhirns, teilweise auch schon im 3. Stadium. Der Patient kann eine epileptoide Krise bekommen, die man weder an Krämpfen noch an Atemnot oder dgl. bemerkt, sondern nur an einer gewissen Zentralisation, die sog. „kalten Tage“. Der Patient wird blaß, hat kalten Schweiß auf der Stirn, ist unruhig. Nur, wenn man das Gefühl hat, daß die epileptoide Krise nicht ausreichend ist, d.h. daß der Patient anschließend in ein durch das lokale Ödem bedingtes Hirncoma absacken könnte, dann empfiehlt sich in diesem Falle evtl. Applikation von 20 bis 50 mg Prednisolon langsam i.v. Verantwortlich dafür ist eben das lokale Hirnoedem. Diese epileptoide Krise kommt in jedem Fall, verläuft aber meist undramatisch. Immer ist hierbei der Blutzuckerspiegel zu untersuchen und auf Normwert zu halten. Vor-

sorglich empfiehlt sich initiale intravenöse und perorale³⁴² Applikation von Traubenzucker.

Die Hirnschwellung kann in extremen Fällen (große Konfliktmasse) zu einem präkomatösen oder gar komatösen Zustand des Patienten führen (Hirncoma). Dieser Zustand tritt um so leichter ein, wenn der Patient, wie das heute so üblich ist, rund um die Uhr mit Flüssigkeit (Infusionen) vollgepumpt wird. Daher: *Vorsicht vor Infusionen* im Stadium des Hirnoedems! Ihr könnt den Patienten damit buchstäblich ertränken! Außerdem empfiehlt sich, den Kopf nicht flach zu lagern, sondern etwas höher als den Körper, so daß das Hirnoedem Abfluß hat! Sehr gut hilft hier ein sehr einfaches Mittel: Kühlung des durch die Kopfhaut fühlbaren heißen Hamerschen Herdes durch Eisbeutel, die mit einem Tuch umwickelt sind.

Im Prinzip sind auch diese Komplikationen *passagerer* Art klinisch gut abzufangen mit Sympathicotonica, Cortison, Penicillin u.a. Auch hier ist wieder die Ignoranz der Ärzte das größte Handikap!

Am allerwichtigsten ist, daß der Patient nicht in Panik kommt. Denn sterben sehen habe ich an einer solchen epileptoiden Krise des Selbstwerteinbruches noch keinen Patienten, solange nicht Panik hinzukommt!

21.6.2.4.3 Organisch

Auch wenn sich in diesem 4. Stadium die Blutwerte ganz allmählich wieder zu normalisieren beginnen, sollte man nicht leichtfertig werden! Das gilt ganz besonders für die Thrombozyten! Ein einziger Angstschock, eben ein Blut-Konflikt, kann die Thrombozyten momentan wieder in den Keller befördern. Es nützt auch nicht viel, wenn man damit rechnet, daß sie ja nach Abklingen des Angstschocks wieder ansteigen werden. In der Zeit kann eben viel passieren. Deshalb sollte der Patient eben in einer „panikfreien“ Umgebung genesen können, wo solche Schocks nicht zu erwarten sind. Ganz kann man sie oft nicht verhindern, denn dann müßte man das Telefon abschaffen!

Nochmals ganz wichtig:

Achtet noch weiterhin auf die Osteolysen, die in diesem Stadium noch durch Aufdehnung des Periosts ihres Halts durch den „Periost-Strumpf“ beraubt sind. Allerdings beginnt sich der Periost-Strumpf jetzt langsam zusammenzuziehen. Daher wird die Gefahr einer Fraktur immer geringer. Besonders zu beobachten sind Wirbel und Schenkelhals. Besser, der Patient bleibt

³⁴² peroral = durch den Mund

vorsichtshalber 4-6 Wochen im Bett liegen, als daß man irgendwelches Risiko eingeht.

21.6.2.5 Fünftes Stadium: Übergang zur Normalisierung

Dieses Stadium sollte keine nennenswerten Komplikationsmöglichkeiten bieten. Es soll hier deshalb auch nicht ausgeweitet werden. Wenn ich auch alle möglichen Komplikationen, entsprechend ihrem möglichen Vorkommen in den entsprechenden Stadien, aufgezählt habe, so bedeutet das ja keinesfalls, daß überhaupt welche auftreten müssen. Außerdem: Wenn die Mediziner wissen, worauf man achten muß, sind das ja zu meist keine Probleme mehr. Das große Handikap war ja bisher, daß wir alles falsch beurteilt haben. Zu diesem Falschbeurteilen gehörte vor allem das Ausklammern der Seele.

21.7 Der Blutungs- oder Verletzungs-Konflikt-Milz-Nekrose, Thrombozytopenie

Im Verlaufe meiner Beobachtungen an Leukämie-Fällen habe ich eine ganz erstaunliche Beobachtung gemacht: Insbesondere Kinder, die zu einer Bluttransfusion in eine Klinik gebracht wurden, zeigten folgendes Phänomen: Vorher waren die Thrombozyten z.B. bei 100.000, eine oder zwei Stunden später, unmittelbar vor der Transfusion, waren sie bei nochmaliger Messung nahezu Null. Das Gleiche war auch dann zu beobachten, wenn die Kinder am Tage zuvor eine Thrombozytenkonzentrat-Transfusion erhalten hatten. Ich habe alle Kollegen, die mit mir zusammenarbeiteten, gebeten, mitzubeobachten, und so haben wir gemeinsam folgende Gesetzmäßigkeit gefunden:

Wenn ein Tier verletzt wird und blutet, kann es einen Blutungs- und Verletzungsschock erleiden. Im Gehirn ist das rechts temporale Marklager des Großhirns betroffen, auf Organebene erleidet die Milz eine *Milz-Nekrose!* Von dem Moment des DHS an sinkt die Anzahl der Thrombozyten im peripheren Blut sehr rasch auf Werte weit unter dem Normalen oder sogar auf Werte einer sog. Thrombopenie bzw. Thrombozytopenie (heißt wenige Thrombozyten im Blut). Dies alles bleibt so lange, als die konflikt-aktive Phase andauert.

Kommt es zur Lösung des Konflikts, dann bekommt der Hamersche Herd im Marklager rechts temporal-occipital Ödem, die Milz schwollt im Ganzen oder macht eine Milz-Zyste, je nachdem, ob die Nekrose mehr innen

gelegen war oder peripher, die Thrombozytenzahl im peripheren Blut steigt wieder auf normale Werte!

Der Sinn dieses biologischen Konflikts ist so einleuchtend und einfach, wie er wegen seiner Selbstverständlichkeit für uns schwer zu verstehen war: Während das Tier z.B. eine offene Rißwunde hat, wird Fibrin³⁴³ und aktivierte Gerinnungsfaktoren des Blutes in die geöffneten Venen eingeschwemmt. Der Effekt müßte eigentlich katastrophal sein: Das ganze Venensystem müßte anschließend voller Thrombosen stecken. Jedes Tier mit einer größeren Rißwunde müßte eigentlich daran zugrunde gehen. Das passiert aber nicht. Daß es nicht passiert, liegt wahrscheinlich zu einem großen Teil daran, daß der Organismus - cerebral gesteuert - die Thrombozyten aus der peripheren Blutbahn wegfängt und nur am Ort der Verletzung konzentriert! Wir hatten bisher immer geglaubt, die Funktionen des fließenden Blutes seien mehr oder weniger Reagenzglas-Funktionen, also nicht vom Gehirn gesteuert, das war falsch. Das Unterbewußte kann nun nicht zwischen „blutende Verletzung“ und „Blut (-ende) -Transfusion“ unterscheiden. Deshalb erleiden, vor allem Kinder, beim Gedanken an die qualvollen „Verletzungen“ anlässlich der Katheterlegung zu einer Bluttransfusion einen Blutungs- oder Verletzungs-Konflikt. Aber auch Erwachsene können z.B. bei der Angst, in der Transfusion sei HIV-positives (Aids) Blut, solch einen „Blut-Konflikt“ erleiden, wenn sie nicht darüber informiert sind, daß es das Aids-Virus überhaupt nicht gibt (es konnte nicht isoliert werden, es existiert z.B. kein Foto!) und es sich hierbei um einen einzigen Betrug handelt!

Der Biologische Sinn der Milz-Nekrose mit anschließender Milzvergrößerung (Splenomegalie) ist ein sehr einfacher: Die Milz soll bei einem Rezidiv größer sein als vorher, um viele Thrombozyten besser oder leichter aufnehmen zu können. Wenn die Milz bei solch einem SBS zu groß geworden ist, kann man sie biologisch gefahrlos herausoperieren („Splenektomie³⁴⁴“). Dann wächst ein benachbarter Lymphknoten zu einer neuen Art Milz. Denn auch die Milz ist ja nichts anderes als ein besonders großer Lymphknoten.

21.8 Vorbemerkungen zu den Leukämie-Fällen

Die hier aufgezeigten Leukämiefälle sollen Euch nach Möglichkeit jeweils die Synchronizität der 3 Schichten Psyche - Gehirn - Organ aufzeigen. Ich bin sehr stolz darauf, Euch so viele anschauliche Beispiele zeigen zu kön-

³⁴³ Fibrin = Protein

³⁴⁴ Splenektomie = Entfernung der Milz

nen. Wenn Ihr wüßtet, wie schwierig es war, an die notwendigen Hirn-CTs und die Röntgenaufnahmen des Skeletts heranzukommen. Denn die Hämatologen und Onkologen halten doch so etwas für absolut überflüssig! Die Patienten mußten z.T. „Kopfschmerzen“ vortäuschen und einen Doktor in der Verwandtschaft, um an die Aufnahmen heranzukommen, ja, um überhaupt erst einmal Aufnahmen gemacht zu bekommen. Deshalb kann ich Euch in manchen Fällen nicht alle drei Ebenen vorführen. Manche Fälle waren gleichwohl so beschreibenswert, daß ich das Manko der Unvollständigkeit in Kauf genommen habe.

Da ich mit den Abbildungen aus finanziellen Gründen sparen mußte, habe ich immer versucht, möglichst typische Abbildungen zu bringen, obwohl ich gerne ganze Verläufe gezeigt hätte. Was ist für jeden Fall besonders wichtig zu wissen, und was muß man auf den Bildern sehen?

21.8.1 Psyche

Der Patient muß einen Selbstwerteinbruch-Konflikt gehabt haben, der bei der Leukämie in Lösung sein muß. Eine Leukämie ohne gelösten Selbstwerteinbruch gibt es nicht! Aus dem Stadium der Leukämie kann man einigermaßen sicher auf den Zeitpunkt der Conflictolyse schließen. Es ist wichtig, DHS und speziellen Konfliktinhalt herauszufinden!

21.8.2 Cerebral

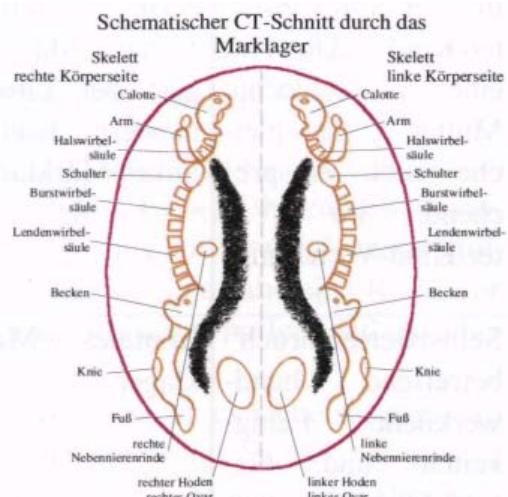
Typisch für die Leukämie ist nicht nur, daß im Marklager des Großhirns ein dunkler Hamerscher Herd zu sehen ist, sondern er muß ja an ganz bestimmter Stelle zu sehen sein, entsprechend dem Konfliktinhalt!! Und diese müssen dann wiederum exakt mit der Lokalisation der Knochen-Osteolysen übereinstimmen!

Und selbst dann, wenn wir eher einen generalisierten Selbstwerteinbruch-Konflikt vor uns haben, sehen wir meist einige tiefdunkle Hamersche Herde innerhalb des durch das allgemeine Ödem dunkel gefärbten Marklagers. Zwar konfluier³⁴⁵ es dann schließlich, aber in gewissen Stadien kann man es gut unterscheiden.

³⁴⁵ konfluierend = zusammenfließend

21.8.3 Organisch

Es gibt keine Leukämie ohne voraufgegangenen aktiven Knochenkrebs. Knochenkrebs bedeutet, wie wir wissen, Knochen-Osteolysen. Die Relaisbereiche der Skelettknochen sind im Marklager des Gehirns angeordnet in der Art eines auf dem Rücken liegenden Säuglings. Ich habe das Bild hier nochmals eingefügt, damit Ihr nicht immer hin- und herblättern müßt. Das rechte Marklager entspricht also der linken Hälfte des Skelettsystems und umgekehrt. Zu jeder der Osteolysen muß, wenn man es genau genug im Hirn-CT fotografiert, ein Hamerscher Herd auf der gegenüberliegenden Seite des Marklagers sichtbar sein, und zwar genau an dem dafür obligatorischen Platz dieses Marklagers.



Schema der Relais für das Skelettsystem im Großhirn-Marklager

Selbstverständlich muß auch das Blutbild, sprich die Hämatopoese, genau synchron verlaufen, sowohl was die Leukopenie und Anämie in der konfliktaktiven Zeit anbelangt (und auch *noch* im 1. Stadium nach der CL), als auch was die Leukozytose und die Erythrämie anbelangt, bzw. die Erythroleukämie. Stets muß alles unter Berücksichtigung des Alters des Patienten und der Konfliktdauer und -Intensität völlig synchron verlaufen.

Ich möchte Euch an den folgenden Beispielen zeigen, daß die Leukämie kein russisches Roulette ist, wo niemand weiß, wie es weitergeht, sondern ein sehr sinnvolles, sehr gut verständliches Geschehen. Nur so werdet Ihr mir „glauben“, wenn Ihr nämlich verstehen werdet, warum wir in Zukunft berechtigterweise hoffen dürfen, daß fast alle Patienten gesund werden können. Es gibt in der Medizin nichts, was gesetzmäßiger wäre als das!

<i>Psyche</i>	<i>Gehirn</i>	<i>Organ</i>	<i>Hämatopoese</i>
Art des Selbstwertsteinbruches	Lokalisation im Marklager des Gehirns	Lokalisation der Osteolyse im Skelett	Knochenmark
Intellektuell-moralischer Selbstwerteinbruch	frontales Marklager	Calotten-HWS-Osteolysen	Bei allen Selbstwerteinbruch Konflikten: Während der

Selbstwerteinbruch im Verhältnis Mutter/Kind („Du bist eine schlechte Mutter“); das gleiche auch entsprechend im Vater/Kind-Verhältnis	bei Rechtshändern: frontal rechtes Marklager; bei Linkshändern: frontal linkes Marklager	Osteolyse der Schulter links Osteolyse der Schulter rechts	konflikt-aktiven Phase: <i>Hämato-poese-Depression</i> ; in der post-conflictolytischen Phase (pcl-Phase): <i>Leukämie</i> ,
Selbstwerteinbruch betreffend handwerkliche Fähigkeiten und Geschicklichkeit.	frontales Marklager	Armknochen-Osteolysen	später Erythrozythämie und Thrombozythämie
Zentraler Selbstwerteinbruch der Persönlichkeit.	Marklager lateral	LWS-Osteolysen BWS-Osteolysen	
Selbstwerteinbruch unter der Gürtellinie.	Marklager temporo-occipital	Becken-Osteolysen	
Selbstwerteinbruch im Verhältnis Ehemann/Ehefrau	bei Rechtshändern: links frontal; bei Linkshändern: rechts frontal	Osteolyse der rechten Schulter; Osteolyse der linken Schulter	
Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch.	occipitales Marklager	Beinknochen-Osteolysen	
Selbstwerteinbruch: „Das schaffe ich nicht!“	occipitales Marklager	Schenkelhals-Osteolysen	

Merke:

- **Rechte Hirnhälfte für linke Skelettseite**
- **Linke Hirnhälfte für rechte Skelettseite**

21.9 Fallbeispiele

21.9.1 Ein schwerer Autounfall und seine Folgen

Der 10jährige Dirk B. aus Heidelberg erlitt am 6.10.82 einen schweren Autounfall mit Schädelbruch, Beckenbruch etc. Er wird bewußtlos in eine Klinik eingeliefert. Als er - noch im Schock! - aus der Bewußtlosigkeit aufwacht, steht an seinem Bett ein Arzt, der ihm sagt, er habe eine Reihe von Knochenbrüchen, müsse stramm liegen, man wolle nur hoffen, daß das alles wieder richtig zusammenwachse.

Der Arzt hatte sich nichts Besonderes dabei gedacht, es vielleicht sogar als Aufmunterung gemeint. Aber der Junge bekam es im Schock, in dem er war, „in den falschen Hals“. In den nächsten 2 Monaten, in denen er schlecht schlafen konnte, keinen Appetit hatte, an Gewicht abnahm und in einer Art von Panik war, sinnierte er Tag und Nacht darüber nach, ob wohl auch die Knochen richtig aneinanderheilen würden oder ob er ein Krüppel bleiben würde. Als der Junge Anfang Dezember wieder nach Hause kam und dort seine Gehversuche mit Erfolg machte, war die Welt bald wieder in Ordnung. Er konnte auch schon bald wieder am Unterricht teilnehmen. Seit Anfang Dezember war der Selbstwertseinbruch, die Angst, ein Krüppel zu bleiben, also gegenstandslos geworden, der Konflikt somit gelöst.

Im Januar '83 berichtete der Klassenlehrer über Dirk, er sei ständig müde, unkonzentriert, die Leistungen seien nicht mehr wie früher, als der hoch sensible Junge ein sehr guter Schüler war. Der Junge war, wie wir jetzt wissen, in der post-conflictolytischen vagotonen Phase (pcl-Phase), die gekennzeichnet ist durch überwiegende Vagotonie, Wohlbefinden, Müdigkeit, lokale Hirnschwellung sowie Schwellung, Exsudation³⁴⁵, bzw. reparatives Stadium des betroffen gewesenen Teils des Skelettsystems mit auf Hochtouren laufendem Produktionsschub des Knochenmarks mit rotem und weißem Blut, was vorher „deprimiert“ gewesen war. Dies nennen wir dann *Leukämie* bzw. richtiger die *leukämische Phase*. Man bemerkt sie meist nur zufällig, da die Patienten sich ja bis auf die vagoton bedingte starke Müdigkeit sehr wohl fühlen!

In unserem Fall nahmen die Symptome der lokalen Hirnschwellung zwar nicht bedrohliche Ausmaße an, waren aber auch für die Eltern nicht zu übersehen. Sie sagten: „Der Junge ging so komisch.“ Weil sie Angst hatten, daß das mit den vorangegangenen Knochenbrüchen zusammenhängen kön-

³⁴⁵

Exsudation = Ausschwitzen eines Exsudats

ne, gingen sie, als die Symptome zwischen Mai '83 und September '83 nicht zurückgingen, eher noch etwas zunahmen, zum Arzt. Dort wurde Ende September dann eine Leukämie festgestellt. Danach erfolgte, die Eltern wußten es nicht besser, in der Uni-Klinik Heidelberg Chemotherapie und eine Bestrahlung des Gehirns, was bekanntlich für die Hirnzellen besonders schädlich ist.

Das DHS hatte sich am 6. Oktober '82 ereignet. Der Konfliktschock des allerschwersten Selbstwerteinbruch-Konfliktes ereignete sich durch die gedankenlose Bemerkung des Arztes, als Dirk gerade aus der Bewußtlosigkeit aufgewacht war. Dirk: „Ich hatte Angst, daß alle Knochen verkehrt anwachsen würden und ich ein Krüppel bleiben würde.“

An das DHS schloß sich eine typische sympathetic Phase mit Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme, Grübelzwang an. In dieser konflikt-aktiven Phase fanden sich Knochenmarks-Depression, Anämie und Leukopenie

Nach der Conflictolyse Ende November/Anfang Dezember '82 schaltete der Körper um in die vagotone Phase mit Wohlbefinden, gutem Schlaf, gutem Appetit, allerdings auch Müdigkeit und Konzentrationsschwäche. Im Gehirn war das gesamte Marklager geschwollen und oedematisiert, im Knochenmark begann eine hyperproduktive Heilphase mit vermehrter Erythro- und Leukopoiese. Kurz vor der spontanen Renormalisierung dieser immer noch bestehenden leukämischen Phase wurde die Blutbildveränderung entdeckt wegen der erwähnten Hirndruck-Symptomatik.

Ende 1983 erfolgte bei Dirk eine Pseudo-Normalisierung der Blutwerte. Eine Renormalisierung wäre ohnehin spontan und viel schneller erfolgt, wenn die Heilung nicht dauernd durch Chemo und Bestrahlung des Gehirns nur unterbrochen und damit verzögert worden wäre. Die Schulmediziner sprechen von einer sog. „Remission“, also einer Normalisierung der Blutwerte. Schon das Wort „Remission“ hat bei ihnen den Geruch des nur Vorübergehenden, nicht Endgültigen. Das drückt sich in den fortlaufenden ambulanten „Kontrollen“ aus, die die einzige Frage haben, ob die Leukämie bereits wieder zurückgekehrt ist. Dieses Warten auf das Zurückkehren des „Unheils“ teilt sich Eltern und Patienten so sehr mit, daß jede Kontrolle von dem Seufzer der Erleichterung gefolgt ist: „Gott sei Dank, noch nicht!“

Im Juni '84 brach sich Dirk beim Fahrradfahren den rechten Arm. Ich hatte gedacht, daß dieses Ereignis vielleicht einen Assoziationsschock mit Konfliktrezidiv bei dem Jungen ausgelöst haben könnte, der sich an dem 1. Unfall orientiert habe, aber der Junge verneinte - und nur das gilt, was uns der Patient selbst berichtet!

Aber einen Monat später, im Juli '84, kommt ein Siebtklässler, also für einen Drittklässler ein „großer Mann“, zu seinem Schulkameraden und fragt:

„Sag mal, was hast du da eigentlich für eine Krankheit?“ Der Junge antwortet: „Leukämie.“ Der Siebkläßler: „Ja, aber dann mußt du ja sterben, das hat unsere Biologielehrerin gesagt, und die weiß es ganz genau.“

Das war für den Jungen ein neues DHS, ein furchtbarer Schock. Dirk ist völlig am Boden zerstört, grübelt ständig über den Siebkläßler und die inhaltsschweren Worte, die er gesagt hatte, schläft nicht mehr richtig, isst nicht mehr richtig, ist in Konflikt-Panik. In dieser Zeit sind die Blutwerte des weißen Blutes normal bis leukopenisch. Zwar erzählt der Junge seiner Mutter einmal von dem 7.-Kläßler, aber die nimmt das nicht ernst, geht darüber hinweg. Das Grübeln bleibt, etwa 2 Monate lang. Der Junge ist in Sympathicotonie.

Ende September '84 kommt Dirk zu dem Schluß, daß der 7.-Kläßler nicht recht haben könnte, denn er stirbt ja nicht, die Blutwerte bleiben ja in Ordnung. Es kommt zu einer Konfliktlösung. Vier Wochen später wird bei einer Kontrolluntersuchung ein sog. Leukämie-Rezidiv festgestellt. Zu diesem Zeitpunkt fühlte sich der Junge wieder wohl, schlief wieder gut, hatte wieder guten Appetit, hatte den Gewichtsverlust von 8 bis 10 kg fast schon wieder aufgeholt, hatte warme Handflächen, war jedoch auch schlapp und müde, wie das in der Vagotonie normal ist.

Der junge Patient wurde nun erneut in der Uni-Kinderklinik Heidelberg stationär chemobehandelt, cerebral kobaltbestrahlt etc. ohne „Erfolg“. Man sagte den Eltern, der Organismus des Jungen sei gegen die Zytostatika „immun“ geworden, er sei „austherapiert“. Am 27. Mai schickte man ihn nach Hause und verabschiedete sich „endgültig“ von ihm. Eine nochmalige Aufnahme in der Klinik wurde als nicht sinnvoll dargestellt, weil in den nächsten 2 bis 4 Wochen mit dem Ableben des Jungen zu rechnen sei. Der Bub bekam das alles ganz genau mit, denn er war, wie gesagt, hochsensibel! Das Kind wurde von der Klinik unter Opiate gestellt, wegen der Knochen-Schmerzen, die er hauptsächlich in den Oberarm- u. Oberschenkelknochen spürte. Auf mein persönliches Intervenieren hin erfüllten die Klinikkollegen meinen Wunsch und transfundierte den Jungen von 7 g% HB auf 11 g%.

Am 28. Mai '85 besuchte ich Dirk B. zum ersten Mal: Er war jetzt 12 Jahre, völlig apathisch, kaum oder nur mühsam ansprechbar. Er bekam alle Stunde massive Schmerzmittel mit Dolantin, zusätzlich Luminal. Seit einer Woche war er offenbar in totaler Panik und Todesangst, weil er mitbekommen hatte, „daß nichts mehr zu machen sei“. Diese Panik war durch Opiate „eingestellt“ worden. Das Luminal bekam er, weil er kurz vorher einen epileptischen Anfall erlitten hatte, Zeichen eines (zumindest vorübergehend) gelösten Konfliktes, nicht entfliehen zu können.

Ich setzte mich erst einmal an das Bett des schwerkranken Jungen und versuchte, mit ihm zu sprechen, aber das war kaum möglich, denn der Junge war „weit weg“ und in Panik. Da griff ich zu dem letzten möglichen Mittel: Ich blickte ihm mit hypnotisierenden Blick ganz fest in die Augen und sagte langsam und eindringlich, daß ich seinetwegen extra von Rom gekommen sei und nun ganz genau wisse, daß er in 2 Monaten wieder draußen herumspringen würde, genau wie seine Kameraden und Geschwister, er müsse nur selbst mithelfen! Ich sagte ihm noch, die hiesigen Ärzte verstünden seine Krankheit nicht (was ja der Wahrheit entsprach). Aber Rom sei eine viel größere Stadt als die hiesige Universitätsstadt Heidelberg und ich als Arzt aus Rom wisse das deshalb einfach besser!

Der Junge war wie erschlagen. Er blickte nur ungläubig zu seinen Eltern, die nickten. Man konnte kaum entscheiden, ob er das, was ich gesagt hatte, überhaupt richtig mitbekommen oder realisiert hatte. Aber 10 Minuten später, als wir schon aus dem Zimmer waren, „zündete bei ihm die Rakete“. Von da ab war er wie elektrisiert, konnte plötzlich wieder zum Fernseher laufen, erzählte seinen Geschwistern, daß der Arzt aus Rom gesagt habe, er werde in 2 Monaten wieder völlig fit sein und draußen herumspringen. Der 17jährige Bruder sagte spontan: „Das glaub ich nicht!“ Die Geschwister waren nämlich schon alle auf den baldigen Tod des Bruders vorbereitet. Trotz dieser „Panne“ brauchte der Junge von Stund an keinerlei Schmerzmittel mehr. Wenn er leichte Schmerzen in den Oberarmen und Oberschenkeln spürte (durch Periost-Spannung über dem Knochenoedem!) dann wurde das gekühlt, ebenso, wenn er Kopfschmerzen hatte, die aber aushaltbar waren und unter Kühlung mit einem Eisbeutel rasch zurückgingen.

Am nächsten Tag verlangte er bereits spontan zu essen, was er seit Wochen oder Monaten wegen der Medikamente und der neuen Panik, nicht mehr gemacht hatte. Dem Jungen ging es dann recht gut! Die Leukozyten lagen bei Heimkehr aus der Klinik bei ca. 100.000, davon 91% Blasten. Es widerspricht jeglicher ärztlicher Erfahrung, daß ein Junge, der jetzt glücklich - in Vagotonie - ist, spielt, gut schläft, gut isst, lacht und an seiner Umgebung Anteil nimmt, sterben soll, nur weil ihm rein intellektuell orientierte Ärzte einer Universitätsklinik sagen, daß er bald sterben werde, ja sogar, daß er in den nächsten 2 bis 4 Wochen sterben werde! Die Moral des Jungen war so gut, daß er sich weigerte, überhaupt Schmerzmittel zu nehmen, weil ich ihm gesagt habe, ohne Schmerzmittel würde er rascher gesund als mit Schmerzmitteln. Er sagte dann: „Es ist nicht so schlimm, daß ich sie brauche“.

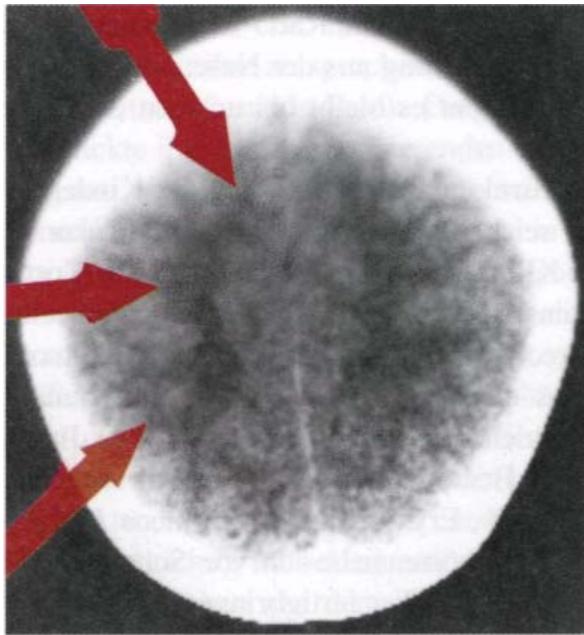
Auch eine Panne, nämlich eine Thrombozyten-Depression innerhalb weniger Tage von 150.000 auf 14.000 durch Verabreichung eines sog. biologi-

sehen Zytostatikums - gegen meinen ausdrücklichen Rat! - konnte der Junge erstaunlich gut abfangen, trotz massiver Blutung aus der Nase, weil ich ihm sagte: „Dirk, das ist eine kleine Panne, aber es bleibt bei unseren 2 Monaten, die Heilung geht trotzdem weiter!“

Am 18.6.85 stirbt Dirk jedoch im Hirncoma. Dr. A. F. von der Kinderklinik Landau berichtete, der Patient sei benommen gewesen, im Hirncoma. Auf Anraten der Heidelberger Uni-Klinik habe man absichtlich kein Cortison gegeben. Man habe keine intensivmedizinische Behandlung gemacht, weil man nicht an Hirndruck entsprechend der Neuen Medizin glaube, sondern an „leukämisches Koma“. Was er darunter verstand, wußte er nicht genau zu sagen. Er zitierte nur die Heidelberger Uni-Kinderklinik. Der Junge war tags zuvor wegen zunehmender Benommenheit eingewiesen worden. Die Blutwerte waren gewesen: Hb 12 g%, Ery 4,2 Mill., Thrombos 19.000, Leuko 140.000. Als ich von Dirks Tod hörte, habe ich vor Schmerz und Wut geheult. Unglaublich, was diese Medizyniker fertigbringen!

Danach habe ich nochmals dem Chef der Heidelberger Kinderklinik, in der ich selbst einmal als Arzt gearbeitet habe, angeboten, vor allen Ärzten der Klinik über den Fall Dirk zu referieren. Der Professor ließ mir ausrichten: „Kein Interesse!“

Patienten wie Dirk, die nicht nur Chemo, sondern auch Bestrahlung des Gehirns erleiden mußten, muß man sorgfältig beobachten. Ein bestrahltes Gehirn reagiert nicht mehr mit der gleichen Elastizität auf neue Oedeme. Man kühlst dann, gibt Sympathicotonica, evtl. Cortison, man muß Kontroll-Hirn-CTs machen, um das Ausmaß des Hirnoedems abzuschätzen zu können. Grundsätzlich gilt: Die Behandlung der Komplikationen einer Hirnbestrahlung heißt, den Pfusch der Schulmedizin zu reparieren versuchen. Dies hat eigentlich nichts mit Neuer Medizin zu tun. Makaber dabei ist jedoch: Falls ein Patient so etwas überlebt, geht er in die medizynische Erfolgsstatistik ein, stirbt er, weil die Schäden der „Therapie“ irreparabel waren, „hat ihm die Neue Medizin auch nicht mehr helfen können.“



Hirn-CT von Dirk B. Die Pfeile weisen auf ein generalisiertes Ödem des Marklagers des Großhirns hin, erkennbar an seiner breiten tiefen Schwärzung. Es handelt sich hier also mehr um einen generalisierten die Gesamtpersönlichkeit betreffenden Selbstwerteinbruch, entsprechend einer mehr diffusen jugendlichen Demineralisation der Knochen.

Der Junge wurde nach Lösung seiner Konflikte mit heißem Kopf und in tiefer Vagotonie, unter den Zeichen des akuten Hirnoedems in ein kleines Krankenhaus bei Heidelberg

eingeliefert, nach Rücksprache mit der Uni-Klinik Heidelberg weigerten sich die Ärzte des Krankenhauses, dem Jungen das notwendige Cortison zu geben und den Kopf zu kühlen. - Der Junge starb daraufhin erwartungsgemäß am Hirnoedem-Koma.

21.9.2 Völliger Selbstwerteinbruch durch Tod der Ehefrau

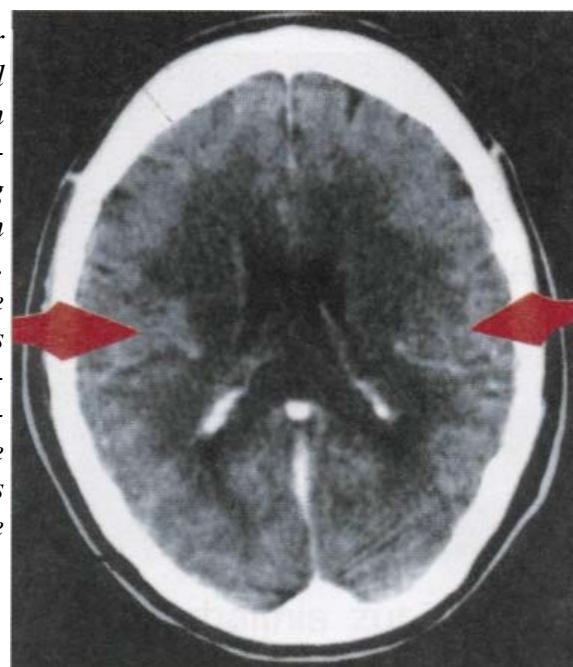
Die Ehefrau des Patienten im nachfolgenden Fall war im November 1983 gestorben. Sie war gleichzeitig eine Art Mutter für ihn (ödipales Verhältnis), war 8 Jahre älter als er gewesen. Der Patient hatte deshalb außer seinem Selbstwerteinbruch gleichzeitig einen Revier-Konflikt und einen weiteren weiblichen Revierbereichs-Konflikt erlitten (Konflikt, sich im Revier alleingelassen zu fühlen) und war somit in schizophrener Konstellation. Er war wie in einer Starre, depressiv und völlig verstört. In seiner Umgebung sagte man, er sei nach dem Tod der Ehefrau „verrückt“ geworden.

Die Konfliktlösung kam bei Herrn K. ganz merkwürdig: Nach neun Monaten Grübelei kam sein Chef eines Tages zu ihm und sagte: „Ich brauche Sie, ich habe hier eine Arbeit, die nur Sie machen können!“ Da wachte er wie aus einem tiefen, bösen Traum wieder auf. Er machte die Arbeit, die nur er machen konnte ...

Acht Wochen später erlitt der Patient den fälligen Herzinfarkt, den er nur knapp, nach mehrfachen Reanimationen, überlebte. Das Hirn-CT hatte von den Kardiologen niemanden interessiert. Es wurde erst durch meine Veran-

lassung angefertigt. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient wieder völlig „normal“, hatte kochendheiße Hände und nahm rasch weiter an Gewicht zu. Die Kardiologen der Universitätsklinik Wien hatten den Fall so interpretiert, daß er durch die Gewichtszunahmen der letzten 7 Wochen das „Herzinfarkt-Risiko“ so stark vermehrt habe und deshalb den Herzinfarkt erlitten habe. Nach dem EKG war es ein Hinterwandinfarkt, aber nach dem Hirn-CT muß es ein Linksherz- und Rechtsherz-Infarkt gleichzeitig gewesen sein! Ein Wunder, daß der Patient dies überlebt hatte!

Patient (52 Jahre) aus der Wiener Herzinfarkt-Studie der beim Tod seiner Ehefrau einen vollständigen generalisierten Selbstwerteinbruch-Konflikt erlitten hatte, gleichzeitig aber einen männlichen und einen weiblichen Revierbereichs-Konflikt. Man sieht deutlich die tiefdunkle Färbung des gesamten Marklagers des Gehirns. Innerhalb dieses Marklagers aber sind deutlich besonders tief dunkle Areale (Hamersche Herde) zu sehen, die innerhalb des gesamten Skelettbereiches einzelne Relais besonders betonen.



21.9.3 Akute Lymphoblasten-Leukämie, weil der Freund sie verließ

Dieser Fall ist eigentlich ein Allerweltsfall. Eine junge Medizinstudentin von 21 Jahren, die kurz vor dem Physikum steht, wird von ihrem Freund verlassen. Das war im November '84. Kurz vorher hatte sie sich noch im Praktikum in der Physiologie ihr eigenes Blutbild gemacht: Alle Werte im Normbereich. Das Mädchen fühlte sich zu dicklich, war aber sehr klug und aufgeschlossen. Ihr ganzes Selbstwertbewußtsein gründete sie auf ihren Freund, mit dem zusammen sie später eine Familie haben wollte. Das war ihr größter Wunsch. Als ihr Freund sie verließ - es war ihr erster Freund - fühlte sie sich zutiefst gedemütigt und in ihrem Selbstwert zerstört. Der Konflikt war sehr konflikt-intensiv.

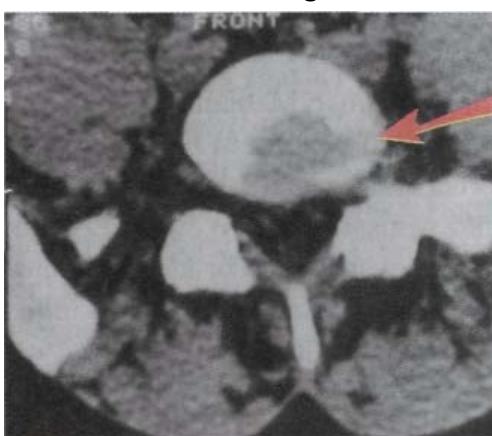
Nach knapp 2 Monaten kam es zur Aussöhnung. Von da ab wurde das Mädchen so abgeschlagen und müde, daß sie nicht mehr lernen konnte. Sie hatte 3 kg an Gewicht abgenommen in der Zeit von November '84 bis Januar '85. Jetzt hatte sie sogar übermäßigen Appetit und nahm rasch zu, so daß sie mehr wog als vorher. Unglücklicherweise ging sie 4 Wochen später zum Arzt, und der fand eine Leukozytose von 80.000, davon 75.000 Lymphoblasten, 5000 normale Leukozyten.

Was jetzt folgte, war ein einziges Trauerspiel: An den Unis Erlangen und Essen versuchte man, die Leukozyten mit Zytostatika niederzuknüppeln.



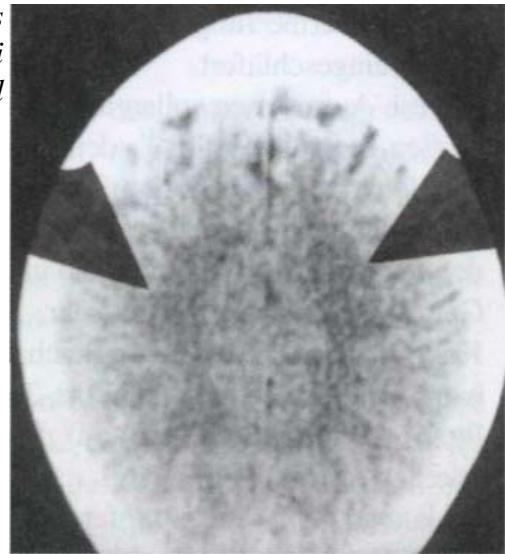
Nebenstehend sehen wir die Osteolysen des linken Schultergelenks, (Patientin war Linkshänderin). Dort hatte sie auch Periost-Spannungsschmerzen. Dieser Skelettbereich ist (bei Linkshändern) üblicherweise betroffen bei einem Selbstwerteinbruch im Partnerverhältnis.

starb schließlich iatrogen, zu Tode „therapiert“.



Osteolyse des 1. LWK, dort hatte sie ebenfalls Schmerzen (zentraler Persönlichkeits-Selbstwerteinbruch-Konflikt).

Im CCT sehen wir ein deutlich dunkles Marklager. Die Pfeile weisen auf zwei umschriebene Bereiche entsprechend Rippen-Osteolysen in Heilung.



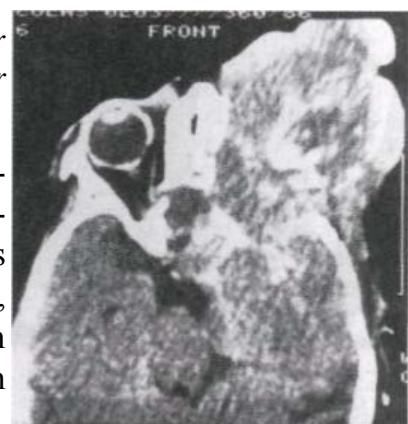
Der Pfeil frontal rechts weist auf einen gelösten HH für einen Ohnmächtigkeits-Konflikt hin, bzw. einen Konflikt: „Man müßte doch was tun, und keiner tut was!“, den die Diagnose und Prognose der Ärzte ausgelöst hat, organisch einhergehend mit Kiemenbogengangs-Ulcera.

21.9.4 Selbstwerteinbruch im Verhältnis zur Schwester, als sie sagt: „Du bist ja ein Monster!“

Dieser tragische Fall stammt aus der Uni-Klinik Tübingen. Es handelt sich um einen 9jährigen Jungen.

Auf den nebenstehenden CT-Bildern sehen wir ein großes Orbita-Sarkom³⁴⁶, das nach einer Orbita-Operation entstanden ist.

Zum Zeitpunkt dieser Aufnahmen, im September '86, hätte man den Jungen gut operieren können, denn an diesem Sarkom, das nur eine übermäßige Heilreaktion darstellte, hätte der Junge wirklich nicht zu sterben brauchen. Aber die Augenprofessoren in Tübingen lehnten eine Operation ab. So



³⁴⁶

Orbita = Augenhöhle

wurde der arme Junge dann mit Chemo-Zytostatika behandelt und mit Morphin eingeschläfert.

Diese Aufnahmen sollen aber noch etwas anderes zeigen: Als es zu dieser großen Protrusio bulbi³⁴⁷, dem durch das retrobulbäre³⁴⁸ Sarkom bedingten Vordrücken des Augapfels rechts kam, sagte die kleine 5jährige Schwester zu dem Bruder: „Du siehst ja aus wie ein *Monster!*“ Von da ab wurde der Junge ganz still, sprach die nächsten 2 Monate kaum ein Wort, nahm an Gewicht ab, schlief nicht mehr. Er hatte einen ganz schweren Selbstwert-Konflikt mit DHS erlitten, gleichzeitig einen großen Revierärger. Zusätzlich hatte er bei diesem einen Wort 2 oder sogar 3 frontale Zentralkonflikte erlitten. Alles das sieht man auf den Hirn-CTs. Er war außerdem in „schizophrener Konstellation“.

Als man dem kleinen tapferen Jungen, den zu operieren die Professoren in Lyon, Genf und Zürich abgelehnt hatten, sagte, in Tübingen gäbe es Professoren, die könnten sein Gesicht wieder richtig operieren und dann sähe er wieder fast so aus wie vorher, da gestand er unter Tränen das Wort „*Monster*“, stammelte immer nur das eine Wort „*Monster, Monster*“. Noch einmal versuchte er, sein eingebrochenes Selbstwertbewußtsein wieder aufzubauen.



Es blieben aber die beiden Selbstwerteinbruch-Konflikte links für die rechte Orbita, deren Ringe auf den nebenstehenden Aufnahmen praktisch noch kein Oedem zeigen (alle Aufnahmen sind gleichen Datums). Der kleine Pfeil rechts oben weist auf einen rezidivierenden Frontalangst-HH, der hier noch nicht richtig gelöst ist. Am Hals hatte der Junge beiderseits immer wiederkehrende Kiemenbogen-Zysten. Die Osteolyse des linken Oberarmkopfes und des linken Beckens kann ich nicht zeigen, da keine Aufnahmen gemacht wurden. Auch das mit Sicherheit vorhandene Leber-

³⁴⁷ Protrusio bulbi = Vorwölbung des Augapfels

³⁴⁸ Retro- = Wortteil mit der Bedeutung zurück, hinter

³⁴⁹ Bulbus = Zwiebel

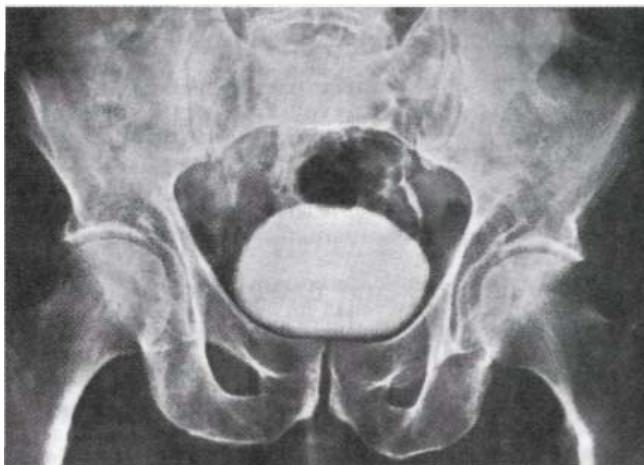
Gallengangs-Ca (HH siehe Pfeil rechts) wurde nicht untersucht, die entsprechenden Relais im CCT sind jedoch eindeutig betroffen.

Ich bat damals die Professoren buchstäblich auf den Knien, doch aus diesen psychischen Gründen die Operation zu wagen, da es doch nichts mehr zu verlieren gäbe, umsonst! Als der kleine Junge ohne Erfolg von Tübingen fortfuhr und wußte, daß der Professor ihm nicht helfen wollte, da war und blieb er nun also das „Monster“. Er versank in völlige Lethargie und wurde dann in seiner Heimat, Südfrankreich, mit Morphin und Chemo eingeschläfert.

Zum Zeitpunkt dieser Aufnahmen bestand eine Leukozytose von etwa 12.000, der Beginn einer Leukämie im Falle einer positiven Entwicklung. Solange die Mediziner die Psyche aus ihren Überlegungen ausklammern und nur symptomatisch behandeln, sind solche Brutalfälle an der Tagesordnung. Die Professoren deklarierten denn auch alle Veränderungen im Gehirn, egal ob schwarz oder weiß, kurz und bündig als „alles Hirnmetastasen“. Als ich dem Professor vorhielt, es gäbe doch beim Menschen nach der Geburt gar kein Wachstum von Hirnnerven-Zellen mehr, was allenfalls wachsen könne, seien harmlose Hirnbindegewebs-Zellen zur Reparatur, die ja bei jeder Hirnverletzung auch entstünden, schaute er mich nur baff an und sagte: „Ja, was soll es denn sonst sein?“ Dieser Professor befaßt sich seit 6 Jahren „von Amts wegen“ als Dekan der medizinischen Fakultät mit der Neuen Medizin und hat kein einziges Wort verstanden, bzw. verstehen wollen!

Meine Freunde, die aus Frankreich angereist waren, und ich haben nur geheult.

21.9.5 Selbstwerteinbruch durch „Schlag unter die Gürtellinie“



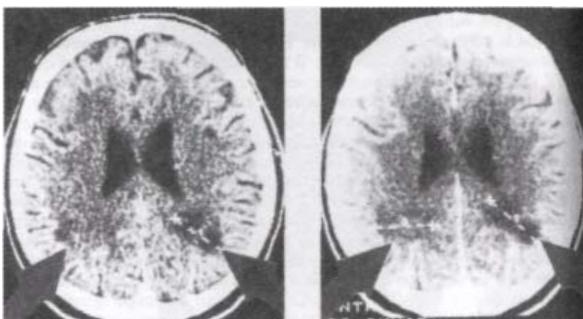
Beckenröntgenaufnahme: Die tiefdunklen Stellen des Sitz- und Schambeins stellen Osteolysen dar.

Nebenstehend sehen wir die Beckenaufnahme eines Mannes von 65 Jahren, der sich gerade auf seine Pensionierung freute, als ihn ein furchtbare Selbstwerteinbruch-DHS niederschmetterte:

Er war Mitglied des Gemeinderates und Vorsitzender des Ortsverschönerungs-Ausschusses. Eines Tages sagte der Bürgermeister im Gemeinderat:

„So, das übernehme ich jetzt mal selbst.“

Dies war für den Patienten ein totaler Selbstwerteinbruch. Die Lösung kam für ihn, als nach etwa 4 Monaten, nur wenige Wochen bevor das Dorf für den Wettbewerb fertig werden sollte, der Bürgermeister persönlich ganz klein und bescheiden zu dem Patienten kam und ihn bat, er solle doch wieder alles in die Hand nehmen, das sei doch besser gewesen. Der Patient hatte übrigens stets, wie er immer wieder beteuerte, diesen Selbstwerteinbruch als „Schlag unter die Gürtellinie“ angesehen, folglich assoziierte er im Augenblick des DHS diesen Konfliktinhalt „unter die Gürtellinie“.



Im Hirn-CT weisen die Pfeile auf die zugehörigen Ödeme im Großhirnmarklager, wo wir die einzelnen HHe für die Sitz- und Schambein-Osteolysen gut erkennen können.

Der Patient machte eine Leukämie durch. Er ist inzwischen wieder völlig gesund.

21.9.6 Selbstwerteinbruch wegen Entlassung der Ehefrau aus der gleichen Firma und Umstellung auf einen neuen Computer.

Bei jedem Konflikt und eben auch bei einem Selbstwert-Konflikt kommt es nicht darauf an, für wie wichtig andere die Sache halten, an der der Patient erkrankt ist. Es ist nicht einmal wichtig, welche Wertigkeit der Patient retrospektiv gleichsam von gesicherter Warte aus, der Sache beimitzt. Entscheidend ist einzig und allein, was der Patient empfunden hat zum Zeitpunkt des DHS, als der Konflikterlebnis-Schock über ihn kam und die entsprechenden Herde im Gehirn bewirkt hat.

Dieser 35jährige Mann aus Frankreich war Unterabteilungsleiter bei einer Versicherung, die weitgehend mit Computern arbeitete. Er war u.a. für deren Reparatur zuständig.

Das DHS für den Patienten kam am 1. Januar 1985. Seiner Ehefrau, die in der gleichen Firma arbeitete und für den Patienten die moralische Stütze darstellte, wurde gekündigt. Gleichzeitig wurde dem Patienten mitgeteilt, daß man eine ganz neue Generation von Computern anschaffen werde von einer ganz anderen Firma. Bei dem Patienten schlugen diese beiden Hiobsbotschaften ein wie ein Blitz. Er fühlte sich nicht nur seiner Stütze beraubt, sondern traute sich den Umgang mit den neuen Computern nicht zu. Er geriet in völlige Panik. Er erlitt einen völligen Selbstwerteinbruch-Konflikt, der einfach seine gesamte Persönlichkeit traf. Von da ab schrieb er laufend an Firmen Bewerbungen. Er hatte nichts anderes mehr im Sinn, als von der Firma wegzukommen. Immer bekam er Absagen, immer fühlte er sich noch minderwertiger. Das Ganze ging fast ein Jahr; er hatte inzwischen erheblich an Gewicht abgenommen, war ständig gespannt, wie auf hundertachtzig, jedoch nicht depressiv.

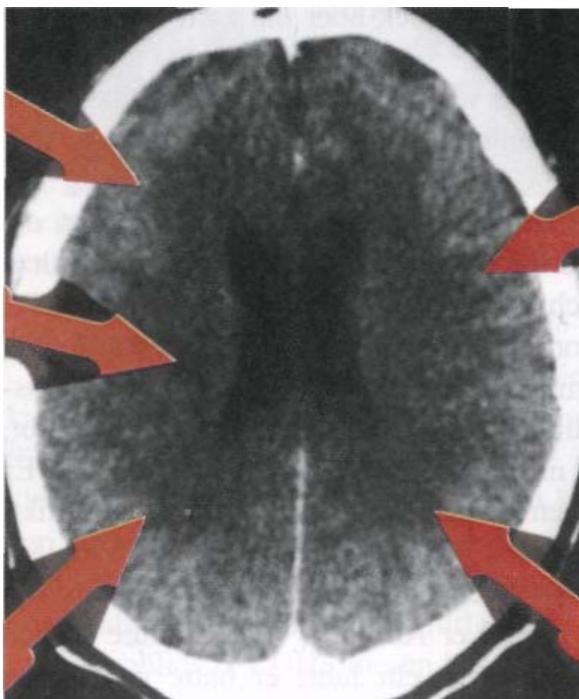
Conflictolyse (CL): Am 7. November stellte er sich wieder bei einer neuen Firma vor. Das hatte er ja in diesem Jahr schon so oft gemacht. Am 19.12.85 aber bekam er den neuen Arbeitsplatz, mußte jedoch zuvor eine medizinische Untersuchung machen lassen. Die ließ er 10 Tage später machen und - man fand bereits eine Leukämie!

Der Patient bekam in der Folgezeit starke, jedoch erträgliche, Knochenschmerzen im ganzen Körper, stärkere Schmerzen allerdings in den Rippen. Die Leukozyten waren bei der Einstellungsuntersuchung am 2. Januar '86 schon bei 30.000 gewesen, stiegen in den folgenden Monaten auf 170.000 an. Er wurde nun am 16. Januar zwar bei der neuen Firma wieder entlassen, aber das sah er ein, denn nun war er ja angeblich krank, obwohl er sich

eigentlich wohl fühlte und nur müde war. Man hatte ihm auch in der Firma versichert, er werde sofort wieder eingestellt, wenn er wieder gesund sei.

Der Patient wurde, da anfangs die Leukozytenzahl nur langsam stieg, zunächst mit Antibiotika behandelt. Als das nichts half und die Leukozyten immer weiter zunahmen, stellte man bei ihm schließlich nach einer Knochenmarks-Punktion die Diagnose „Chronische myeloische Leukämie“.

Glücklicherweise fand er noch rechtzeitig den Weg zu meinen Freunden in Frankreich. Ihm geht es heute gut, er arbeitet wieder und ist gesund, ohne je Zytostatika eingenommen zu haben.



Leider habe ich keine Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax. Ich bin sicher, daß dort Osteolysen zu sehen gewesen wären. Aber das Hirn-CT von Ende Juni '86 ist sehr typisch für ein sog. generalisiertes Marklager-Oedem, wie es allerdings eigentlich mehr die kindliche Art der Leukämie hat. Die Pfeile zeigen z.T. auf einzelne Herde, die aber aus dem großen Marklager-Oedem nur bei ganz genauem Hinsehen abgehoben sind.

21.9.7 Selbstwerteinbruch, weil Patient glaubte, zum „alten Eisen“ zu zählen

Der folgende Fall mit für Leukämie typischen Hirn-CTs handelt von einem sehr hohen Geistlichen aus Italien, der für die Ausbildung des Priesternachwuchses zuständig gewesen war und in den 60er Jahren, als viele Priesterseminaristen austraten, 2 Konflikte erlitt:

1. einen Revierärger-Konflikt (Leber-Gallengangs-Ulcera) mit einem Revierangst-Konflikt (Bronchial-Ulcera), beide rechts-cerebral, weil eben die Seminaristen in Scharen austraten und er sich vor Ärger und Zukunftsangst kaum zu halten wußte.

2. einen Ohnmächtigkeits-Konflikt, als er in den Vatikan zitiert wurde und mit der Frage konfrontiert wurde: „Man müßte dringend etwas dagegen unternehmen, aber was könnte man denn tun?“ Er erlitt dabei quasi einen „Zwillingskonflikt“ auf organischer Ebene für die Schilddrüsen-Ausführungsgänge und gleichzeitig in der Intima der linken Carotis-Gabelung³⁵⁰ (= Aufteilung der Arteria carotis communis in Arteria carotis externa und interna). Entwicklungsgeschichtlich sind beide Kiemenbogen-Abkömmlinge, haben den gleichen Konflikt, organisch liegen sie nur wenige Zentimeter auseinander, ihre Relais befinden sich im gleichen Hirnbereich. In der Carotis-Gabelung befindet sich, zu Erinnerung für die Mediziner unter Euch, der sog. Carotis-Sinusknoten, eine Art automatische Blutdruckmessung und -Steuerung des Organismus und - so sagen unsere Lehrbücher, der wichtigste Regelkreis zur Steuerung und Stabilisierung des zentralen arteriellen Blutdrucks. Auf organischer Ebene erlitt er in der pcl-Phase eine verhornde Plattenepithel-Warze im Lumen eben dieser Arteria-Carotis-Gabelung.

Als dieser Befund 1984 erstmals entdeckt wurde, weil der Patient Sprachstörungen hatte, geriet der Patient in Panik und erlitt einen völligen Selbstwerteinbruch-Konflikt, weil er nunmehr zum „Alteisen“ zu zählen schien, wie er sagte. Die Sprachstörungen waren vermutlich Ausdruck der verminderten Durchblutung der hinteren Großhirn-Hemisphäre durch die Carotis-Stenose³⁵¹.

Der Patient nahm rasch an Gewicht ab, schlief nicht mehr, mußte ständig daran denken, daß er „Alteisen“ sei und zu nichts mehr nütze. Daraufhin erlitt er erhebliche Osteolysen in der Wirbelsäule und im Becken entsprechend einem zentralen Persönlichkeits-Selbstwerteinbruch bzw. einem Konflikt, etwas nicht durchstehen zu können, (siehe Röntgenaufnahme des Beckens).

Eigentlich wäre, nach schulmedizinischem Verständnis, nun doppelt nichts mehr zu machen gewesen. Zudem wurden die CCT-Bilder als „Hirnerweichung“ gedeutet, allerdings zu einem Zeitpunkt, als der Patient schon längst seine Conflictolyse hatte.

Der Patient hatte noch eine weitere Sache, die ihn beschäftigte: Er hatte einen seit langem erhöhten Blutdruck (250/150). Nun wurde der Blutdruck für die Carotisgabel-“Verkalkung“ verantwortlich gemacht. In Wirklichkeit hatte er einmal, 20 Jahre vorher, einen furchtbaren Wasser-Konflikt mit

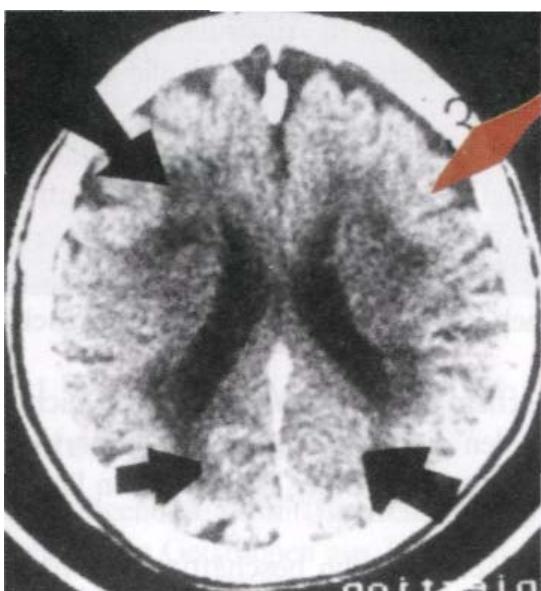
³⁵⁰ Carotis = Hauptschlagader

³⁵¹ Stenose = Verengung, Enge, Einengung von Hohlorganen oder Gefäßen

Nieren-Nekrose. Er flog damals mit einem kleinen Passagierflugzeug über dem Mittelmeer. Plötzlich kam das Flugzeug in ein schweres Gewitter. Der Pilot flog sehr niedrig, trotzdem wurde das kleine Flugzeug ständig hin und her geworfen. Jeder der Passagiere hatte Angst, im nächsten Augenblick ins Mittelmeer zu stürzen. Man legte Schwimmwesten an. Es dauerte etwa 3 Stunden. Der Patient sagt: „Es war die Hölle!“ Von da ab hatte er erhöhten Blutdruck, träumte monatelang von diesem furchtbaren Erlebnis.

Nach dem jüngsten Selbstwerteinbruch-DHS wegen der furchtbaren schulmedizinischen Diagnose, hatte der Patient etwa 5 Monate Konfliktaktivität. Dann kam er und vertraute sich meinen Freunden in Frankreich an. Und da er sehr intelligent ist, verstand er das System und verstand, daß alles falscher Alarm war und er wegen eines Irrtums einen Selbstwerteinbruch erlitten hatte.

Er machte danach alle Stadien und Symptome einer Leukämie durch. Die Conflictolyse erfolgte im Februar '86. Der Patient bekam starke Schmerzen im Becken und in der Wirbelsäule, die Leukozytenwerte lagen um 20.000 nach vorheriger Anämie, die so stark war, daß er immer auf niedrigen Werten zwischen 7 und 8 g% Hb entlangbalancierte. Er nahm etwa 4 Monate lang Cortison.

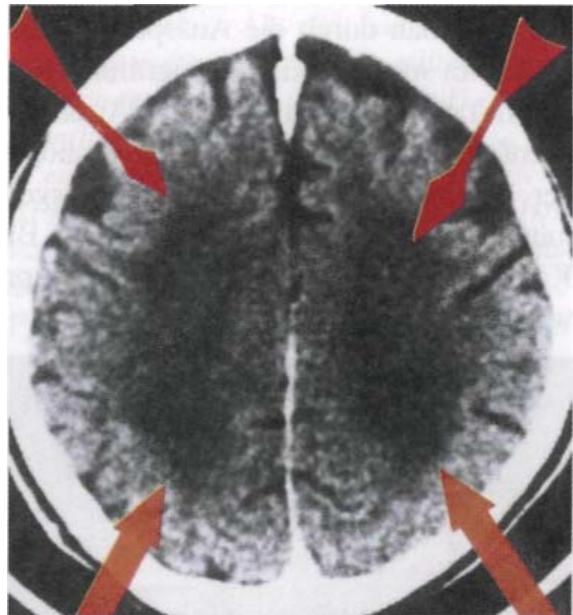


CCT von November 1986

Das erste CCT-Bild stammt vom November '86 und zeigt tiefdunkle Oedem-Schwärzung. Die Röntgenologen sprachen von „Hirnerweichung“, worüber der Patient zu dem Zeitpunkt aber bereits lachen konnte. Diese tiefdunkle Einfärbung des Marklagers ist typisch für das leukämische Stadium. Die Schwärzung ist durch das Oedem bedingt. Die Betonung liegt im Bereich der Beckenrelais. Die unteren Pfeile weisen auf zwei alte Verlust-Konflikte (Hoden-Relais), von denen der links-cerebrale HH in rezidivierender Lösung ist mit intrafocalem und perifocalem Oedem.

Pfeil rechts oben: In diesem Fall ist nicht das Bronchialrelais, sondern das an gleicher Stelle liegende Carotisgabel-Relais betroffen an dem der Patient wegen einer Stenose operiert wurde. Der Konfliktinhalt ist ein Ohnmächtigkeits-Konflikt.

Nebenstehend sehen wir das Pendant zu einem fast generalisierten Selbstwerteinbruch-Konflikt im Gehirn: Der Patient hatte gesagt bekommen, daß er eine zunehmende Carotis-Stenose durch Arterienverkalkung habe und dadurch bald nicht mehr richtig denken könne und dann ein Pflegefall werde. Es gelang den Geschwistern des Patienten, diesen moralisch wieder aufzurichten, es kam zur Lösung des Konfliktes. Als Ergebnis sehen wir das kräftige Ödem nahezu des gesamten Marklagers. Wirbelsäulen- und Becken-Relais sind besonders betroffen.



CCT-Aufnahme vom November 1987

Nebenstehend sehen wir eine Carotisgabel-Stenose der linken Halsseite.

An der Aufzweigung der Arteria carotis, wo der sog. Carotis-Sinusknöten gelegen ist, kann die Gefäß-Intima (Innenhaut der Arterie), die ja embryologisch auch ein Kiemenbogen-Abkömmling und deshalb hochsensibel vom Großhirn-Cortex versorgt ist, bei einem Ohnmächtigkeits-Konflikt ulcerieren. Das kann zum sog. Carotis-Aneurysma³⁵² führen. Das ist in diesem Fall nicht geschehen, denn hier handelt es sich offenbar um eine sog. hängende Heilung, d.h. immer, wenn wieder neue Seminaristen kamen, trat wieder eine vorübergehende Lösung des Konfliktes ein. Wenn die Seminaristen wieder wegliefen, erlitt der Patient wieder sein Rezidiv. Entsprechend haben wir hier das Gegenteil eines Aneurysmas, nämlich eine Stenose durch ein verhornerndes Plattenepithel in Form einer Warze im Lumen des Gefäßes.



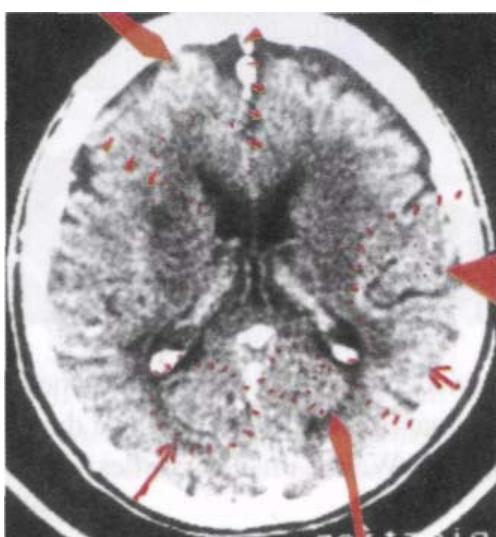
³⁵² Aneurysma = Erweiterung

ßes, das man durch die Aussparung des mit Kontrastmittel angereicherten Blutes im sog. Carotis-Angiogramm (Kontrastmittel-Darstellung der Arteria carotis) gut erkennen kann. Die Arteriae carotides sind Zwillingssgebilde der ebenfalls aus den gleichen Kiemenbögen entstandenen Ausführungsgänge der Schilddrüse, die in Entwicklungsgeschichtlicher Vorzeit in den Darm mündeten (= ekkrin) und jetzt in die Blutbahn münden (= endokrin). Der Konflikt ist deshalb in beiden Fällen praktisch gleich: „Man müßte doch was tun, aber man kann nichts tun!“



Beckenröntgenaufnahme von April 1986, die rechte Bildseite ist die linke Körperseite und umgekehrt. Während wir auf der linken Seite nur einen alten rekalzifizierten Herd im Sitzbein sehen, ist die rechte Beckenseite von vielen Osteolysen betroffen. Die oberste (Kreuzbein) war schon einmal vorhanden und dann wieder verkalkt, ist jetzt aber rundherum wieder osteolysiert. Die anderen, mit Kreisen, Pfeilen und Strichelungen umrahmten

Osteolysen sind frisch - Selbstwerteinbruch im Partner-Verhältnis. Wir können auch sagen: Dieser hohe Jesuitenordensmann, der sich stets für einen guten Seminaristenchef gehalten hatte, war durch den scharenweisen „Abgang“ der Priesterseminaristen in Rom in seinem Selbstwert unerwartet zutiefst getroffen.



CCT von November 1986

Im nebenstehenden Hirn-CT sehen wir (Pfeil oben links) den zur Carotis-Stenose gehörenden HH, der lange in hängender Heilung war. Von unten medial überlappt sich damit ein inzwischen mehrfach abgeheilter HH eines Selbstwerteinbruches im Partnerverhältnis. Zum Zeitpunkt der Aufnahme scheint er wieder aktiv zu sein. Ihm entspricht auf organischer Ebene eine Osteolyse der rechten Schulter. Leider haben wir davon keine Röntgenaufnahme.

Der kräftige Pfeil rechts weist auf den HH im Leber-Gallengangs-Relais (Revierärger), bei dem schwer zu ent-

scheiden ist, ob er ganz abgeheilt ist oder wieder etwas Aktivität hat. Das letztere scheint der Fall zu sein, denn der Patient bekam etwas später eine mittelschwere Gelbsucht. Zu diesem HH gehört direkt darunter occipital (kleiner Pfeil) ein HH im Blasen-Relais (Reviermarkierungs-Konflikt), der sicher wieder aktiv ist.

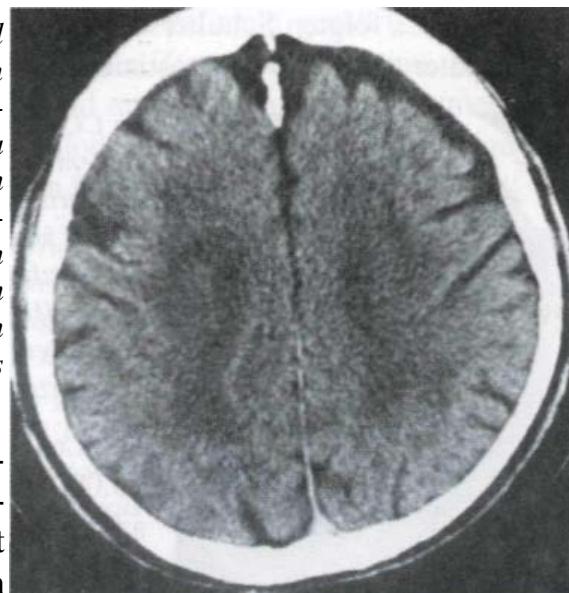
Der rechte occipitale Pfeil zeigt auf einen aktiven HH im Nieren- (Wasser-) Relais. Direkt daneben links medial ist noch ein zweiter, ebenfalls aktiver HH. Beide dürften für den hohen Blutdruck verantwortlich sein. Der Befund entspricht einer Nekrose der rechten Niere zusammen mit einer weiteren Nekrose für das linke Nierenparenchym (HH: Pfeilchen links occipital). Leider wurde bei dem Patienten kein Abdomen-CT gemacht. Aber man kann sehr gut verstehen, daß in einem solchen Fall ein hoher Blutdruck - wegen dem durch die Nekrosen beider Nieren bedingten Ausfall an Nierenparenchym - geradezu biologisch notwendig ist. Wenn wir uns vorstellen, wieviele Säcke voll Medikamente ein solcher Patient gewöhnlich verschrieben bekommt (Blutdrucksenker), versteht man die ganze Unsinnigkeit unserer bisherigen Medizin.

Nach einigen Monaten (Bild April '87) ist das Marklager-Oedem wieder abgeklungen, die vermeintliche „Hirnerweichung“ nahezu verschwunden. Auch die Osteolysen und die Anämie ist wieder verschwunden, die Leukozyten in den Normbereich zurückgekehrt. Im Hirn-CT von April '87 sieht man insgesamt einen Rückgang des Oedems im Marklager.

Wenn dieser Priester mit 70 Jahren einen so gewaltigen Selbstwerteinbruch generalisierter Art überstehen konnte, dann können

Jüngere ihn noch viel eher über-

stehen. Auch dieser Priester hatte große Schmerzen, aber er hatte Menschen um sich, die ihm geholfen haben und auch das System der Neuen Medizin verstanden hatten.



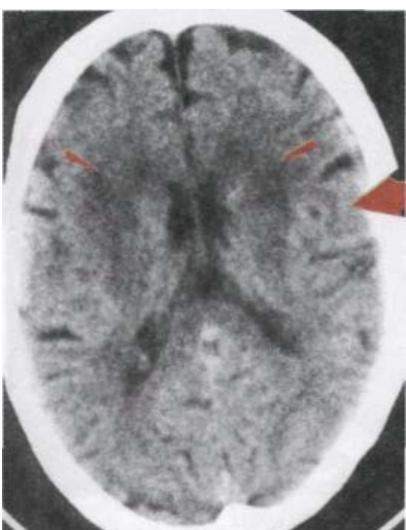
CCT von April 1987

21.9.8 Der Staatsanwalt: Selbstwerteinbruch Vater/Tochter

Der folgende Fall handelt von einem Staatsanwalt, der als besonders scharf galt. Zum ersten DHS kam es so: Der Staatsanwalt hatte eine schwere dienstliche Auseinandersetzung mit seinem Vorgesetzten, dem General-

Staatsanwalt. Der Patient sprang erregt auf, rannte aus dem Zimmer und schrie: „Was fällt Ihnen überhaupt ein, mit Ihnen verkehre ich nur noch schriftlich“, was er auch 5 Monate bis zu seiner Pensionierung durchhielt. Sie war für ihn die Conflictolyse. Bemerkt wurde der zugehörige Lungen-Befund erst später, nur durch Zufall und im Zusammenhang mit einem anderen Ereignis. Denn im Januar '84 sollte seine Lieblingstochter zur Wahl gehen. Der Staatsanwalt: „Nur nicht die Grünen!“ Da pflanzte sich dieses bis dahin brave Töchterchen vor seinem Vater auf und konterte: „Du hast zur rechten Zeit nie mit mir gesprochen, jetzt brauche ich deinen Rat nicht mehr!“ Der Patient: „Das hat mich tief getroffen, so etwas hatte sich im Gericht nie einer mir gegenüber herausgenommen.“

Er erlitt einen Selbstwerteinbruch im Vater/Tochter-Verhältnis. Bei einer Mutter wären in solchem Falle stets der linke Schulterskelett-Bereich betroffen, bei Vätern können es beide sein. Zu einer Aussöhnung (CL) kam es im April '84. Es folgten Schulterschmerzen in beiden Schulterblättern, histologisch später als Krebs diagnostiziert.



Im CCT von September '85 sehen wir das starke Oedem des Marklagers frontal-seitlich beider Vorderhörner, was dem Schulter-Skelett zugeordnet ist.

Zusatzbefund: Der Pfeil rechts zeigt auf einen alten HH im Koronar-Relais entsprechend einem alten vormals abgelaufenen, nicht erkannten Herzinfarkt.

Die Leukozyten waren zwischen 12.000 und 15.000. Man hat die Leukämie „übersehen“ angesichts des vermeintlich so gewaltigen Bronchial-Karzinoms, das in Wirklichkeit längst inaktiviert und dessen Restzustand als harmlose Bronchial-Atelektase zu sehen war, auch nie Beschwerden gemacht hat, weil er ja glücklicherweise seinen Revier-Konflikt nach 4 bis 5 Monaten durch die Pensionierung gelöst hatte. Der Patient kam zu mir und fragte, was er machen solle. Ich sagte: „Nichts, freuen Sie sich, daß beide Konflikte gelöst sind. Wenn Sie nichts machen, wird Ihnen nichts passieren.“ Er schüttelte den Kopf und sagte: „Das freut mich, das wäre schön.“

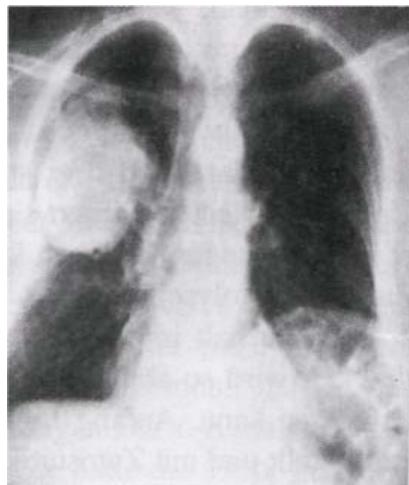
Auf dem Hirn-CT von September '85 sehen wir (Pfeil rechts oben) einen großen HH, der kein Oedem mehr hat im rechten periinsulären Bereich, dem erwähnten Revierangst-Konflikt durch Auseinandersetzung mit dem Generalstaatsanwalt, entsprechend.



Der Familienrat entschied anders: Ein anständiger Staatsanwalt muß auch eine staatlich sanktionierte Krebstherapie machen. Sein Freund, ein kluger, ebenfalls pensionierter Staatsanwalt, war verzweifelt. Er mußte mit ansehen, wie sich sein Freund mit Chemo und Bestrahlung zu Tode „therapierten“ ließ und konnte nichts machen.

Der inaktivierte Bronchial-Krebs hat sich übrigens, wie ich erwartet hatte, nicht gerührt. Der Patient ist zu Tode therapiert worden und starb an Zytostatika-Anämie. Kurz vor seinem Tode vertraute er seinem Freund an: „Ich glaube, der Hamer hatte doch recht.“ Nach seinem Tode entschloß sich sein verzweifelter Freund, in Zukunft für die Verbreitung der Neuen Medizin zu arbeiten.

Auf der nebenstehender Aufnahme von Juni '85 sehen wir die zugehörige Bronchial-Atelektase im Lungenröntgen, die in der Heilungsphase nach Intrabronchial-Ulcera auftreten können. Für den Laien sieht das aus wie ein großer Lungentumor. In Wirklichkeit aber sind solche gewaltig erscheinenden Dinge nur Atelektasen, die von einem 1 cm großen Ulcus im Bronchus herrühren können. In der Heilungsphase schwillt dieser Bronchus innen zu (Oklusion). Der Teil des Lungenbereichs, in diesem Fall der Mittellappen, der hinter diesem verstopften Bronchus liegt und nun nicht mehr belüftet ist, bleibt atelektatisch bzw. nicht belüftet. Die Schulmedizin sieht den nicht oder schlecht belüfteten Teil als „Tumor“ an, was völlig falsch ist. Oft bleibt die Atelektase zeitlebens, ohne Probleme zu machen.



21.9.9 Akute Lymphoblasten-Leukämie durch Selbstwerteinbruch wegen einer „Drei“ in Musik



Dieser Fall ist so tragisch, daß man eigentlich nur heulen könnte, wenn man ihn liest. Die Eltern haben mir erlaubt, ein Bild ihres Sohnes zu drucken, weil der Fall nur dadurch erst richtig verständlich wird.

Sein DHS erlitt dieser damals 14jährige Junge Anfang Februar '84, und zwar ein zweifaches DHS: 1. Ärger-Konflikt mit

Leber-Gallengangs-Ca, möglicherweise auch Magen-Ulcus. 2. Intellektueller Selbstwerteinbruch („Ungerechtigkeit“) mit Osteolysen in der Halswirbelsäule (HWS).

Er, in Musik der Beste der Klasse mit weitem Abstand, begeisterter Musikliebhaber und Orgelspieler, der in der Musikstunde alles an die Tafel schreiben muß, weil er der einzige ist, der mit Noten richtig umzugehen weiß, bekommt aus Bosheit und Niedertracht der Lehrerin eine 3 in Musik! Der Junge ärgert sich verständlicherweise ganz furchtbar und erleidet einen starken Selbstwerteinbruch. Denn sein Selbstwert gründete sich zum erheblichen Teil darauf, daß er so musikalisch war. Er denkt ständig an diese Ungerechtigkeit und ärgert sich Tag und Nacht, nimmt an Gewicht ab, weil er keinen Hunger mehr hat, kann nicht mehr schlafen, hat häufig Brechreiz. Zur Conflictolyse kommt es im April '84. Der Junge sagt sich: „Jetzt bekommst du halt im nächsten Zeugnis wieder deine 1, dann stimmt es wieder!“ Er wird so abgeschlagen und müde, daß er in der Schule kaum noch aufpassen kann. Anfang Juni '84 wird die akute Lymphoblasten-Leukämie festgestellt und mit Zytostatika behandelt. Im Juli kommt es zu einem echten Konfliktrezidiv-DHS, als die Lehrerin ihm trotz der inzwischen bekannten Erkrankung völlig ungerechtfertigterweise und mit voller Bosheit nochmals eine 3 verpaßt. Von diesem Moment ab geschieht das, was die Zytostatika-Pseudotherapie nicht geschafft hatte: Die Leukozytenzahl sinkt durch die konflikt-bedingte Knochenmarks-Depression rasch bis zur Leukopenie. Wieder verliert der Junge rapide an Gewicht, hat laufend Brechreiz und Erbrechen, kann wieder nicht mehr schlafen und muß wieder ständig nur an die 3 in Musik denken. Er hat genau den gleichen Konflikt als Rezidiv erlitten: 1. einen Revierärger-Konflikt (Leber-Gallengangs-Ca und Magen-

Ulcus), 2. einen Selbstwerteinbruch-Konflikt mit Skelett-Osteolysen, und dazu 3. einen Angst-im-Nacken-Konflikt mit Sehverschlechterung.

Es war geradezu grotesk: In dieser zweiten konflikt-aktiven Erkrankungsphase zwischen Juli und Weihnachten 1984, als der Junge ständig an Gewicht abnahm, erbrach, nicht schlafen konnte und ständig an seine 3 in Musik denken mußte, da sollte der Junge „gesund“ sein laut Auskunft der Ärzte, weil das Blutbild eine *Leukopenie* zeigte! Das kommt eben davon, wenn die Mediziner nur nach irgendwelchen idiotischen Symptomen zwischen krank und gesund entscheiden, obwohl in Wirklichkeit genau das Gegenteil der Fall war!

Als sich der Junge, wie er berichtete, im Dezember (Weihnachten '84) gesagt habe: „Ach, die Lehrerin kann mich doch mal gern haben“, da habe er aufgehört, sich über die 3 zu ärgern. Von da ab bekam er wieder Appetit, nahm wieder an Gewicht zu, konnte wieder schlafen und - zum großen Jammergeschrei der Uni-Schulmediziner stieg die Leukozytenzahl wieder an als gutes Zeichen der Heilung seines Selbstwerteinbruch-Konfliktes und als Zeichen der Knochen-Rekalzifizierung auf 103.000! Als es dem Jungen schlecht ging, galt er als gesund. Aber nun, wo es ihm deutlich gut ging, wurde über ihn quasi das Todesurteil gesprochen: Leukämie-Rezidiv, keine Überlebenschance!

Von da ab war alles nur noch heller Wahnsinn, was jetzt passierte: Man machte aggressivste Chemo- (Zytostatika-) Behandlung mit dem einzigen „Erfolg“, daß man das Knochenmark total ruinierte. Zwar schaffte man es, dem Jungen eine Anämie beizubringen, aber, da er ein junger Mensch war, stiegen die Leukozyten immer wieder an - immer wieder als neues Zeichen der Heilung, denn der Konflikt blieb jetzt gelöst. Und immer wieder versuchte man die Teufelsaustreibung mit immer aggressiveren Zytostatika. Der arme Junge starb schließlich unter dieser Dauerfolter einen gnädigen, aber völlig unnötigen Tod: Die Nachschwester merkte nicht, daß er aus dem Nasenraum blutete und das Blut in den Magen-Darm-Kanal lief, obwohl sie gerade darauf hatte aufpassen sollen. Sie hatte das Licht gelöscht. Als sie am Morgen nachschaute, entleerte der Ärmste gerade 1,5 bis 2 Liter Blut aus dem After und - war auf der Stelle tot! Man hatte ihm nämlich „*Carnivora*“ gegeben aus potenziertem Unverstand, ein spezielles Gift der Thrombopoeze. Daran war er verblutet.

Ich weiß übrigens nicht, ob der Junge seinen zusätzlichen Selbstwerteinbruch, den 5. Lendenwirbel rechts betreffend, im Juli bei dem Konfliktrezidiv-DHS erlitt oder bei der 2. niederschmetternden Prognose Ende Januar '85, ich nehme das letztere an, ebenfalls könnte der Angst-im-Nacken-Konflikt von da herrühren. Beide müssen sich zwischen Januar und Juni

'85, dem Monat, in dem das Hirn-CT angefertigt wurde, gelöst haben. Ich habe den Jungen nur 3 Stunden gesehen, wenige Tage vor seinem Tod und kannte da das Hirn-CT noch nicht.

Ein Selbstwerteinbruch-Konflikt auf der Basis einer Ungerechtigkeit, ich nenne das einen „intellektuellen“ Selbstwerteinbruch-Konflikt, führt stets, wie ich an unendlich vielen Beispielen belegen kann, zur Osteolyse der Halswirbel oder einzelner Halswirbel. Der Junge hat folgerichtig auch immer über Nackenschmerzen geklagt. Er hätte aber zusätzlich oder statt dessen Osteolysen der Schädelcalotte haben können, die mit dem gleichen Konfliktinhalt in Verbindung stehen.



Im Hirn-CT dieses sensiblen Jungen sehen wir (Pfeil rechts unten) den HH im Großhirn-Relais für das Leber-Gallengangs-Ulcus und das Magen-Ulcus mit starkem Lösungsoedem. Frontal sehen wir das erhebliche Ödem für das HWS- und Calotten-Relais bds., entsprechend dem intellektuellen SWE (obere 2 Pfeile links u. rechts). Der mittlere rechte Pfeil zeigt auf den HH für das Bronchial-Ca (Revierangst), der im gleichen Takt wie das Revierärger-Relais in Lösung gegangen ist. Lungenaufnahmen wurden glücklicherweise nicht angefertigt.



Die unteren Pfeile rechts zeigen auf einen Angst-im-Nacken-Konflikt und Angst-vor-dem-Räuber-Konflikt, entsprechend einer starken Visus-Verschlechterung³⁵³ des linken Auge. Der rechte Pfeil entspricht der Netzhaut (Angst vor eine Sache). Der linke Pfeil entspricht dem Glaskörper, also einem Räuber oder Verfolger. Die Konflikte entstanden im Zusammenhang mit den Quälereien der Therapie.

Dieser arme Junge, den wir auf dem Foto mit seiner Mutter an der Orgel sehen, ist aus lauter Unverständ gestorben! In Zukunft darf es so etwas einfach nicht mehr geben!! An diesem Fall sieht jeder minutiös, wie in totaler Unwissenheit

³⁵³

Visus = das Sehen, die Sehschärfe

alle natürlichen Dinge auf den Kopf gestellt werden. Das Gesunden gilt als krank, das Kranke gilt als gesund!

21.9.10 Selbstwerteinbruch mit Plasmozytom durch Konkurs des Geschäfts der Lieblingstochter

1. Leukämie nach Selbstwerteinbruch, als die Tochter wegzog und Pleite machte.
2. Leber-Ca nach Verhungerungs-Konflikt für die Tochter später auch für sich selbst nach Diagnose der Hepatitis.
3. Zustand nach mehreren Revierärger-Konflikten mit Hepatitis A und B in der jeweiligen Heilungsphase nach Leber-Gallengangs-Ulcera.
4. Diabetes mellitus nach Konflikt des Sich-Sträubens
5. Ovarial-Ca links wegen eines Verlust-Konflikts.

Dieser Fall einer 66jährigen Dame aus Südfrankreich wird zu vielen Fragen Anlaß geben. Es war einer der seltsamsten Fälle, die mir vorkamen. Als ich die alte Dame im April '86 zum ersten Mal sah, war sie gelb wie ein Kanarienvogel. Man hatte sie gerade aus dem Krankenhaus nach Hause geschickt, als nicht mehr behandelbar. Auf dem Tisch lagen die Röntgenaufnahmen ihrer Schädelcalotte, die einen über und über mit Osteolysen übersäten Schädelknochen zeigten. Wie ich fühlen konnte, war der knöcherne Schädel so weich, daß man ihn leicht hätte imprimieren können. Um sie herum standen ihre 3 Töchter. Es war spät in der Nacht in ihrer Wohnung. Das Erstaunliche war, daß diese Frau, die nach traditionell-medizinischer Ansicht allen Grund hatte - wie der Krankenhaus-Entlassungsbefehl auswies - sich auf den Tod in den nächsten Tagen einzurichten, munter und vergnügt war und zu mir sagte: „Herr Doktor, die Ärzte sagen alle, ich würde in den nächsten Tagen oder Wochen sterben, aber ich fühle mich besser denn je, habe guten Appetit, schlafe gut. Ich kann nicht verstehen, warum ich sterben soll!“

Und dann erzählte sie, assistiert von ihren 3 Töchtern: Es habe immer schon 2 Schwachstellen in ihrem Leben gegeben, auf denen sie immer empfindlich reagiert habe. Das eine war Ungerechtigkeit gewesen, die sie als Gerechtigkeitsfanatikerin nie ertragen konnte. Und immer hätte sie bei solcher Ungerechtigkeit grün werden können vor Ärger. Natürlich liebt niemand Ungerechtigkeit, aber die meisten finden sich recht bald damit ab, das konnte diese Patientin nicht. Die erste ganz große Ungerechtigkeit passierte 1944 im Krieg, als ihre Schwester von Widerstandskämpfern erschossen wurde, angeblich versehentlich. Die Patientin, damals 24 Jahre, wußte aber,

daß es nicht versehentlich war und wußte, daß ihre Schwester völlig unschuldig war.

Diese Geschichte war vielleicht das prägende Erlebnis ihres Lebens überhaupt. Denn sie mußte natürlich später die Leute, die ihre Schwester erschossen hatten, immer wieder sehen! Es war eine große Ungerechtigkeit gewesen! Ob sie damals schon an einem Plasmozytom erkrankt war, wissen wir nicht, zumindest wurde damals nichts untersucht.

1972 zog die älteste Tochter der Patientin, die stellvertretende Chefin der Familie, von ihr weg, weit weg mit ihren Kindern.

Zu dieser Tochter hatte sie eine ganz innig-schwesterliche Beziehung. Sie identifizierte sich mit ihr weit mehr, als das sonst eine Mutter tut. Und als diese Tochter wegzog, empfand sie es als:

1. Verlust-Konflikt, den sie dem Schwiegersohn anlastete,
2. Selbstwerteinbruch-Konflikt: „Warum darf ich meine Enkelkinder nicht haben, andere haben sie doch auch? Nun habe ich gar nichts mehr.“

Seither lebte und litt die Patientin fast ausschließlich mit dieser Tochter. Die wurde 1974 von dem „bösen Mann“ geschieden und machte 10 Jahre später an der Côte d'Azur mit ihrer Boutique und allem Vermögen Pleite.

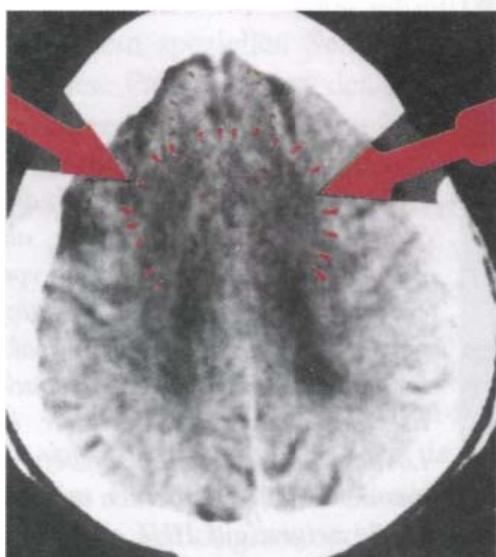
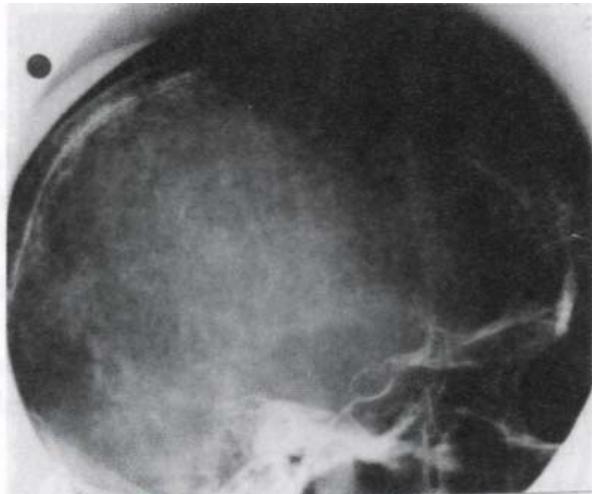
Wieder war es für die Mutter ein DHS-Rezidiv bei, meiner Meinung nach, noch hängendem Verlust-Konflikt. Sie nahm 8 kg an Gewicht ab, ärgerte sich (Revierärger-Konflikt mit Leber-Ulcus-Ca) und fühlte sich, solidarisch mit der Tochter, völlig entwertet.

Das war der Stand im Sommer '85, als man im Krankenhaus das Plasmozytom, das Leber-Ca und das (alte) Ovarial-Ca links fand.

Zur Conflictolyse kam es wie folgt: Die Tochter fand kurz darauf eine gute Anstellung als Directrice einer großen Boutique. Und siehe da, plötzlich konnte die Mutter wieder essen, nahm - trotz inzwischen durchgeföhrter Chemo - an Gewicht zu, fühlte sich allerdings sehr schlapp und müde.

Als die Patientin in der Folgezeit einen Ikterus bekam, ein normales Zeichen der Heilung bei Leber-Ulcus-Ca, einen Aszites (als Zeichen der Lösung ihres Bauch-Konfliktes mit Peritoneal-Mesotheliom in der voraufgegangenen ca-Phase) und nicht nur eine Leukämie, sondern folgerichtig auch eine Pan-Polyzythämie - trotz Chemo!, da resignierten die Ärzte vor all diesen schrecklich ungewöhnlichen Heilungssymptomen und schickten sie als inkurabel nach Hause. Dort geht es der „Inkurablen“ inzwischen recht gut.

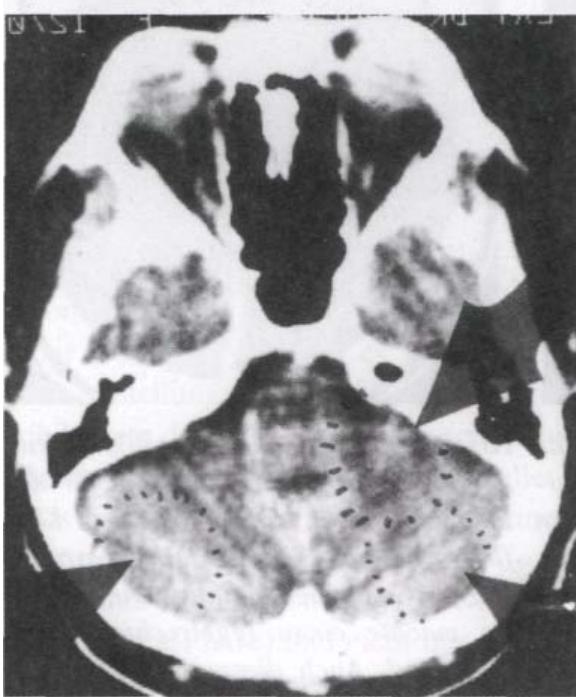
Im Röntgenbild sehen wir nebenstehend generalisierte Osteolyseherde der Calotte. Solch ein Bild finden wir nur bei einem sehr intensiven Selbstwerteinbruch-Konflikt von langer Dauer, bei dem es um etwas Grundsätzliches wie Gerechtigkeit u.ä. ging.



CCT-Bild von Juni '86: Wir sehen das HH für den Sträubens-Konflikt (Pfeil), für die pcl-Phase typische Marklager- der ins Zwischenhirn geht und für den Oedem mit in Lösung befindlichen Diabetes verantwortlich ist. Der Kon-Hamerschen Herden. Die beiden Pfeile flikit war das Sich-Sträuben vor der bezeichnen die Relais für die beiden letzten Chemobehandlung. Die Patien-Calottenhälften und die beiden HWS- tin macht einen regelrechten Klini-Hälften. Der HWS-HH ist weiter dor- kaufstand. Auch dieser HH ist in Lö-sal, der Calotten-HH weiter frontal. sung.
Die Relais sind im CCT nur schwer zu differenzieren.



Der Pfeil rechts zeigt auf die zentrale Spitze des seit Jahren häufig rezidivierten HHs im Leber-Gallengangs-Relais (Revierärger). Der untere Pfeil weist auf das seit Jahren „in Balance“ gewesene Ovarial-Ca, das zum Zeitpunkt der Aufnahme gerade wieder etwas in Lösung ist, erkennbar an dem intrafocalen Ödem.



Der obere Pfeil weist auf das Stammhirn-Leber-Relais, Zusatzbefund müssen wir also von einem zwischenzeitlichen Verhungerungs-Konflikt ausgehen, (aktuell ausgelöst durch die Hepatitis-Diagnose) der jetzt aber in Lösung ist. Weiterer Zusatzbefund aus dem CCT: Die beiden unteren Pfeile zeigen auf HHe, die Pleura- bzw. Peritoneal-Ergüsse rechts und links entsprechen müßten. Sie sind nicht mehr frisch, sondern zeigen nur noch ein kleines Restoedem. Offenbar muß die Patientin zwischenzeitlich einen beiderseitigen Pleura- oder Peritoneal-Erguß gehabt haben, der nicht diagnostiziert

wurde. Die speziellen Konflikte dieser beiden Karzinome weiß ich nicht. Ich vermute nur, daß sie ebenfalls mit und um den Konkurs der Tochter zu tun hatten. Sie haben sich nach der Lösung am raschesten zurückgebildet, weil sie auch die kürzeste Laufzeit hatten.

Dieser Fall zeigt mehreres!

1. Viele Krebse werden erst entdeckt, wenn sie heilen, weil sie dann die meisten Beschwerden machen. Dann halten natürlich die Ärzte diese Heilungssymptome für die eigentlichen Symptome des Krebs. Die Laboruntersuchungen, die die Medizin heute hat, sind ja nicht abzulehnen. In diesem Fall stellte man eine Paraproteinämie fest, also eine Verschiebung in der Elektrophorese. Ein solches Plasmozytom ist ein Knochenkrebs wie alle anderen, lediglich sind die Plasmazellen des Knochenmarks stärker betroffen. Ich habe mir natürlich die Frage gestellt, ob vielleicht diese speziellen Knochenkrebs auch spezielle Arten von Devalorisationen zeigen. Mit allem Vorbehalt glaube ich sagen zu können: ja! Ein Kriterium ergibt sich schon daraus, daß fast alle Plasmozytome Osteolysen in der Calotte, in der Halswirbelsäule oder in den Rippen haben. Das deutet schon darauf hin, daß hier ein „geistiges Problem“ zu diesem speziellen Selbstwerteinbruch geführt hat. Als Konflikt hatten diese Patienten stets den ein- oder mehrfachen Verlust von Menschen aus ihrer Umgebung, meist aber in der Weise, daß der plötzliche Verlust nicht das Problem war, sondern der Verlust meist schon voraussehbar war, nicht aber der Selbstwerteinbruch durch Verlust des „selbstwertbildenden Milieus“. In diesem Fall ist ein Verlust-Konflikt (hängender Konflikt mit Ovarial-Ca) mit einhergegangen, das ist offenbar nicht obligat.
2. Wie völlig hilflos die sog. Schulmediziner werden, wenn mal ein Patient „alles durcheinander“ hat, zeigt dieser Fall: Plasmozytom, Leber-Ca, Diabetes, Leukämie und Pan-Polyzythämie: Ja da stimmt ja nichts mehr zusammen, was soll denn da von wem eine Metastase sein? Soll etwa das Plasmozytom aus leukämischen Infiltraten bestehen? Es zeigt die ganze Ratlosigkeit und Unsinnigkeit, wenn man Krankheiten nach Symptomen zu ordnen versucht, statt nach ihrer Ursache. Und diese Ursache darf auf keinen Fall die Psyche und das Gehirn sein, denn ... „sonst wäre ja alles, was wir in den letzten Jahrzehnten gemacht haben, Unsinn gewesen“.

Warum hat die Patientin nicht mit der linken Brust reagiert, als Mutter? Ich glaube, daß sich diese Patientin mehr als Schwester gefühlt hat. Man kann ein Kind auch ganz oder zu einem Teil als Partner empfinden. Auch das gibt es, und zwar gar nicht so selten! Entscheidend ist ja nicht, was der Patient ist, sondern was er im Augenblick des DHS *fühlt*. Da muß man sehr genau hinhören, wie ein guter Kommissar. Deshalb kann man auch all die unsinnigen Statistiken ruhig vergessen, die zustande kommen, indem z.B. Psychologen irgendwelche Fragebogen abhaken! Wer ist bloß mal auf die Idee

gekommen, daß man mit solchem Unfug die menschliche Seele erforschen könne?

21.9.11 Morbus Waldenström

Der Fall dieses nächsten Patienten behandelt Morbus Waldenström (spezielle Art von Knochenkrebs), Lymphoblasten-Leukämie, Intrabronchial-Ca und Leber-Gallengangs-Ca sowie kurzfristige schizophrene Konstellation. An diesem Fall werdet Ihr sehen, daß schon die Nomenklatur völlig durcheinandergerät, wenn ich in „Schulmedizinersprache“ die bisherigen Syndrome und vermeintlichen Erkrankungen nach der Neuen Medizin zu erklären versuche. Ich muß, lieber Leser, bei diesem Fall einige theoretische Erörterungen vorausschicken, damit der Fall verständlich wird. Es würde sonst zu schwierig sein, solche Erklärungen in die fortlaufenden Schilderungen des Falles einzubauen.

Da die etablierten Mediziner von der Neuen Medizin bisher nichts wissen wollten, konnten sie auch kein Verständnis haben für solche Vorgänge, die man eben nur mit Hilfe der Neuen Medizin verstehen kann. Da Du, lieber Leser, niemals ein Krankenblatt finden wirst, wo überhaupt an die Möglichkeit eines Unterschieds zwischen Sympathicotonie und Vagotonie gedacht wurde, geschweige denn diese Möglichkeit als Grund für eine Änderung der sog. objektiven Befunde in Betracht gezogen worden ist, so hat man sich ein völlig skurriles, ja paranoides Bild von der Funktion der biologischen Organismen gemacht, wozu ja der Homo sapiens auch zählt.

Ich habe schon bei der Definition der Leukämie gezeigt, daß sie nur die zweite Hälfte der Erkrankung Knochenkrebs ist. Diese aber ist wiederum nur eine der 3 Ebenen (Psyche - Gehirn - Organ) des gesamten Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms Krebs. Wir müssen jetzt den gewaltigen Wald von Krankheiten durchforsten. Denn so, wie es bisher vermeintliche Krankheiten gab, die in Wirklichkeit nur der 2. Teil (pcl-Phase) einer voraufgegangenen konflikt-aktiven Phase sind, genauso gibt es natürlich vermeintliche Erkrankungen, die nur den 1. Teil einer solchen „Erkrankung“ darstellen, weil es bisher - durch ärztlichen Unverstand und mangelhafte Beobachtung - zu einem 2. Teil, also einer Heilungsphase, gewöhnlich scheinbar nie gekommen ist. Auch zu einer Leukämie kommt es ja gewöhnlich nur dann, wenn nicht unglücklicherweise vorher ein Knochenkrebs entdeckt worden ist. Wird er nämlich entdeckt und dem Patienten die Diagnose, und noch schlimmer, die vermeintliche *Prognose* an den Kopf geworfen, dann bricht ja der Patient gewöhnlich völlig zusammen und erleidet den nächsten Selbstwerteinbruch-Konflikt, weil er ja nun glaubt, noch viel we-

niger wert zu sein. Deshalb sieht man diese beiden Krankheitsbilder nie oder fast nie zusammen. Entdeckt man aber Knochen-Osteolysen während der leukämischen Phase, dann spricht man von „leukämisch-metastatischen Infiltraten“. Dies ist um so merkwürdiger, als sich ja die Leuko- oder Lymphoblasten gar nicht mehr vermehren können, keine Zellteilung und keine Mitose machen. Niemand konnte sich jemals überhaupt erklären, wie denn solche angeblichen „leukämischen Infiltrate“ eigentlich zustande gekommen sein sollten. Ähnlich wie Knochenkrebs und Leukämie nur zwei Phasen von ein und der gleichen Erkrankung sind, so ist es auch mit einer Reihe von verschiedenen sog. Syndromen, die eigentlich zusammengehören, wie z.B. Knochenkrebs und Schmorische Knötchen bzw. Deckplatteneinbrüche und Leukämie oder Knochenkrebs, Scheuermann-Syndrom und Leukämie oder Knochenkrebs, Morbus Waldenström und Leukämie, falls gelegentlich diese Heilphase bisher erreicht wurde. Es ist so, daß sie bisher so gut wie niemals erreicht wurde, deshalb gilt der Morbus Waldenström, im Grunde nur eine besondere Art von Knochenkrebs, als unheilbar und meist rasch zum Tode führend, jedoch sind auch einzelne über Jahre dauernde Verläufe bekannt. Der Morbus Waldenström, eine sog. Immunglobulinopathie, bei der das Immunglobulin G in der Immun-Elektrophorese vermehrt ist (genannt auch primäre Makroglobulinämie), ist, wie gesagt, eine besondere Form des Knochenkrebs. Ob dahinter auch eine besondere Art von Selbstwert-Konflikt steht oder ob es eine besondere Reaktionsweise eines Menschen oder mancher Menschen ist oder ob es auch so eine Kombination von 2 Konflikten in gleichzeitiger Konfliktaktivität ist, vermag ich noch nicht sicher zu entscheiden, bevor ich nicht eine größere Anzahl von solchen Fällen gesehen habe.

Dieser Patient ist Beamter, ein sehr gewissenhafter Beamter, der alles ganz korrekt machen wollte. Schon mehrfach hatte er deshalb einen Selbstwerteinbruch-Konflikt erlitten. Immer war der 2. Lendenwirbel betroffen gewesen. Man nannte es immer „Lumbago“. Er ging dann immer zu einem Orthopäden, der versuchte, die Nervenwurzel mit Novocain zu umspritzen in der Annahme, die Nervenwurzeln würden komprimiert. In Wirklichkeit aber war es wohl die Periostkapsel-Spannung, die dem Patienten Schmerzen bereitete, denn die Schmerzen kamen jedesmal, wenn der Patient sich entspannte. Bei einigen dieser Unternehmungen des Umspritzens hatte der Orthopäde - leider - besonderen Erfolg, denn die Schmerzen waren danach gleich besser. Er hatte das pralle Periost punktiert oder schließlich durch die ständige Punktiererei praktisch inzidiert. Es floß aber nicht nur Oedem her-

aus, sondern auch Spongiosa³⁵⁴ von der Osteolyse. Diese hatte, kaum daß der Konflikt wieder vorübergehend gelöst war, nichts Eiligeres zu tun, als Callus zu bilden, was man dann praktisch ein Osteosarkom nennen müßte.

Bei dieser Vorgeschichte erlitt er im Herbst '85 das allerschlimmste Rezidiv-DHS von allen voraufgegangenen: Der Abteilungsleiter hatte gewechselt, und der Präsident war versetzt worden! Das erfuhr der Patient am 1. Tag, als er gerade aus dem Urlaub kam. An diesem Tage kam er völlig verstört nach Hause und konnte es nicht fassen: „Nun habe ich keinen Fürsprecher mehr!“ Der Präsident war ihm wohlgesonnen gewesen, für ihn hatte er geschwärmt, er war ihm wie sein großer Freund vorgekommen, sein einziger und sicherster Halt. Und gerade jetzt hätte er befördert werden sollen. Davor war nun keine Rede mehr, seit der Präsident weg war. Er erlitt folgerichtig einen weiblichen Revierbereichs-Konflikt des Verlassen-Werdens in diesem besonderen Vertrauensverhältnis. Gleichzeitig erlitt er seinen alten Selbstwert-Konflikt auf eine sehr verstärkte und ausgeweitete Art wieder. Schließlich erlitt er noch zu allem einen Ärger-Konflikt, weil er nun nicht befördert wurde, denn das hätte auch gehaltsmäßig zu Buche geschlagen. Er war nunmehr in schizophrener Konstellation.

Jetzt ging die Misere los: Er aß nicht mehr richtig, schlief nicht mehr gut, hatte Aufstößen und gelegentliche Übelkeit, nahm an Gewicht ab und blieb verstört. Und wirklich wurde er jetzt von einer Abteilung in die andere geschoben, das, was er befürchtet hatte und was bei dem früheren Präsidenten nie passiert wäre!

Bis dahin war der Patient immer noch in der konflikt-aktiven Phase, und zwar mit allen 3 Konfliktbereichen. Am 12. Mai '86 aber kam das Faß zum Überlaufen.

2. DHS:

Am 12. Mai wurde der Patient wieder in eine neue Abteilung versetzt, zu den Juristen, nachdem er sich in der vorherigen gerade ein wenig eingewöhnt hatte. Aber auf dem Gebiet der Juristen fühlte er sich völlig überfordert. Es gab keine Möglichkeit, in seinem vorherigen Revier zu bleiben. Der Patient erlitt einen Revier-Konflikt zu den vorhandenen 3 anderen Konflikten. Er war mit dem weiblichen Revierbereichs-Konflikt und dem Revierärger-Konflikt schon seit Herbst '85 in schizophrener Konstellation gewesen. Jetzt aber rastete er völlig aus, war völlig apathisch, appetitlos, ständig schwitzend und mit trockenem Reizhusten und wurde 3 Tage später wegen „Nervenzusammenbruch“, wie man so schön sagt, in ein Krankenhaus ein-

³⁵⁴ Spongiosa = Knochengewebe

gewiesen. Hier diagnostizierte man den Morbus Waldenström und zunächst eine „Prae-Leukämie“. Außerdem operierte man ihm einen bohnengroßen Lymphknoten aus der rechten Leiste, den die Pathologen sich aber zunächst nicht trauten, gutartig oder bösartig zu klassifizieren. So rieten sie zu einer Lymphographie. Als man dabei das iatogene Osteosarkom mit den multiplen Verkalkungen sah, hielt man das für verkalkte Lymphknotenpakete karzinomatöser Genese und schlug nun auch den Lymphknoten aus der Leiste hinzu: Alles waren nun „Metastasen“. Seltsamerweise wurde das Leber-Ca im linken Leberlappen von 2 mal 2 cm Größe, von dem ich keine CT-Bilder habe, als Hämangiom der Leber fehlgedeutet. Trotzdem prophezeiten ihm die Ärzte den Tod noch vor Weihnachten '86.

Nun fing er einen Schlag nach dem anderen ein. Im September '86 ging er arbeiten, weil er nicht zu Hause herumsitzen und auf seinen Tod warten wollte. Die Kollegen begrüßten ihn mit den Worten: „Na, kommen Sie wieder? Wir haben Sie nicht mehr erwartet!“ Seither lässt man ihn deutlich fühlen, daß er ja eigentlich auf der Dienststelle nur noch „privatisiere“, man ihm also eigentlich eine wichtige Aufgabe nicht mehr übertragen könne, weil man ja - so bitter es auch sei - mit seinem baldigen (und endgültigen) Wiederausscheiden rechnen müsse. So fing er ein Konfliktrezidiv nach dem anderen ein und sein Zustand wurde wirklich immer schlechter.

Im März kam er zu mir und fragte mich ganz treuherzig, ob es wahr sei nach meiner Meinung, daß er bald sterben müsse. Ich sagte ihm ganz offen, daß ich noch keine Erfahrung mit Morbus Waldenström speziell habe, daß ich aber so gewisse Vermutungen habe, daß auch seine Symptomatik nach den Gesetzen der Neuen Medizin verlaufe. Wenn das der Fall sei, könne ich ihm sicher helfen. Wir suchten und fanden zusammen seinen Konflikt samt DHS heraus, wir fanden die zugehörigen Herde im Gehirn, sowohl für den Revier-Konflikt rechts fronto-insulär, als auch für den Selbstwerteinbruch-Konflikt im rechten Marklager. Und schließlich fanden wir natürlich auch auf der organischen Ebene das Intrabronchial-Ca, das bisher noch gar nicht diagnostiziert war (glücklicherweise!) und die Osteolyse im 2. LWK mit vergrößerten umgebenden Lymphknoten.

Nun war der Fall komplett wie bei einem guten Kriminalkommissar. Der Patient, der sehr intelligent ist, verstand sofort: „Ach so, ja, ja natürlich! Ja, das leuchtet mir ein! Eigentlich kann es ja auch gar nicht anders gewesen sein!“ Seither haben wir noch ein paar kritische Monate miteinander durchgemacht. Die Anämie hat uns noch etwas Kummer gemacht. Den Konflikt haben wir gelöst, indem der Patient erst mal 2 Monate „ganz normalen Urlaub“ gemacht hat. Danach ist er wieder in seine Dienststelle gegangen und hat höflich durchblicken lassen, er sei jetzt wieder gesund, was bei den

Kollegen nur ein wissendes Grinsen ausgelöst hat, und im übrigen könnten sie ihn mal alle gern haben ... Inzwischen ist der Mann wieder in Bombenform, braungebrannt, HB 15 g%, Ery 5 Millionen, Thrombo 200.000, spielt Fußball wie zuvor.

Kurz vorher hatten ihm die Ärzte des Krankenhauses gesagt, als zum ersten Mal die Leukozyten über 10.000 kletterten, nun habe er zu dem Morbus Waldenström und den Lymphknoten-Metastasen auch noch eine *Leukämie!* Jetzt sei es ganz um ihn geschehen! Dafür gäbe es absolut keine Chance mehr.

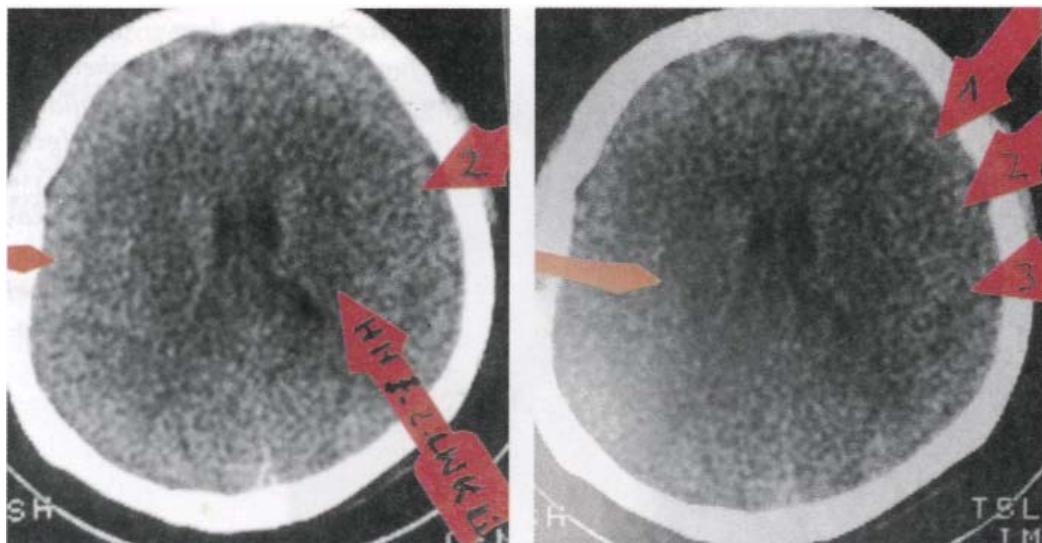
Neulich hat ihn der Präsident begrüßt: „Na, dafür, daß Sie schon längst tot sein müßten, sehen Sie noch recht gut aus!“

Aber der Schein trügt noch etwas. Das Gehirn ist noch nicht zu Ende geheilt. Deshalb braucht er noch Cortison. Da hat er einen Internisten, der auch Hamers Buch gelesen hat und ihm das Cortison unter der Hand rezeptiert, denn auf keinen Fall könne ja der Dr. Hamer Recht gehabt haben. Das Gehirn zeigt noch eine starke Schwellung der beiden Hemisphären, genauer gesagt der beiden Marklager. Das war sogar dem Radiologen aufgefallen. Er hatte es allerdings als „Normvariante“ aufgefaßt, denn was könnte das denn sonst wohl sein? ...

Inzwischen lasen auch die ersten Kollegen des Patienten dieses Buch, denn „man kann ja nicht wissen, wofür das mal gut sein kann ...“

Kürzlich sagte der Internist zu dem Patienten: „Sie sollten jetzt doch noch mal in die Uni-Klinik gehen zwecks Überprüfung der Diagnose, denn entweder hat der Dr. Hamer recht oder die Diagnose war ein Irrtum.“ „0 nein“, sagte der Patient, „Ihre Kollegen würden doch nur versuchen, recht zu behalten. Recht hätten die dann, wenn ich sterben würde, wie Sie es vorausgesagt hatten. Also was soll ich mit meinem Leben spielen und mich in die Arena zu den wilden Tieren begeben. Ich fühle mich bombenwohl und bin gesünder als alle meine Kollegen in meiner Dienststelle. Dem Dr. Hamer werden Ihre Kollegen niemals recht geben, denn dann müßten die ja zugeben, daß sie in den letzten 6 Jahren alles verkehrt gemacht haben! Nein, da lassen die eher mich sterben.“ Der Patient berichtete, der Internist habe dazu nichts gesagt, sei aber sehr nachdenklich geworden. Von solchen Hasard-Unternehmen wie Diagnoseüberprüfung sei seither keine Rede mehr gewesen.

Wenn wir jetzt die Bilder zusammen besprechen, werdet Ihr vielleicht etwas stutzen. An den folgenden Hirn-CTs fällt uns zunächst das starke Oedem des Marklagers auf. Die Seitenventrikel sind deutlich verengt.



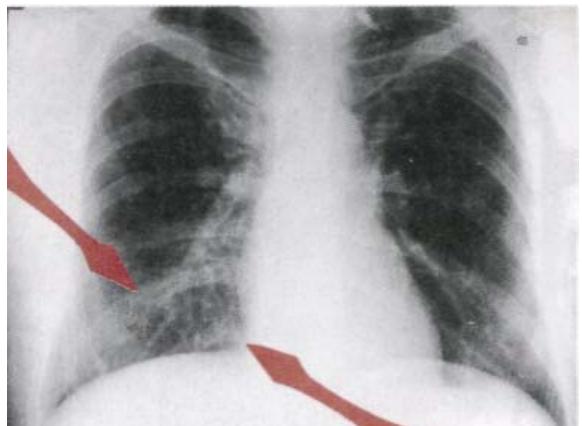
Im rechten Marklager (untere rechte bzw. linke Pfeile) sehen wir den HH für die Osteolyse beider Seiten des 2. LWK in Lösung. Das hatten wir ja erwartet. Auf dem nächsten CT-Bild sehen wir links eine Narbe für den weiblichen Revierbereichs-Konflikt des Verlassen-Werdens.

Die mit „1“, „2“ und „3“ beschrifteten Pfeile zeigen auf das Bronchial-, Koronar- bzw. Leber-Gallengangs-Relais. Die zugehörigen HHe sind zum Zeitpunkt der Aufnahmen noch nicht gelöst.

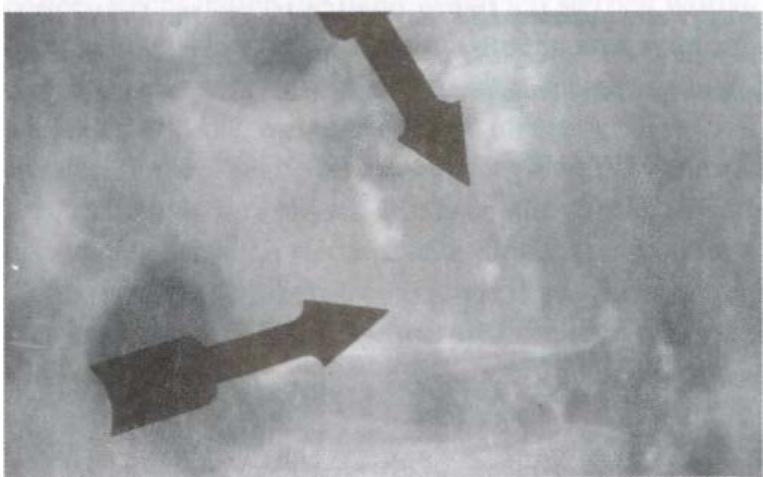
Der oberste der 3 rechten Pfeil zeigt auf den HH für den Revierangst-Konflikt, dem auf organischer Ebene das Bronchial-Ca entspricht, das glücklicherweise zur Zeit des stationären Klinikaufenthaltes des Patienten noch nicht diagnostizierbar war. Man schrieb nur in den Arztbrief, der Patient habe laufend einen trockenen Reizhusten. Der Befund im folgenden Lungenröntgenbild rechts basal (Pfeil) ist nicht zu übersehen.

Der mittlere rechte Pfeil weist auf den HH, der ebenfalls für Revier-Konflikt zuständig ist, der Organbefund war ebenfalls noch nicht richtig zu diagnostizieren (im EKG inkompletter Rechtsschenkelblock), weil das DHS ja gerade erst voraufgegangen war.

Der untere Pfeil zeigt auf den HH für den Revierärger.



Entsprechend dem Hirn-CT-Befund im Marklager sehen wir auf den folgenden Röntgenbildern (oben März '87 Mitte und folgende Seite Juni '87) die Osteolyse des Wirbelkörpers in Rekalzifikation. Um diese Osteolyse herum sehen wir Kalkeinlagerungen, bei denen man zuerst an Lymphknoten denken möchte.



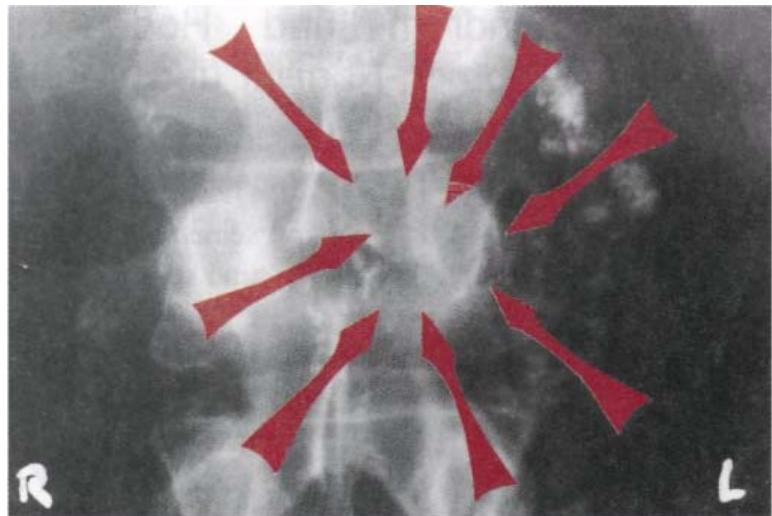
Wenn wir aber die Periostkapsel-Spannung (schlanke Pfeile oberes Bild) sehen, erscheint es viel wahrscheinlicher, daß hier eine Ruptur³⁵⁵ des Periosts an der unteren Kante stattgefunden hat und Oedem mit Callus bildenden Spongiosa-Zellen ausgelaufen sind und diese perilumbalen Callus-Reste verursacht haben. Ein solches Gebilde würde man ein Sarkom nennen, genauer ein Osteosarkom. Daß natürlich in ein solches Osteosarkom auch die regionalen Lymphknoten

³⁵⁵

Ruptur = Zerreißung, Durchbruch

mit einbezogen sind, ergibt sich folgerichtig.

Im letzten Bild ist die Osteolyse nur noch schwach zu erkennen.



Übersichtsaufnahme der Lendenwirbelsäule seitlich und von vorn auf der man die vorstehend beschriebenen Befunde noch einmal in der bersicht wiederfindet.



21.9.12 Aleukämische Leukämie, sog. myelodysplastisches Syndrom und Hoden-Karzinom durch Selbstwerteinbruch-Konflikt und Verlust-Konflikt beim Tod des Onkels



Dieser strahlende kleine Bursche mit seiner Schultüte im Arm ist ein Held und sein Vater dazu. Die Eltern haben eigentlich nur das gemacht, was alle machen sollten, die in ähnlicher Lage sind, nachdenken, abwägen und manchmal sagen: „Nein, danke, mit unserem Jungen nicht!“

Aleukämische Leukämie bedeutet nach bisherigem Sprachgebrauch, daß in der Peripherie keine oder noch keine vermehrten Leukozyten bzw. Elasten, gefunden werden können, meistens sogar eine Leukopenie zusammen mit einer Anämie (Erythrozytopenie). Dagegen kann man bei der Knochen-

marks-Punktion schon Elasten in vermehrter Anzahl finden. Eine solche Kombination kann man auch aleukämische Leukämie nennen.

In Wirklichkeit ist es natürlich wenig sinnvoll, das meistens sehr kurze Intervall zwischen Conflictolyse und Anstieg der Leukozyten im peripheren Blut als eigenes Syndrom oder gar eigene Krankheit zu bezeichnen. Zugegebenermaßen kann dieses Intervall aber auch mal länger dauern, als es üblicherweise dauert. Woran das liegt, kann auch ich nicht genau sagen. Ich nehme an, daß es von zwei Faktoren abhängig ist:

1. von der Konfliktintensität und Dauer des vorangegangenen Selbstwertseinbruch-Konfliktes und
2. von der Häufigkeit und Intensität neuer Konflikte, die die Heilphase unterbrechen können - aber nicht müssen.

Eine aleukämische Leukämie ist also nur die kurze Phase zwischen Conflictolyse und dem Anstieg der Elasten im peripheren Blut. Ihr erinnert Euch, daß ich schon erwähnte, daß die Hämatopoese genau mit der Conflictolyse wieder durchstartet. Von da ab produziert das Knochenmark vermehrt alle Sorten von Blutzellen - im Prinzip. In Wirklichkeit kommt die Produktion der Leukozyten, die sog. Leukopoese, zuerst und damit rascher

wieder in Gang als die Poesie³⁵⁶ des roten Blutes einschließlich Thrombozyten.

In diesem ersten Stadium der pcl-Phase also können die Leukozyten in der Peripherie noch durch die vorangegangene Knochenmarks-Depression vermindert sein (Leukopenie), bis schließlich die Produktion der Elasten (= Ausschußware!) so starke Ausmaße annimmt, daß die Elasten von der Leber nicht mehr so schnell abgebaut werden können und ins periphere Blut „durchschlagen“.

Da die Schulmediziner sich natürlich, da sie keine Ahnung von Konflikten und Conflictolyse haben, auch nicht vorstellen können, warum eigentlich bei Leukämie vermehrt Blasten ins Knochenmark kommen, die da nicht hingehören, so nannte man das Ganze einfach: „Myelodysplastisches Syndrom, Prae-Leukämie“! Das will sagen: Die blutbildenden Zellen im Knochenmark arbeiten kaum noch, Vorstufe von Leukämie.

DHS:

Am 15.2.86 starb der Onkel, für den Jungen sein ein und alles, wie er immer gesagt hatte. Der Onkel starb ganz überraschend an einem Asthma-Anfall. Für Markus war es nicht nur ein unersetzlicher Verlust (Hoden-Ca links), sondern auch ein volliger Selbstwerteinbruch-Konflikt. Er fühlte sich ohne den Onkel quasi nichts mehr wert. Dieses DHS hat dieses hochsensible Kind völlig verstört. Als der Onkel beerdigt wurde, ging der kleine Junge mit ans Grab. Da bekam er zum ersten Mal Nasenbluten. Das Kind litt still vor sich hin, aß schlecht, schlief unruhig und träumte dann immer wieder von dem armen Onkel. Nach zwei solchen Träumen hatte das Kind im Mai und Oktober '86 wieder Nasenbluten.

Am 27. August '86 diagnostizierte man eine hochgradige Anämie mit Thrombopenie (HB 8,3 g% und Thrombo 25.000). Man machte eine Transfusion und diagnostizierte nach einer Knochenmarks-Punktion eine „Panmyelopathie"³⁵⁷.

In dieser Zeit war das Kind ja noch in der konflikt-aktiven Phase, und so benötigte er immer mehr und in immer kürzeren Abständen Bluttransfusionen. Im Januar wußten sich die Ärzte einer deutschen Uni-Klinik, in der der kleine Junge behandelt wurde, keinen Rat mehr und rieten zur Knochenmarks-Totalbestrahlung und sog. Knochenmarks-“Transplantation“, Unfug im Quadrat, da jeder weiß, daß so etwas keine reale Chance ist. Bei seinem eigenen Kind würde es ja auch kein Professor machen lassen. Und selbst die

³⁵⁶ -poese = Wortteil mit der Bedeutung Bildung, Schöpfung

³⁵⁷ Panmyelopathie = Knochenmarks-Gesamterkrankung

wenigen Prozent, die durch ein Versehen des Radiologen diese Tortur überleben, bleiben auf immer kastriert.

In dieser verzweifelten Situation riefen mich die Eltern an und fragten, ob ich einen Rat wüßte. Ich riet den Eltern, den Konflikt herauszufinden, an dem das Kind erkrankt sein müsse. Wir fanden den Konflikt gemeinsam heraus. Wenn man weiß, wo man suchen muß, weiß man eigentlich immer sofort Bescheid. So wußte die Mutter natürlich sofort, wovon der kleine Bub immer so schlecht geträumt hatte und einfach nicht mehr so gewesen war wie früher. Niemals hatte sich natürlich dafür ein Arzt in der Klinik interessiert. Die zählten nur die Zellen und warfen den Eltern ein ums andere Mal nur die allerschlimmsten Prognosen an den Kopf. Einige rieten sogar, den Jungen gleich einzuschläfern, das sei am gnädigsten, da es ohnehin keine Hoffnung mehr gebe.

Wir fanden heraus, daß der Tod des Onkels das entscheidende DHS gewesen sein müsse. Da sie nun wußten, wo der Hase im Pfeffer liegen mußte, entwickelten die Eltern geradezu wunderbare pädagogische Fähigkeiten. Es stand nämlich im Februar die Jahres-Totenmesse für den Onkel an. So sprachen die Eltern denn mit dem Bub über den Onkel. Und siehe da - das Eis brach. Ein Jahr hatte der kleine Kerl diesen Kummer wie eine Zentnerlast mit sich herumgetragen. Nun war er wie erlöst, daß er mit den Eltern und besonders mit der Mutter über den armen Onkel sprechen konnte. Er bat darum, mitgehen zu dürfen in die Totenmesse für den Onkel. Das wurde ihm gern erlaubt. Nach der Totenmesse rief mich die Mutter am nächsten Tag an und jubelte: „Herr Doktor, jetzt hat der Bub wirklich warme Hände bekommen, er ist wieder, schlafst zum ersten Mal wieder ruhig durch und hat sich überhaupt wieder gänzlich verändert.“

Ich sagte, der Bub sei keineswegs sofort gesund, sondern werde noch eine Zeitlang Bluttransfusionen benötigen, aber es werde immer seltener nötig sein, und es werden dann immer kleinere Blutmengen notwendig sein.

Und so geschah es auch. Der Bub brauchte anfangs 14tägig 3 Beutel Blut, jetzt nur noch alle 8 Wochen 2 Beutel, vielleicht braucht er auch schon gar keinen mehr.

Zuerst tobte die ganze Uni-Kinderklinik. Die Ärzte beschimpften vor allem den Vater als unverantwortlich und versuchten mit allen Tricks, den Bub stationär in ihre Hand zu kriegen - zwecks Knochenmarks-Transplantation. Inzwischen aber sind sie verstummt, denn sie trauen ihren Augen nicht. Der Bub hat inzwischen 10 kg zugenommen an Gewicht, ist 12 cm gewachsen, geht munter zur Schule und balgt am ausgelassensten von allen. Selbst den dümmsten unter den Ärzten dämmert inzwischen, daß da vielleicht doch ein System im Hintergrunde an der Regie beteiligt ist und

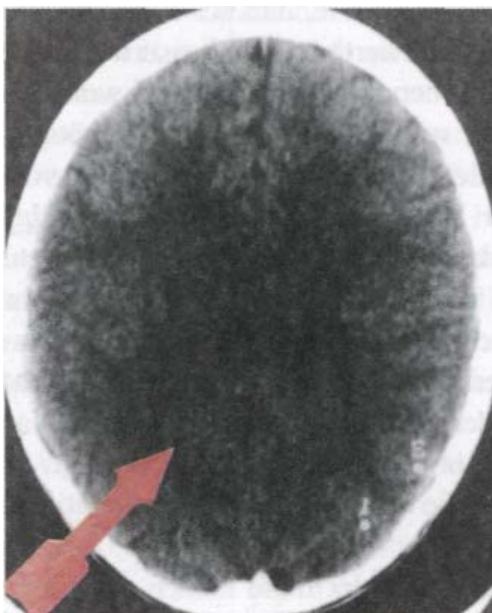
daß dieses System vielleicht richtig sein könnte. Schließlich drangen die Ärzte so in den Vater mit Fragen, woher er denn seiner Sache so sicher gewesen sei und besser gewußt habe als sie, die Ärzte, daß der Junge wieder an Gewicht zunehmen würde und sich die Blutwerte wieder bessern würden und der Junge jetzt fast keine Bluttransfusionen mehr brauche und woher er überhaupt immer so genau gewußt habe, wieviel Blut der Bub benötigen werde, da sie ihm doch immer die doppelte oder dreifache Menge Blut vorgeschlagen hätten. Schließlich wurde der Vater mal schwach und legte das Taschenbuch auf den Tisch und sagte, das Geheimnis sei einfach gewesen, daß alles an dem Konflikt gelegen habe, den der Bub erlitten hatte ein Jahr vorher. Die Ärzte wundern sich jetzt nicht mehr, der Beweis ist zu schlagend erbracht worden. Am klügsten verhält sich der Kinderarzt - er hat inzwischen dieses Buch gelesen. Nach jeder Blutbildkontrolle fragt er: „Was hat denn der Dr. Hamer gesagt?“ Dann antwortet der Vater: „Der sagt, es liefe alles genau nach Plan, der wartet auf die Leukämie, aber der meint, das Schlimmste hätte er schon geschafft!“

7 Wochen lang zwickte übrigens bei dem Bub der linke Hoden erheblich, der zwischen Februar und Juni etwas geschwollen war. Außerdem hat er jetzt Knochenschmerzen, die aber zum Aushalten sind. Es scheint so, daß - nach dem CT - der generalisierte Selbstwertseinbruch-Konflikt die große Masse des Konflikts dargestellt hat, dagegen der Verlust-Konflikt mit dem im CT nur mäßig vergrößerten Hamerschen Herd im Hoden-Relais links occipital (für linken Hoden) mehr der Begleitkonflikt gewesen ist. Die Markklager im Hirn-CT sind so stark geschwollen (schon am 20.2.87), daß die Ventrikel fast völlig komprimiert sind. Zeichen dafür, daß im Gehirn „Platz gebraucht wurde“.

Folgende kleine Anekdote muß ich Euch noch berichten, die lesenswert ist und als revolutionäre Tat in die Annalen der Medizingeschichte eingehen wird:

Der Vater, inzwischen „Spezialist für Leukämie“, mußte nochmals mit seinem Bub zu einer Transfusion, weil der Hb inzwischen auf 5,2 g% abgefallen war (in 8 Wochen von 9,6 auf 5,2). Der Vater rief mich vorher an und fragte, wie viele Beutel sein Junge wohl benötige. Ich meinte, 2 Beutel mit je 500 ccm, keinesfalls mehr, aber das Wichtigste sei, daß die Sache nur ambulant gemacht werde, sonst bekäme der Junge wieder Panik und außerdem würde man den Bub sonst „festnageln“ und er sei nicht mehr Herr des Geschehens. Das leuchtete dem Vater sehr ein. Er rief also in der Uni-Klinik an und bat höflich, für seinen Sohn 2 Beutel Blut bestellen zu dürfen. Dort

sagte man ihm erst einmal, der Hb-Wert sei nicht 5,2, sondern 4,6 g%, man habe sich vertan.



CCT vom 28.2.87 mit stark geschwollenem Marklager. Der Pfeil weist auf den HH im Hoden-Relais.

Das stank dem Vater schon, da es am Vortage zweimal gemessen worden war (später entschuldigte man sich, man habe den Wert zu seinem Besten dramatisiert, um ihm den Ernst der Lage klarzumachen).

Er fuhr also mit seinem Bub in die Klinik und sagte treuherzig, er habe nur 2 Beutel bestellt, und die möge bitte der Junge bekommen, und außerdem möchte er den Bub anschließend wieder mit nach Hause nehmen. Die Ärzte glaubten einen bösen Scherz zu hören und sagten, der Junge brauche mindestens 4 Beutel und müsse statio-

när bleiben, denn er müsse jetzt erst einmal Medikamente bekommen und dann müsse nunmehr endgültig die

Knochenmarks-Transplantation vorbereitet werden, das müsse er einsehen. Da nahmen sie den Vater mit ins Arztzimmer, derweil bei dem Sohn die Transfusion lief, und bearbeiteten den Vater 3 Stunden lang nach allen Regeln der Kunst: Mit Lockungen, mit Drohungen, mit Pessimaprognosen, sie redeten ständig von Verantwortung und daß man doch auch eine so kleine Chance (zugegebenermaßen) wie die Knochenmarks-Transplantation nutzen solle, denn jetzt sei der Bub doch wieder transplantationsfähig geworden. Der Vater blieb ungerührt: „Vor 4 Monaten wollten Sie den Jungen einschläfern, weil nichts mehr zu machen sei, und nun, wo er so viel an Gewicht zugenommen hat, so gut ißt, so munter ist, die Bluttransfusionen immer weniger werden und Sie offensichtlich Unrecht gehabt haben, jetzt fangen Sie beide mit dem alten Hut an? Nein, ich habe zwei Beutel Blut bestellt und danach nehme ich den Jungen mit nach Hause, ich habe meine Gründe!"

Der nächste taktische Zug der Ärzte war, daß sie Anweisung gaben, die Transfusion der beiden Beutel bis nach Mitternacht hinauszuzögern. Aber der Vater wartete geduldig am Bett seines Kindes. Er sah ringsherum die armen Kinder, wie er sagt, mit ihren kahlen Köpfen. Er wurde sich seiner Sache immer sicherer. Um 3 Uhr morgens war die Transfusion endlich

durchgelaufen, man wollte gleich die nächste anhängen. Aber der Vater stand auf und befahl: „Nehmen Sie bitte die Schläuche heraus, sonst tue ich es.“ „Das geht nicht“, rief die Schwester, „dann kann ich die Beutel ja wegwerfen!“ Aber der Vater war durch nichts mehr zu erschüttern. „Machen Sie mit den Beuteln was Sie wollen, ich habe nur zwei Beutel bestellt!“ Da gab man schließlich nach und der Vater zog als Sieger mit seinem Sohn, der ihn bewunderte, nach Hause. Dort wurde er von seiner Frau wie ein Triumphator begrüßt.

Am nächsten Tag waren die Blutwerte (jetzt nach zwei Beuteln) besser, als sie das letzte Mal nach 4 Beuteln gewesen waren, denn die Hämatopoese war bereits angesprungen!

Die meisten Väter, das werdet Ihr mir zugeben, wären in dieser Situation unter dem Druck der Ärzte zusammengebrochen ...

21.9.13 Selbstwroteinbruch eines Schülers, weil er beim Schuleschwänzen erwischt wurde

Ein 12jähriger Leukämie-Patient der Kölner Uni-Kinderklinik, bei dem ein neues Zytostatikum per Infusion ausprobiert werden soll, erleidet dabei einen Atemstillstand schon 5 Minuten nach Infusionsbeginn. Der Junge bekommt natürlich totale Panik, starrt nur auf die Infusionsflasche. Der herbeigerufene Stationsarzt spritzt hochdosiert Cortison und stellt die Infusion ab. Der Junge wird noch mal gerettet, erleidet aber erstens ein DHS mit einem Konflikt, der mit Flüssigkeit zu tun hat mit der Folge einer Nieren-Nekrose. Zweitens erleidet er einen Verlust-Konflikt den rechten Hoden betreffend. Die beiden zugehörigen Hamerschen Herde sind also direkt untereinander gelegen, der Herd für den Wasser-Konflikt etwas tiefer, kreuzt nicht, d.h. es muß die linke Niere mit einer Nekrose betroffen sein. Gleichzeitig tritt eine Hypertonie des Blutkreislaufs auf.

In der Folgezeit bekommt der Junge zwar andere Infusionen, bekommt aber jedesmal wieder panische Angst, daß es wieder zu einem dramatischen Atemstillstand kommen kann. Erst als endlich die Infusionen aufhören, kann die Lösung dieses Nieren-Konfliktes beginnen.



Dieser Junge hatte nunmehr, wie wir in dem Bild sehen, gleichzeitig 2 benachbarte Hirnoedeme und geriet ins Hirn-Präkoma mit starker Schläfrigkeit, Kopfschmerzen etc. durch dieses doppelte Hirnoedem. Die Leukämie ohne den Nieren- und den Verlust-Konflikt, die ja iatrogen d.h. ärztlich verursacht waren, wäre eine Bagatelle gewesen!



Nebenstehendes Bild zeigt das beginnende Oedem im Relais für das rechte Becken (Pfeil links), auf organischer Ebene bedeutet dies der Beginn der Leukämie. Gestrichelte Linie unten links: Angst-im-Nacken-Konflikt vor einem Verfolger (pcl) und einer Sache (aktiv). Gleichzeitig überlappt sich damit der HH vom Wasser-Relais für die linke Niere. Die zugehörigen Konflikte dürften die Ärzte der Uniklinik Köln gewesen sein mit ihren vielfältigen Manipulationen und Infusionen (Wasser-Konflikt).

Bei diesem Jungen sind einige Denkwürdigkeiten zu berichten:

Einmal soll bei ihm die Leukämie nach Auskunft der Kölner von Lymphoblasten-Leukämie in der Leukämie.

Uni-Kinderklinik „umgeschlagen“ sein Myeloblasten-Leukämie bei dem Rezidiv

Am 11.9.86, einen Tag vor seinem Tode, hatte der Junge ein Gespräch mit dem Chef der Kölner Kinderklinik, der ihm klarmachen wollte, daß man doch auch mal ans Sterben denken müsse.

Prof.: Ich bin ja schon alt und weiß schon viel.

Junge: Aber alles wissen Sie auch nicht.

Prof.: Was zum Beispiel weiß ich nicht?

Junge: Das kann ich Ihnen jetzt nicht sagen, aber am 6. Dezember kann ich es Ihnen sagen.

Der Junge hatte eine wissenschaftliche Konferenz am 6.12.86 gemeint, einberufen vom Lehrstuhl für Geschichte der Naturwissenschaften der Uni Bonn. Die Konferenz wurde vom Rektor der Uni Bonn *verboten*. Der Chef der Kinderklinik Köln schickte seinen Oberarzt zu den Eltern des Jungen in die Wohnung. Der riet ihnen, bei dem Jungen das Cortison abzusetzen. Die Eltern wurden weich - der Junge starb dann im Hirncoma!

Die Selbstwert-Konflikte waren eigentlich Bagatell-Konflikte gewesen: Beim ersten Mal hatten den Jungen seine Klassenkameraden dabei erwischt, wie er abends im Kino war, obwohl er morgens in der Schule gefehlt hatte.

Für den äußerst gewissenhaften Jungen war dies eine Katastrophe, an der er einen Monat lang zu tun hatte (DHS 20.11.84, CL Weihnachten '84). Im Januar '85 wurde er so müde, und man stellte die Lymphoblasten-Leukämie fest. Im März '85 passierte dann der zentrale Flüssigkeits-Konflikt, der die linke Niere betraf, als der Junge, wie erwähnt, bei einer Infusion einen Atemstillstand erlitt. Seitdem war es ein „hängender Konflikt“, der Junge hatte dementsprechend erhöhten Blutdruck.

Im Juli 1986 passierte ein erneuter Bagatell-Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch bei einer Fahrradwettfahrt mit dem Vater. Kurz darauf wurde die Myeloblasten-Leukämie festgestellt. Der Konflikt hatte nur 10 Tage gedauert. Diesmal ging bei der Lösung auch der Wasser-Konflikt gleich mit in Lösung. Die Uni-Kinderklinik Köln beendete diesen Heilungsverlauf durch brutales Absetzen des Cortisons, was wegen des Hirnoedems zwangsläufig den sofortigen Tod des Jungen zur Folge hatte. Ich hatte die Eltern davor dringend gewarnt.

21.9.14 Selbstwerteinbruch-Konflikt mit Revier-Konflikt und (weiblichem) Reviermarkierungs-Konflikt durch endgültigen Durchfall im juristischen Examen

Dieser Student „erkrankte“, d.h. heilte an einer akuten undifferenzierten Lymphoblasten-Leukämie. Er wohnt in einer westdeutschen Uni-Stadt, gehörte zu den ewigen Studenten, seine Frau war längst fertig mit dem Studium und Lehrerin am Gymnasium.

Das DHS erlitt der Patient, als er die Aufforderung der Behörden bekam, sich zu den Klausuren zum juristischen Examen in den nächsten Tagen einzufinden. Er erlitt ein DHS mit 3 Konflikten:

1. Revier-Konflikt:

Er fühlte sich vor dem völligen Ruin stehen: Es war aussichtslos für ihn, das Examen zu bestehen, aber was wird dann? Was sollte er dann machen? Mit 30 Jahren ohne Abschluß? Er geriet in völlige Existenz-Panik! Er sagt: „Das war das Schlimmste, die Aussichtslosigkeit, ein Revier zu haben oder zu behalten und nichts dagegen machen zu können! Die Katastrophe rollte unerbittlich wie ein D-Zug auf ihn zu, und er war unfähig, sich überhaupt zu rühren. Warum, das verstehen wir nach dem Konflikt Nr. 3!

2. Selbstwerteinbruch-Konflikt

Der Patient hatte immer und immer wieder das Examen hinausgeschoben. Seine ganze Familie erwartete es jetzt von ihm. Aber er wußte, daß er keine Chance hätte, es zu bestehen. Aber sein Selbstwert hing zu einem großen Teil eben von dem Bestehen des Examens ab. Seine Frau war bereits fertig und unterrichtete schon als Lehrerin. Dies war sein wunder Punkt. Er erlitt in mehreren Bereichen des Großhirnmarklagers Hamersche Herde und an mehreren Stellen des Skeletts Osteolysen, so in der Lendenwirbelsäule, im Becken und in den Hüften. Da überall hatte er auch später die Schmerzen.

3. Erlitt der Patient einen *Frontalangst-Konflikt* mit Hamerschem Herd frontal rechts: Der Patient sah die Katastrophe nicht etwa von hinten anschleichen, sondern er sah sie frontal auf sich zurollen, er war in einer panischen Angst begriffen, er sagt: wie in einem Bann. Und obwohl er die Katastrophe anrollen sah, konnte er nicht ausweichen, er war wie *gelähmt* vor Angst. Er sagt, er habe Höllenqualen der Angst durchgestanden.

4. Erlitt er einen *Ohnmächtigkeits-Konflikt* mit dem Inhalt: Man müßte doch was tun aber man kann nichts tun!

Es war das Bild des vor Schreck und Angst erstarrten Kaninchens, das die Schlange auf sich zukommen sieht und doch nicht wegläufen kann. Nach der Definition der schizophrenen Konstellation mußte dieser Patient in den 3 Monaten zwischen Januar und April 1985 in einer schizophrenen Konstellation gewesen sein. Ich hatte mir aber nur notiert, daß er völlig verändert und angstzerfressen gewesen sei, deshalb rief ich ihn nochmals an, zugleich um zu erfahren, wie es ihm gehe. Er erklärte mir genau: „Ich war wie gelähmt, in panischer Angst vor dem, was jetzt unausweichlich kommen mußte, und doch zu keiner Reaktion fähig. Ich litt Höllenqualen, hatte eine schlimme Depression und war gleichzeitig in einer Spannung wie zum Zerplatzen. Ich sah immer nur die Katastrophe auf mich zurollen und war gleichzeitig wie erstarrt in Angst und Panik. Ich sah keinen Ausweg, und so starre ich immer nur auf die Katastrophe wie das Kaninchen auf die Schlange starrt, unfähig, mich rühren zu können.“

Als im Februar '85 die 2. und letzte Aufforderung der Behörden kam, sich zu den Klausuren einzufinden, andernfalls er als durchgefallen zu betrachten sei, wurde die Panik nur noch immer größer. Es war der reinste Höllentrip, den der arme Mensch dort mitgemacht hat.

Kleine CL:

Schließlich, Ende März '85, hielt der Patient den Druck einfach nicht mehr aus, und er machte etwas, von dem alle Menschen seiner Umgebung sagten: „Er ist völlig verrückt geworden, wir denken, der macht Examen.“ Sogar seine Frau, meint er, habe sich vielleicht hinter seinem Rücken an die Stirn getippt und nicht verstehen können, was er mache. Er fuhr nämlich, als Präsident Reagan zufällig um die Zeit dort weilte, nach Ludwigshafen und mischte sich da unters jubelnde Volk. Sofort bekam er Knochenschmerzen, denn es hatte augenblicklich eine Selbstwert-Konfliktlösung eingesetzt. Aber nach 10 Tagen wußte er auch nicht, was er noch in Ludwigshafen sollte, denn Präsident Reagan war längst wieder abgereist. So kehrte er wieder nach Hause zurück, und die Starre überfiel ihn wieder wie vordem.

Große CL:

Am 25. April kam vom Oberlandesgericht Köln die niederschmetternde Mitteilung, er sei, da er sich nicht zu den Klausuren eingefunden habe, als durchgefallen zu betrachten. Was für andere die Katastrophe wäre, war für den Patienten die *Erlösung!* Nach dem Motto: Ein Ende mit Schrecken ist besser als ein Schrecken ohne Ende, erwachte der Patient wie aus einer tiefen Starre. Er konnte nun zu seinen Eltern gehen, die aus allen Wolken fielen, er konnte plötzlich wieder lachen, konnte wieder schlafen, wieder essen, war schlapp und müde, aber glücklich, den Höllenqualen der Starre entron-

nen zu sein. Er war *erlöst!* Auch die Depression war mit einem Schlag wie weggeblasen!

Herzinfarkt:

Vielleicht hätte man von der Leukämie und all ihren iatrogenen Folgen nie etwas bemerkt, wenn der Patient nicht knapp 4 Wochen später in der Sauna kollabiert und mit Blaulicht in die Uni-Klinik transportiert worden wäre. Dort stellte man einen Herzinfarkt fest, was ja, wenn man die Neue Medizin kennt, in der Heilverlaufsphase nach Revier-Konflikt in der epileptoiden Krise kommen muß. Die Ärzte in der Uni-Klinik fanden jedoch zusätzlich eine Anämie, die sie stutzig machte, und eine Leukozytose von 15.000 Leukozyten, ein paar Tage später 17.000.

Auch da hätte der Patient noch eine gute Chance gehabt, ungeschoren durch die Maschinerie der Schulmedizin hindurchzuschlüpfen, denn die Leukozytose normalisierte sich bald wieder durch die erneute Konfliktaktivität. Nach gut einer Woche war die Leukozytenzahl schon wieder im Normbereich. Die Anämie dauerte noch an. Aber nicht umsonst lag er in einer Uni-Klinik, da wurde gleich eine Knochenmarks-Punktion gemacht, und dann gab es kein Entrinnen mehr ...

Verlauf:

Der Verlauf ist so einmalig klug-idiotisch gewesen und doch einstweilen glücklich geendet, daß er wert ist, in die Annalen der Medizingeschichte einzugehen: Als bei dem Patienten im Juli '85, sog. Hals-Lymphknoten (nach der Neuen Medizin in Wirklichkeit Kiemenbogengangs-Zysten) und wie Ihr auf den Röntgenbildern selbst sehen könnt, Osteolysen im Skelett festgestellt wurden, da war für die Schulmediziner an dem Fall nichts mehr dran. Natürlich waren dies laut Schulmedizin alles nur „leukämische-metastatische Infiltrate höchster Bösartigkeitsstufe“, weshalb natürlich auch schon der Herzinfarkt nur durch einen „leukämischen Infiltratspfropf“ zustande gekommen sein konnte.

In dieser Situation kam der Vater des jungen Mannes zu mir. Er fragte, ob ich noch etwas wüßte, man gäbe seinem Sohn jetzt keine Chance mehr in der Uni-Klinik. Wir fanden zusammen den Konflikt heraus, wir fanden die exakte Korrelation zwischen den Konflikten, den Hamerschen Herden im Gehirn (nachdem auf meine besondere Bitte zum ersten Mal in ihrer Geschichte die Uni-Klinik bei einem Leukämiekranken ein Hirn-CT anfertigen ließ), und wir fanden die Korrelation zwischen den Herden im Gehirn und den Krebserkrankungen an den jeweiligen Organen. Dem Vater, einem pensionierten Computerfachmann, leuchtete das ein. Ich sagte, wenn man auf

die Konflikte acht gäbe, könne dem Sohn eigentlich nicht viel passieren. Die ganze Familie half mit. Und wirklich blieb der junge Mann in sog. „Vollremission“, holte sich aber „Herr Dr. Hamer, ich wollte sicherheitshalber mit beiden Methoden gleichzeitig gesund werden“ - von Zeit zu Zeit noch eine „leichte Chemo“, um sich und die Zweifler zu beruhigen. Dadurch ging die Heilung trotz der leichten Chemo und wegen dieser Chemo unbemerkt zu Ende, so daß aus den 3 Jahren idiotischen Spiels zum Schluß eine Normalisierung resultierte samt Rekalzifizierung der Osteolysen und Rückgang der Kiemenbogen-Zysten.

Und nun muß ich Euch die trostloseste Ärzte-Ignoranz berichten, die gleichwohl in Deutschland und überall „Unsystem“ hat und makabrerweise ausgerechnet noch in der Heidelberger Uni-Klinik abgelaufen ist, in der ich früher als Assistent gearbeitet habe. Wie durch ein Wunder lebt der Patient heute noch. Das ist die neue Art, sich Erfolge zu machen, indem man Gesunden Knochenmarks-Transplantationen macht, nach Möglichkeit, wenn sie nach Hamerschem System ihren Konflikt im Griff haben. Und ein paar, die mehr Glück als Verstand haben, überleben sogar diesen Exorzismus der bösen imaginären Teufelsblasten!

Als man also sah, daß der junge Mann wieder vollständig gesund war, alle Osteolysen wieder verkalkt waren, die diversen Lymphknoten-Schwellungen (in Wirklichkeit Kiemenbogen-Zysten) zurückgegangen waren, das Blutbild normalisiert war, da bekamen die Ärzte wieder Interesse an dem Fall: „Generalisiert metastasierte Leukämie in Vollremission.“ Das war natürlich eine sog. Spontanremission, allenfalls durch die gute Chemobehandlung hervorgerufen, mit Hamer hatte das nichts zu tun! Und jetzt lagen sie ihm in den Ohren: „Wenn Sie doch jetzt mit großer Wahrscheinlichkeit eine Vollremission haben, dann haben Sie eine viel geringere Überlebenschance (gemeint ungefähr 20 %), wenn Sie sich aber dazu entschließen könnten, eine Knochenmarks-Transplantation vornehmen zu lassen (wzu man heute, der besseren Ergebnisse wegen vorzugsweise Patienten mit Vollremission nimmt, sprich *Gesunde*) und wenn sie diese Knochenmarks-Transplantation überstehen würden, dann hätten Sie eine viel größere Überlebenschance hinterher!“ (Gemeint ist etwa 35%.) Dabei wird dem Patienten nicht gesagt, daß die Knochenmarks-Bestrahlung, wenn sie korrekt durchgeführt wird, eine Überlebenschance der anschließenden Knochenmarks-Transplantation von 0% bietet. Nur wo der Radiologe keine volle Bestrahlungsdosis gibt, gibt es eine winzige Chance eine solche medizinische Maßnahme zu überleben.

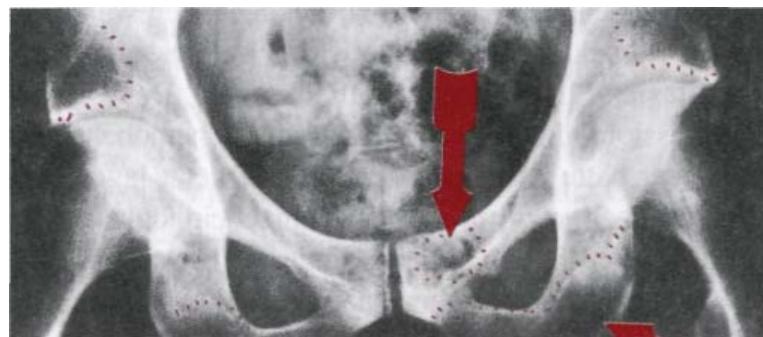
Man muß mal diese irrwitzige Rechnung nachvollziehen: Da rät man 30 Gesunden, nur weil sie mal einen Knochenkrebs mit Lymphblasten-

Leukämie in der Heilungsphase gehabt haben, sich diesem russischen Roulette zu unterziehen, bei dem zwei Dritteln der Patienten sterben, nur für das geschwindelte „statistische Versprechen“, daß man im Falle eines Überlebens hinterher bessere Überlebenschancen hätte als vorher. Und ein Patient, der seinen Konflikt nach Hamer verarbeitet hat, wird auf diese Art noch zum Erfolgsfall für die Schulmedizin gegen mich gemacht!

Dieser Patient hat diese „prophylaktische Teufelsaustreibung“ im Januar '86 bei sich durchführen lassen. Er sollte seinem Schutzengel danken, daß er soweit alles überstanden hat. Es geht ihm gut.

Wenn man sich überlegt, daß der Patient nicht etwa dem „Anwachsen“ des in diesem Falle von ihm selbst genommenen Transplantates sein Leben verdankt, sondern lediglich dem Fehler des Radiologen, der sein Knochenmark nicht komplett genug bestrahlt hat, dann kann einem ganz schlecht werden vor so viel arroganter Ignoranz, mit der man da zu Werke geht. Zusätzlich ist natürlich der Patient gewöhnlich durch die Bestrahlung für den Rest seines Lebens ein Eunuch, also kastriert!

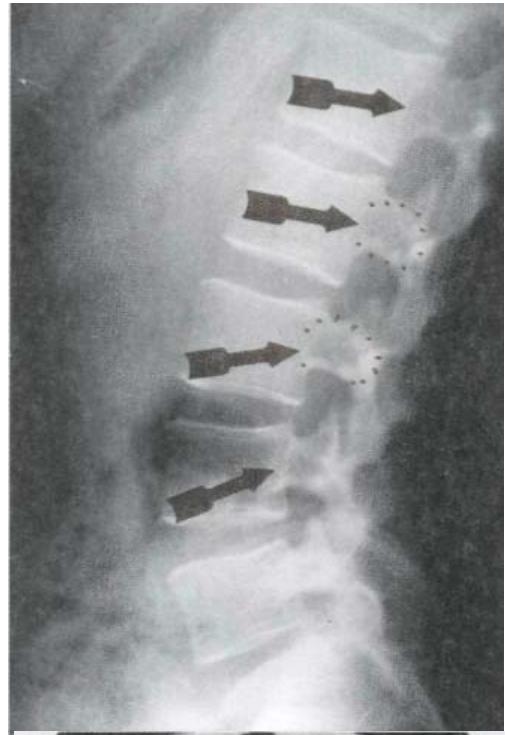
Ganz abgesehen davon ist überdies das Ganze Augenwischerei, denn wenn der Patient ein erneutes ähnlich dramatisches DHS mit Selbstwerteinbruch-Konflikt erleidet, hat er natürlich wieder Osteolysen und es folgt - im günstigen Falle - wieder das Glück der Leukämie!



Auf obigem Röntgenbild können wir die Becken-Osteolysen erkennen. Auf der Aufnahme (Ausschnitt) sind deutlich die dunkel-schwarzen Osteolysen zu erkennen, die ebenfalls mitverantwortlich für die leukämische Heilungsphase sind. Man kann in diesem Falle schon fast von einem weitgehend generalisierten Selbstwerteinbruch-Konflikt sprechen, und das würde einer eher kindlichen Reaktion entsprechen, auch mit der Lymphoblasten-Leukämie übereinstimmen, die ja bei den Kindern die vorherrschende Leukämieform ist.

Auf der nebenstehenden Aufnahme erkennt man die Osteofysen (Pfeile) in den Wirbelbögen der LWS. Das ist die organische Ebene der Leukämie. Solche Osteolysen rekalzifizieren während der leukämischen Heilungsphase relativ rasch, wenn, ja wenn die Wirbel nicht zuvor zusammengesintert sind. Deshalb gehört zu jeder Therapie eines Leukämie-Patienten eine gewissenhafte Untersuchung, insbesondere des Skeletts. In diesem Falle sind die Osteolysen ungefährlich, können nicht zusammenbrechen. Wirbelkörper können, durch sehr große Osteolysen bedingt, zusammenbrechen. Dann muß der Patient evtl. für einige Monate konstant liegen! Denn beim Liegen kann kein Wirbelkörper zusammensintern.

Die Strichelung rechts weist auf das stark verschmälerte Vorderhorn des rechten Seitenventrikels. Der HH für den Revierbereich (Herzinfarkt!) ist in Lösung, ist oedematisiert und übt Druck aus. Es ist nicht nur verschmälert, also komprimiert, sondern nach links verschoben über die Mittellinie hinaus. Ein solches Bild beweist eine Raumforderung für einen Prozeß periinsulär. Nach meiner Erfahrung müßte dieser Herd am ehesten einem Koronar-Ulcus-Ca entsprechen. Dem entspricht auch der Linksherz-Infarkt.





Wir sehen den großen frontalen HH links (Pfeil), der einem Ohnmächtigkeits-Konflikt entspricht: Man kann nichts tun! Der kleine Pfeil rechts repräsentiert die Angst vor der unerbittlich auf den Patienten zurollenden Katastrophe, die er genau kommen sah, deshalb „Frontalangst“ im Gegensatz zu der „Angst im Nacken“, die man nicht sieht, sondern aus dem Hinterhalt erwartet. Der linksfrontale HH zusammen mit dem frontalen HH rechts und dem periinsulären HH rechts ergeben zusammen während der konflikt-aktiven Phase die sog. schizophrene Konstellation, hier der übersteigerten, panischen Angst vor der herannahenden Katastrophe, die von vorne auf ihn zurollt.

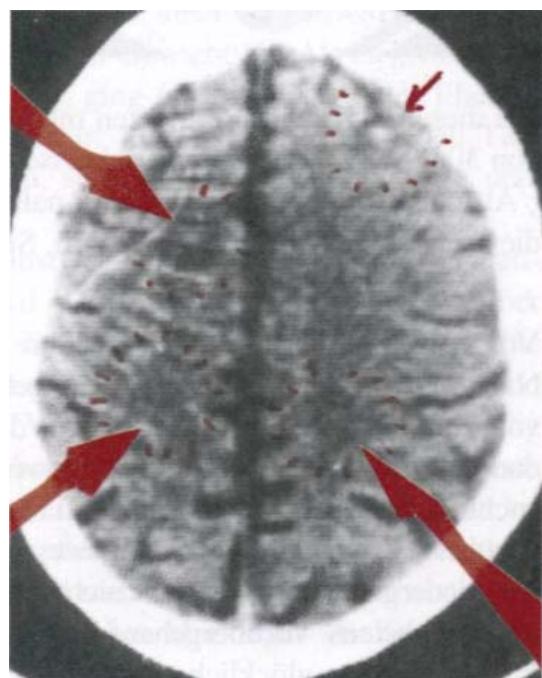


Der linke Pfeil weist auf den HH für den fronto-basalen Ohnmächtigkeits-Konflikt hin, der rechte untere Pfeil weist auf einen noch konflikt-aktiven HH im Marklager rechts hin, der die Cisterna ambiens zur Mitte hin verdrängt und sehr starkes Lösungsoedem hat. Organisch entspricht dies einer Splenomegalie, also einer Milzvergrößerung, die jeweils in pcl-Phasen nach einem Blutungs- und Verletzungs-Konflikt auftritt. Man sieht deutlich einzelne Ringe und den Einschlagspunkt in der Mitte. Rechter kleiner Pfeil: HH für Kiemenbogen-gangs-Zysten bzw. Frontalangst-Konflikt.

Im diesem Bild sehen wir durch den in Lösung befindlichen Revierbereichs-HH (Zustand nach Herzinfarkt) eine deutliche Impression des rechten Seitenventrikels, die durch den raumfordernden Prozeß der rechten Seite verursacht wird. Die beiden unteren schlanken Pfeile zeigen das mäßig vermehrte Ödem im Marklager im Relais für das Becken, Ausdruck der Heilung bzw. Rekalzifikation der Osteolysen im Becken.

Die beiden frontalen Pfeile zeigen links auf den rezidivierend-aktiven HH für die Kiemenbogengangszysten am Hals (Frontalangst) und links frontal für die Schilddrüsen-Ausführungsgänge (Ohnmächtigkeits-Konflikt).

Die 3 kräftigen Pfeile zeigen auf Marklager HHe, denen jeweils Skelett-Osteolysen (WS) entsprechen. Der kleine obere Pfeil rechts weist auf den HH für die Kiemenbogen-gang-Zysten (Frontalangst).



21.9.15 Selbstwerteinbruch-Konflikt wegen Behexung der Ehefrau durch einen Magnetiseur



Auf dem nebenstehenden Hirn-CT, das etwa 5 Wochen nach Beginn der Conflictolyse gemacht wurde, sieht man deutlich das dunkel angefärbte Marklager als Ausdruck des in Lösung befindlichen Selbstwerteinbruch-Konfliktes. Dieses Ödem ist aber noch keineswegs auf dem Höhepunkt. Auf dem Höhepunkt ist gewöhnlich das „Wasserkissen“, der Seitenventrikel völlig aufgebraucht, d.h. die Ventrikel sind dann völlig komprimiert. Der Pfeil rechts unten weist auf eine alte hängend aktive oder immer wieder aktive Hirnnarbe im Relais für den linken Hoden hin.

Bei diesem 55jährigen Patienten mit einer akuten Lymphoblasten-Leukämie von 30.000 muß man zwei Erlebnisse vorneweg erwähnen:

Als der Patient 16 Jahre alt war, nahmen ihn die Eltern mit zu einer Tante, die im Krankenhaus an Krebs starb. Seither hat er ständig Angst vor Krebs.

1. DHS:

Vor 40 Jahren als der Patient 18 Jahre alt war, griff ihn ein Junge vor einem Nachtclub an. Es kam zu einer Rangelei, der junge Bursche geriet unter ein vorbeifahrendes Auto und starb vor den Augen des Patienten. Dieser erlitt dadurch einen Verlust-Konflikt. Er wurde festgenommen und kam in Untersuchungshaft. Als er aus der Haftanstalt entlassen wurde, war der Hoden vorübergehend angeschwollen gewesen, was aber damals in der Freude über die wiedergewonnene Freiheit nicht weiter beachtet wurde. Der Konflikt war aber höchstens vorübergehend kurzfristig gelöst. So wurde das Hoden-Karzinom links glücklicherweise nie bemerkt! Im weiteren hatte er höchstwahrscheinlich eine dauerhafte Hodennekrose des linken Hodens.

2. DHS:

Als der Patient 54 Jahre alt war, „verhexte“ ein Magnetiseur seine Ehefrau. Es gab eine dramatische Auseinandersetzung, und der Patient erlitt einen Selbstwerteinbruch-Konflikt mit Revier-Konflikt. Seitdem ging seine Frau, mit der er schon 10 Jahre keine intime Beziehung mehr hatte, weil sie keine Kinder wollte, jeden Tag zu dem Magnetiseur. Die Konfliktaktivität begann im Mai '85.

3. DHS:

Mitten in dieser konflikt-aktiven Zeit starb der Vater des Patienten, der für ihn immer der allerbeste Kamerad und beste Freund war. Der Patient sagte, er sei dadurch „im Mark getroffen“ worden (man beachte die Wortwahl!). Er machte sich bittere Vorwürfe, daß er ihm nicht noch helfen können, war auch nicht bei der Beerdigung gewesen, denn er hatte dagesessen in dumpfer Depression und völlig wie von Sinnen. In Wirklichkeit war er in „halbschizophrener Konstellation“ gewesen, da er rechts periinsulär einen Revier-Konflikt erlitten hatte und links im Marklager einen schweren Selbstwerteinbruch mit entsprechend nachfolgender Osteolyse des 2. LWK. Zusätzlich bestand ja immer noch der schwere Devalorisations-Konflikt mit sexuellen Komponenten. Der Patient nahm nun unter den gleichzeitig bestehenden diversen aktiven Konflikten rasch an Gewicht ab. Als er im Dezember '85 im Krankenhaus im Sterben lag, ging ein Priester zu der Ehefrau und „exorzierte“ sie von dem Magnetiseur. Sie kam daraufhin jeden Tag, ihren Mann im Krankenhaus besuchen, schwor, daß sie nie mehr zu dem Magnetiseur gehen werde.

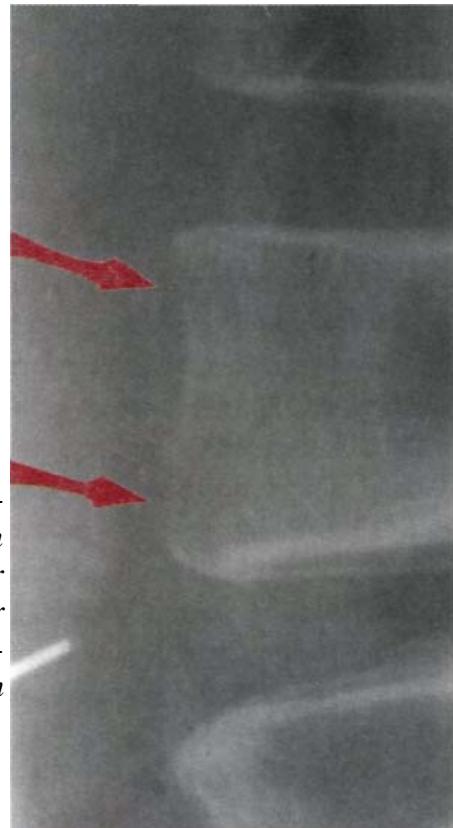
Das war für ihn die Lösung des Selbstwert-Konfliktes (Nr. 2 = Magnetiseur). Und nachdem das Eis nun einmal gebrochen war, konnte er auch über seinen Selbstwerteinbruch durch den Tod des Vaters sprechen. Er tauchte wie aus dem tiefen Meer wieder auf und meinte, er sei zwischen August und Dezember '85 „verrückt“ gewesen. Von jetzt an aber hatte er ständig 30.000 und mehr Leukozyten. Folglich war er nun für die Ärzte noch „toter“ als vorher, als er mit Kachexie im Sterben gelegen hatte. Aber zu ihrem Erstaunen hatte er jetzt einen großen Appetit, nahm an Gewicht zu und war unendlich müde. Unsere Aufnahmen stammen vom Februar '86, also 2 Monate später, und zeigen tief dunkles Marklager als Zeichen des Lösungsoedems.

Eines Tages kam seine Schwester zu ihm mit tiefernstem Gesicht (Januar '86) und berichtete ihm, die Ärzte hätten gesagt, daß er sterben müsse. Es gäbe keine Hoffnung mehr für ihn. Da kam er noch mal kurzfristig in Todessangst-Panik, aber eine Woche später fand er den Weg zu meinen Freun-

den von der ASAC in Chambery, die setzten ihn auf den richtigen Zug. Ein halbes Jahr ging es ihm gut unter 30 mg Hydrocortison täglich. Ich hatte geraten, diese Dosierung so lange beizubehalten, bis eine Hirn-CT-Kontrolle erweisen würde, daß das Oedem des Marklagers wieder abgeklungen sei. Dann passierte folgendes: Der Hausarzt meinte, nun sei es genug des Cortisons und setzte es ab. Sofort bekam der Patient Fieber. Da wußte sich der Hausarzt nicht mehr zu helfen und schickte ihn ins Krankenhaus. Ab sofort war er wieder - der Leukämie-Patient! Ja, sagte man, das Fieber sei immer der Anfang vom nahen Ende. Von Cortison bei Leukämie hielt man überhaupt nichts. So gab man ihm, was man allen gibt: Massivst Morphium! Ein Tag später war er tot!

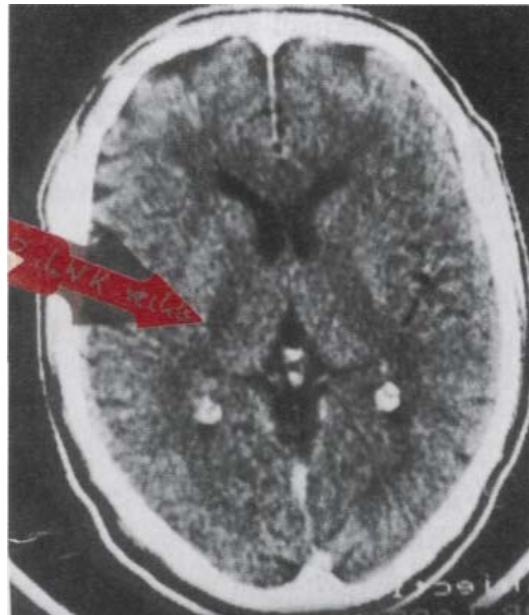


Auf nebenstehendem Bild ist wieder das dunkle Oedem des Marklagers deutlich zu erkennen. Der Pfeil rechts weist auf den HH des Rvierkonflikt-Relais hin. Es ist in mäßig starker Lösung. Der Patient hatte zur Zeit dieser Aufnahmen (Februar '86) Kopfschmerzen.



Nebenstehend die durch die Pfeile markierten Osteolysen des 2. LWK, die von dem DHS beim Tod des Vaters herrührten, der ihn „im Mark getroffen“ hatte. Hätte dieser Selbstwerteinbruch-Konflikt länger gedauert, dann wäre der 2. LWK auf der rechten Seite zusammengebrochen.

Auf dem Hirn-CT sehen wir die „Einschlagstelle“ links im Marklager, entsprechend der rechten Seite des 2. Lendenwirbelkörpers. Nicht immer können wir die Korrelation so schön erkennen, da sich die Patienten ja die Hirn-CTs sehr mühsam besorgen mußten. Bei diesem Patienten durfte nur ein einziges gemacht werden. („Bei Leukämie ein Hirn-CT, so ein Quatsch! Wegen der leukämischen Infiltrate oder Metastasen? Ach was, der Radiologe hat doch überhaupt nichts gesehen!“)

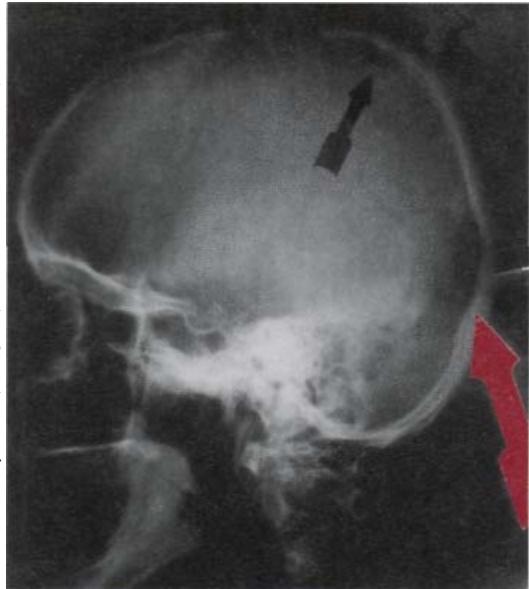


21.9.16 Gebärmutter-Ca; gleichzeitig völliger Selbstwerteinbruch mit Knochen-Osteolysen, Leukämie, Scheiden-Karzinom.

Zu diesem Fall aus Frankreich habe ich keine Hirn-CTs, dafür um so typischere Röntgenbilder. Die Patientin hatte eine Myeloblasten-Leukämie von 68.000.

1. DHS:

Der Schwiegersohn der Patientin wurde verhaftet, wegen Schwindels im Tierhandel. Dabei erlitt sie ein DHS mit einem häßlichen, halbgenitalen Konflikt, weil es bei dieser häßlichen Sache um einen Mann, eben den Schwiegersohn ging. Gleichzeitig erlitt sie einen Selbstwerteinbruch-Konflikt, der im Grunde 3 Bereiche hatte:



Pfeile: Osteolysen in der Schädelkalotte

1. eine intellektuell-moralische Seite des Selbstwerteinbruch-Konfliktes:
Es ging um Ehrlichkeit, Treu und Glauben, Betrug, Unaufrichtigkeit gegenüber der ganzen Familie, die jetzt mit darunter zu leiden hatte und „den Bach mit hinunterging“. Dieser Konfliktaspekt verursachte Osteolysen u.a. in der Schädelcalotte, möglicherweise auch noch in der Halswirbelsäule.
2. eine Seite des „zentralen“ Selbstwerteinbruches, da sie sich persönlich in ihrem Selbstwertgefühl geknickt fühlte. Wir sehen, daß eine Reihe von Lendenwirbeln sog. Deckplatteneinbrüche aufweisen, man nennt sie „Schmorlsche Knoten“, weil man bisher glaubte, daß sich Knorpelkugeln in die Deckplatte eindrücken und dann wieder verkalken würden.

In Wirklichkeit sind es unmittelbar unter der Deckplatte gelegene Osteolysen, über denen die Deckplatte dann einbricht, weil die knöcherne Stütze fehlt. Ein Beispiel für viele andere wie Symptome, die wir bisher mangels Wissen mit dem Eigennamen ihres Entdeckers belegt haben, jetzt sehr leicht als Teilsymptome der großen „Krankheit“ Krebs erklärbar sind bzw. als Teile Sinnvoller Biologischer Sonderprogramme (SBS).



Nebenstehend sind die Schmorlschen Knötchen oder Deckplatten-Einbruchstellen mit dunklen Ringen markiert. Der Pfeil im 2. LWK weist auf eine größere Osteolyse hin, die kurz davorsteht, ebenfalls einzubrechen und dann auch zu einem Schmorlschen Knötchen zu werden.

3. Eine dritte Seite betrifft den häßlich-halbgenitalen Aspekt der Sache. Ein solcher Aspekt kann nur in den Bereich des Beckens assoziiert werden. Die bei dieser Patientin besonders hervorstechenden Kreuzbein-Osteolysen sowie Hüftpfannen- und Schambeinbögen-Osteolysen zeigen dem Erfahrenen, daß hier ein Mensch buchstäblich am Zusammenbrechen ist.

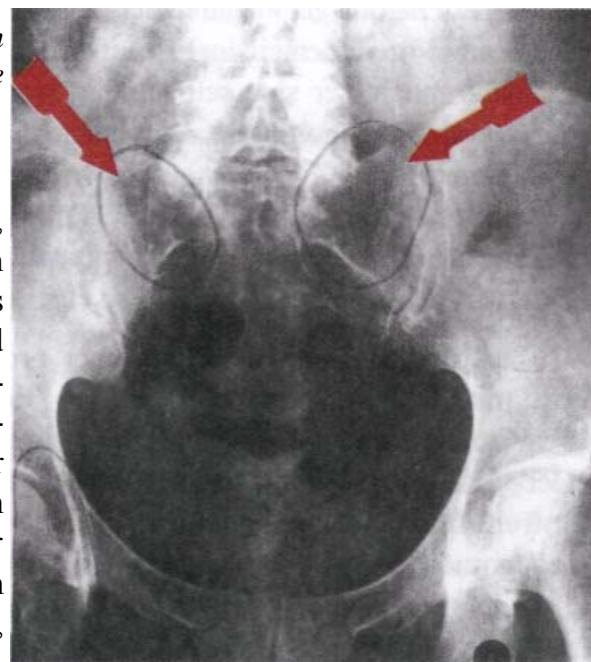
Die Osteolysen bemerkte man erst im Februar '86, dagegen wurde das Gebärmutterkörper-Ca schon recht bald (nach knapp 3 Monaten) bemerkt. weil es eine geringfügige Blutung machte, die Patientin an Gewicht verlor

und nicht mehr schlafen konnte. Irgendwas schien bei ihr nicht mehr zu stimmen. Als sie nach ihrer Operation im Krankenhaus lag - der Konflikt war noch im vollen Gang! - ereignete sich folgendes:

Beckenröntgen: Osteolysen im Hüftgelenk und in der Symphyse bds.

2. DHS:

Der Intimfreund der Patientin, mit dem sie schon seit Jahren ein außereheliches Verhältnis unterhielt, rief diese an und wollte sie im Krankenhaus besuchen. Die Patientin war zunächst einverstanden, und er kam auch, was der Patientin höchst peinlich war und ihr einen neuen Konflikt, einen sexuellen Konflikt verursachte, weil nun alle wissen wollten, wer der Herr denn sei. In den nächsten Monaten hatte sie dauernd Angst, er könnte nochmals auftauchen, obwohl sie ihm geschrieben hatte, es nicht wieder zu tun. Im Oktober entdeckte der Arzt einen kleinen Vaginal-Ca-Knoten, als dieser Konflikt schon gelöst war (CL August '86).



Zur Lösung des großen Konflikts durch das 1. DHS kam es erst nach der ersten Gerichtsverhandlung im Januar '86. Von da ab stiegen die Leukozyten an und erreichten im Februar schon 68.000. Die Patientin stand einige schmerzhafte Monate durch, wurde aber mit Cortison richtig dosiert behandelt und überlebte.

21.9.17 Pseudo-chronische myeloische Leukämie durch immer verschiedene neue Selbstwerteinbruch-Konflikte. Vater schießt auf seinen Sohn.

Dieser Fall handelt von einem Friseur, der 35 Jahre alt und wegen Leukämie Frührentner ist. Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht absurd, denn wegen einer Heilungsphase berentet zu werden, ist so, als ob ein Athlet wegen herausragender sportlicher Leistung von der Olympiade ausgeschlossen würde. Man denkt bei der schulmedizinischen Diagnose „chronisch“ auto-

matisch an eine Sache, die lange andauert oder immer wieder kommt. Bei diesem Patienten kamen immer wieder Selbstwerteinbruch-Konflikte, aber immer andere.

Als Dreizehnjähriger begann der Patient eine Lehre im Friseurhandwerk bei seinem Vater, der einen Friseurladen hatte. 13 Jahre lang arbeitete er dort, dann machte er sich selbstständig, wohnte aber noch neben dem Laden des Vaters. Angeblich habe der Vater ständig die Mutter drangsaliert und Freundinnen gehabt. 1975 sagte die Mutter zu ihm: „Bitte, nimm mich mit zu dir, ich will nicht mehr zurück!“ Von da ab lebte die Mutter des Patienten bei ihm, weil sie es zu Hause nicht mehr aushielte.

1. DHS:

1976 erlitt der Patient anlässlich einer großen Auseinandersetzung sein 1. DHS mit Selbstwerteinbruch-Konflikt, Revier- und Revierärger-Konflikt, Angst-im-Nacken-Konflikt und Mundschleimhaut-Konflikt.

Der Vater kam, um die Mutter wieder zurückzuholen. Es gab einen Riesenstreit. Der Vater trat die Mutter, stieß den Sohn (Patient) zur Seite und trat ihn auch. Der Sohn aber bekam den Schuh zu fassen und zog den Fuß des Vaters hoch. Er wollte ihn so herausziehen. Da griff der Vater in die Tasche, zog eine Pistole und schoß dem Sohn Niespulver ins Gesicht. Damit war die Schlacht entschieden, der Vater war der Sieger auf der Walstatt, Mutter und Sohn heulten. Der Patient mußte in die Klinik gefahren werden, weil man befürchtete, er werde das rechte Auge verlieren. Von da ab hatte der Patient ständig die Angst im Nacken vor dem Vater.

2. DHS:

Ein Unglück kommt selten allein, sagt man. Kaum war der Patient wieder aus dem Krankenhaus heimgekehrt, entdeckte seine Frau das Intimverhältnis, das ihr Ehemann seit vielen Jahren mit einer Freundin hatte.

Sie kam ganz ruhig zu ihm und sagte: „Ich weiß, daß du eine Freundin hast. Ich weiß alles über euch. Aber ich wünsche keine Scheidung. Also sag ihr adieu!“

Der Patient war wie vom Donner gerührt. Denn nun war die Verlogenheit offensichtlich bei ihm. Die Schande war nicht mehr zu verheimlichen. Jahrlang hatte er den Vater ausgezankt, weil dieser eine Freundin hatte, und zwar ganz offen. Immer hatte er die Mutter verteidigt und sich auf die Moral berufen. Und nun wußten alle, daß gerade er noch viel schlimmer gewesen war als der Vater. Er erlitt einen Selbstwerteinbruch auf intellektuell-moralischer Ebene, dessen HH rechts frontal im Hirn-CT noch gut zu sehen ist.

Auf organischer Ebene resultierte eine großflächige Osteolyse der Schädelcalotte links mehr als rechts. In den nächsten Wochen und Monaten wuchs ein Mundschleimhaut-Krebs, dessen Konflikt von der Attacke durch den Niespulver-Pistolenschuß herrührte, denn der Vater hatte auch in den Mund getroffen. Der Patient trennte sich außerdem von der Freundin, was ihm sehr schwer wurde.

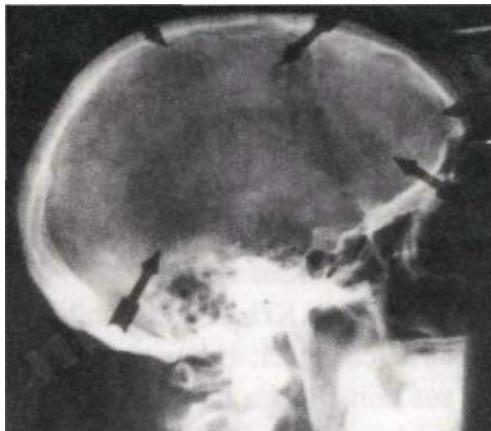
In den nächsten Jahren ging es immer hin und her. Mal versöhnte er sich wieder halbwegs mit dem Vater, dann gab es wieder Krach und der Vater gab ihm gehörige Lektionen, was er für ein Heuchler sei. Er war zu dieser Zeit immer müde, konnte sich kaum noch auf den Beinen halten. Die Leukämie, die mit Sicherheit schon damals vorhanden war, bemerkte man nicht.

Conflictolyse:

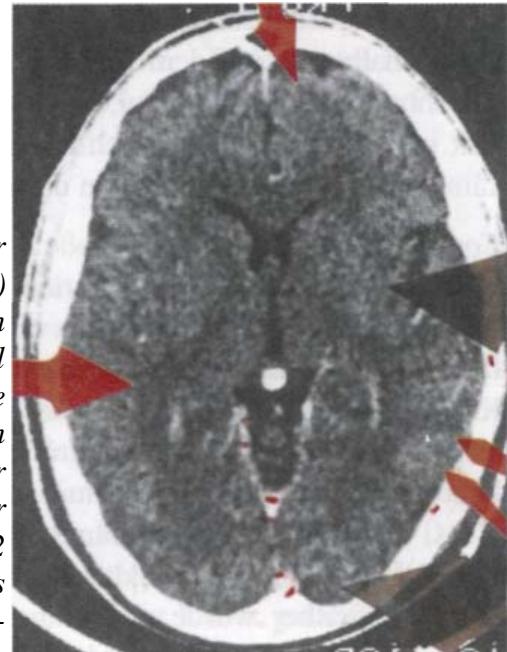
1979 im März versöhnte der Patient sich endgültig wieder mit seinem Vater. Im April begann er mit dem Bau eines Eigenheims, Einzug war Januar '80. Im August hatte er für 4 Wochen vermeintlich die „Mundfäule wie eine Kuh“, sagt er. In Wirklichkeit war es wohl die Heilung des seit dem Pistolenschuß des Vaters langsam größer gewordenen Mundschleimhaut-Ulcus-Krebses (Geschwür). 1980 im Januar, kurz nach dem Einzug ins neue Haus, hatte er die ersten Hämatome am Schienbein. Im April wurde die chronisch-myeloische Leukämie entdeckt mit einer Leukozytenzahl von 216.000. Seither wurde er fortlaufend mit Chemo traktiert und die Milz exstirpiert. Der Patient wurde invalidisiert. Weil die Leukozyten immer wieder hochschnellten - da der Patient ja seine Selbstwert-Konflikte gelöst hatte -, wurden immer aggressivere Zytostatika eingesetzt.

Als er unter der aggressiven „Chemofolter“ praktisch keine Thrombozyten mehr hatte, die Leukozyten - wegen Vitalität des Organismus - aber nicht mit den schärfsten Geschützen niederzuknüppeln waren, wurde er schließlich als nicht mehr behandelbar nach Hause entlassen. Das war sein Glück! Denn als er nun zu meinen Freunden in Frankreich kam, weil kein Arzt mehr was mit ihm anfangen wollte, da erkannte er, welch abenteuerlichen und überflüssigen Irrweg er da durch die Schul-Brutalmedizin gegangen war.

Mit ein bißchen Cortison und ein bißchen Geduld und vor allem mit dem Verständnis des Systems, das dem Patienten die Gelassenheit durch eben dieses Verständnis gibt, geht es ihm heute gut. Auch die unsinnigerweise „leukämische Infiltrate“ genannten Osteolysen in der Wirbelsäule (von der ich keine Bilder habe) und in der Calotte sollen, wie ich hörte, zum Erstaunen der Ärzte verheilt sein. Erstaunlich ist das nur für den, der die Neue Medizin nicht kennt!

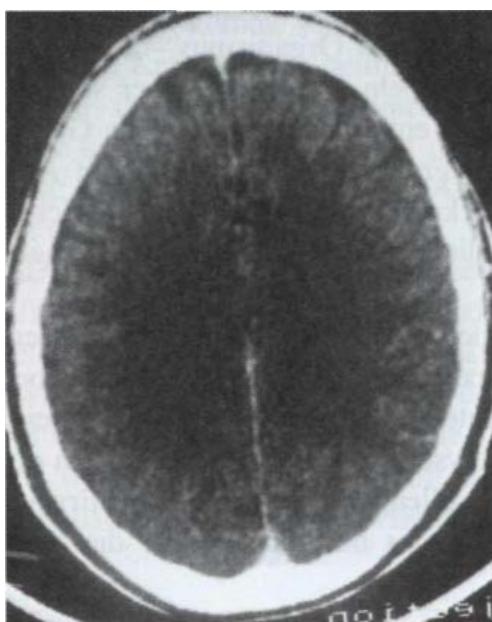


Calotten-Osteolysen:
Seitliche Aufnahme der Calotte. Die Pfeile weisen auf die verschiedenen großflächige Osteolysen des Schädelknochens, besonders links.



HH im Marklager rechts frontal für intellektuellen SWE (Pfeil rechts oben) und das für die Calotten-Osteolysen zuständige Relais. Der großer Pfeil Mitte rechts weist auf das zuständige Relais für den Revier-Konflikt (mit dem Vater). Unterster Pfeil rechts: HH für den Angst-im-Nacken-Konflikt rechts für das linke Auge. Dazwischen: Die 2 schmalen Pfeile zeigen auf HH rechts für Magen-/Gallengangs-Ulcera (Revierärger) und weiter unten Blasen-Ulcera (Reviermarkierungs-Konflikt).

Der linke Pfeil weist noch einmal auf den HH für das rechte Becken im durchgehend dunklen Marklager des Großhirns.



Tiefdunkles Marklager als Zeichen des Heilungsoedems nach gelöstem SWE-Konflikt.

21.9.18 52jähriger Patient, der auf tragische Weise durch einen Kunstfehler starb, weil er als „Krebspatient“ eingestuft war.

Dieser 52jährige Patient galt „noch nicht“ als Leukämie-Fall, obwohl er schon eine Leukozytose von zwischen 15.000 und 19.000 hatte und in der kompletten Heilungsphase war. Er starb an einer akuten Peritonitis, nachdem ihm ein Urologe eine Sectio alta (Punktion der Blase durch die Bauchdecke) machen wollte bei halbgefüllter Blase und dabei das Peritoneum punktierte und den Katheter hegen ließ. Motto: „Ach, bei einem Krebspatienten kommt es eh' nicht mehr so genau darauf an!“

Der Patient war bei einer großen Versicherung beschäftigt, und er war jetzt, als in seiner Abteilung der entsprechende Posten vakant wurde, an der Reihe, Abteilungsleiter zu werden.

1. DHS:

Im April '86 erlitt der Patient ein DHS mit Revier-Konflikt und Revierangst-Konflikt, als er erfuhr, daß „durchgesickert“ sei, er werde wohl doch nicht Abteilungsleiter. Für den Patienten wäre das die Krönung seiner Laufbahn gewesen. Seine Frau rechnete ganz fest mit dieser Beförderung, und auch finanziell war schon alles fest eingeplant. So trug der Patient seinen Konflikt monatelang mit sich herum, traute sich nicht, seine Frau aus ihren Träumen zu reißen und ihr zu sagen, was er längst wußte. Ein kleines bißchen hoffte er auch immer noch, daß sich doch noch eine neue Situation ergeben könnte - dann hätte er seine Frau nur unnötig enttäuscht.

Als ihm im Oktober '86 der Chef mit einer an Brutalität nicht mehr zu überbietenden Offenheit sagte: „Herr H., mit Ihrer Beförderung zum Abteilungsleiter ist nichts, wir brauchen jüngere Leute!“, da erlitt der 52jährige Patient ein *weiteres DHS* mit Selbstwerteinbruch-Konflikt. In seiner Firma war er also schon auf dem Abstellgleis, quasi zum Alteisen aussortiert. Das Selbstwertbewußtsein des stolzen Mannes war (in seinem 1. LWK) geknickt, und zwar buchstäblich.

Conflictolyse:

der Revierbereichs-Konflikte: Als der Patient im November mit seiner Frau Urlaub machte, faßte er sich ein Herz und gestand seiner Frau, daß er nicht befördert werden würde. Seine Frau nahm es besser auf als er befürchtet hatte. Dieser Revier-Konflikt war seither gelöst, über ihn konnte er seither

sprechen. Er hustete jetzt dauernd als Ausdruck der Heilungsphase des 1. Konfliktes. (Revierangst-Konflikt mit Intrabronchial-Ulcus-Ca).

Nicht sprechen konnte er dagegen erst einmal über den 2. Konflikt, den des Selbstwerteinbruches, den er seit Oktober mit sich herumschleppte.

Zur Conflictolyse dieses Selbstwert-Konfliktes kam es aber dann Ende Februar. Da stellten die Ärzte, die er wegen seines Dauerhustens aufgesucht hatte, bei ihm ein Bronchial-Karzinom im rechten Mittel- und Oberlappen fest. Und ob Ihr es glaubt oder nicht, für diesen Patienten, so hat er nur selbst berichtet, war diese eigentlich so niederschmetternde Diagnose die Lösung seines Selbstwert-Konfliktes. Denn jetzt gab es einen Grund dafür, daß er nicht befördert worden war: Krankheit, dagegen kann man nichts machen. Natürlich, das war der Grund gewesen ...

Und obwohl der arme Patient nunmehr das ganze psychische und technische Folterritual über sich ergehen ließ mit Bestrahlung und „Null-Prognose“ fand er aus dieser Panik immer wieder heraus. Einmal sagte ihm z.B. ein Chef einer Lungenklinik innerhalb von 6 Minuten: „Für Sie können wir leider nichts mehr tun!“ Sprach's und öffnete ihm unmißverständlich die Tür). Seine Konflikte blieben trotzdem gelöst. Schließlich hatte er sogar mit 19.000 Leukozyten, was die Ärzte für eine Infektion hielten, eine Leukämie als Heilungsphase seines Selbstwerteinbruches. Er war schlapp und müde, hatte Appetit, nur hatte er (Periost-) Schmerzen am 1. LWK.

Eigentlich hätte dieser Patient uralt werden können, er hatte keinen triftigen Grund mehr zu sterben, zumal er die Neue Medizin verstanden hatte und seit er beruhigt war, die Schmerzen im 1. LWK auch erträglich waren. Er starb an einer Lappalie: Im Krankenhaus bekommen alle Patienten, die sich nicht richtig bewegen können, zur Entlastung der Nachschwester einen Blasenkatheter gelegt. So auch er, obwohl er nie etwas an der Blase gehabt hatte. Als er nach Hause entlassen wurde, wurde auch der Blasenkatheter gezogen. Und nunmehr bekam der Patient erstmals etwas Beschwerden beim Wasserlassen durch die Reibung des Katheters bedingt. Der Urologe, der nun zugezogen wurde und nach der Blase schauen sollte, wußte das. Aber für ihn war der Patient nur ein „hoffnungsloser Krebspatient“. So wollte er sich übers Wochenende die Mühe ersparen, noch öfters gerufen zu werden, und ... „Na, bei solch einem Patienten kommt es ja eh nicht so genau darauf an ...“

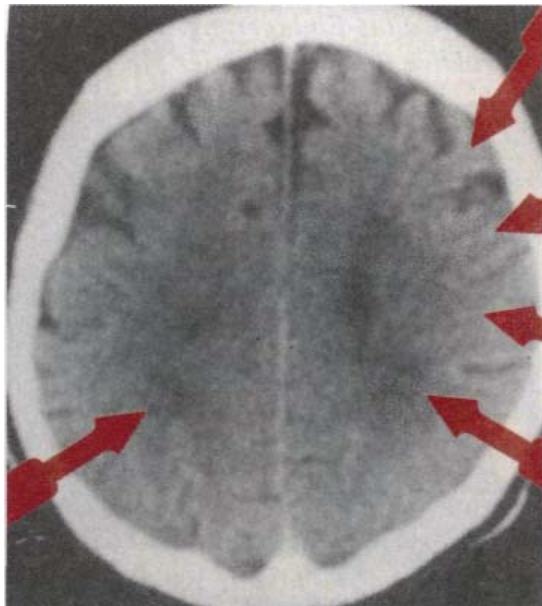
Als der Patient dann am nächsten Morgen mit seiner akuten Peritonitis in die chirurgische Abteilung des Krankenhauses eingeliefert wurde, konnte man ihm angeblich nur noch mit Morphium in hoher Dosis „helfen“, woran er nach kurzer Zeit verstarb.

Ein ganz tragischer Fall. Er zeigt nur zu deutlich, in welchem Maße schon die Prognose die Therapie induziert. Nur wenige „Drahtseilakteure“ bringen das Kunststück fertig, mit Neuer Medizin und Schulmedizin gleichzeitig doch noch zu überleben!

Auf dem ersten Hirn-CT links sehen wir die typische Markzeichnung bei Oedem. Auf beiden Seiten ist es ein, wenn auch nicht sehr ausgeprägter, so doch ziemlich generalisierter Selbstwerteinbruch-Konflikt gewesen. Die beiden unteren Pfeile links und rechts bezeichnen etwa die Stelle des 1. LWK. Die 3 oberen Pfeile rechts weisen auf die HHe für den Revier- bzw. Revierangst-Konflikt.



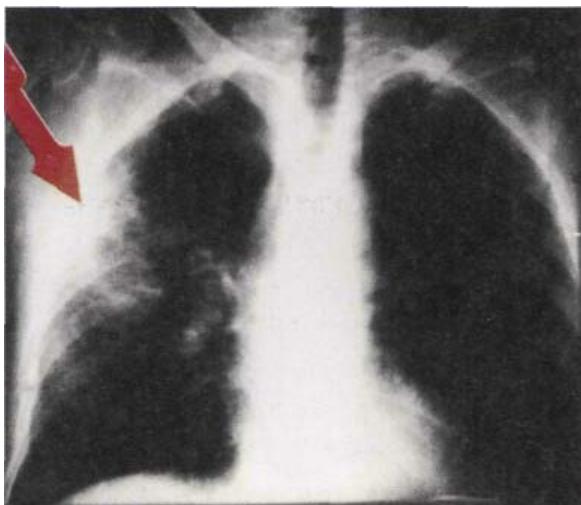
Besonders interessant ist an diesem CT des l. LWK, daß man hier genau den Grund der Schmerzen demonstrieren kann. Der frakturierte Wirbelbogen samt Dornfortsatz des Wirbelbogens hat eine zum Platzen gespannte Periostkapsel (durch das Knochenoedem in der Heilungsphase, siehe Pfeil unten rechts). Dies also ist der Mechanismus der Lumbalgie, die ja immer nur in der Heilungsphase resultiert. In diesem Falle sieht man auch, daß die Gefahr einer Ruptur durch die spitzen Knochenkanten aber auch bei Einspritzung z.B. von Novocain sehr groß ist. In



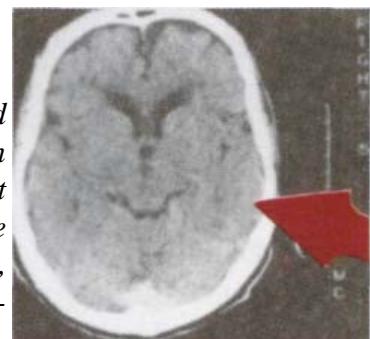
Im Röntgenbild sehen wir die Osteolyse des Wirbelbogens des 1. LWK (Pfeile), die wir aber im folgenden CT noch sehr viel besser und genauer sehen können.



einem solchen Fall bekommt der Patient dann plötzlich spontan Erleichterung, weil das Oedem ausläuft, mit ihm aber meist auch Knochengewebe der Knochen-Osteolyse, das jetzt in der Heilungsphase wieder auf anderem Code läuft und kräftig Callus bildet. Das ergibt dann die perivertebralen sog. Osteosarkome, an sich harmloses, aber oftmals bis zu gewaltiger Größe anwachsende Narbengewebe mit Callus-Einlagerung. Dies hat der Patient nicht, aber es gibt selten so instruktive Bilder, wo dieser Mechanismus so gut abzusehen und zu erklären ist.



Das nächste Bild zeigt das Bronchial-Karzinom im rechten Mittel- und Oberlappen. Interessant ist, daß dieses Karzinom seit der Entdeckung im Februar '87, als die Conflictolyse ja schon 3 bis 4 Monate zurücklag, keinerlei Veränderungen mehr machte. Das konnten die Ärzte nicht begreifen, schließlich schrieben sie es ihrer guten Kobaltbestrahlung zu.



Das kleine Hirn-CT soll nur einen kleinen Befund am Rande aufzeigen: Der Patient war 1973 an einem Ulcus ventriculi (Magengeschwür) erkrankt und zwar längere Zeit. So sieht im Gehirn eine alte Narbe aus: Man sieht gut die Markierung des HHs, aber er hat kein Oedem mehr und macht auch deshalb keine Raumverdrängung. Die Cisterna ambiens rechts ist nur geringfügig verlagert Richtung Mitte/oben wegen eines HHs im Milz-Relais (Milzvergrößerung = Splenomegalie).

21.9.19 Ein Kuß und seine Folgen

Kann man einen Krebs bekommen, wenn man mit 16 geküßt wird? Heute sicher nicht so leicht. Damals aber, 1957, als die rechtshändige Patientin 16 war, war das noch sehr leicht möglich. Sie war ein uneheliches Kind, wurde aufgezogen von der Mutter und deren Bruder, der sich von seiner Freundin trennte, um die „Vaterstelle“ für seine Nichte zu übernehmen. Auf keinem Gebiet wurde das junge Mädchen so streng erzogen wie auf dem sexuellen, damit sie „nicht den gleichen Fehler mache wie die Mutter“.

Als sie nun von einem 20jährigen Freund geküßt wurde, geriet das junge Mädchen völlig in Panik. Sie glaubte allen Ernstes, sie bekomme nun ein

Kind und man könne ihr das auch ansehen. Denn das hatte die Mutter stets gesagt. Besondere Angst hatte sie vor der Mutter. Sie sagte, es sei mit weitem Abstand der schlimmste Konflikt ihres Lebens gewesen und habe fast ein Jahr gedauert. „Die Sache mit dem Kind“ würde auch heute vielleicht so manches Mädchen glauben, denn die Patientin hatte sofort ihre Regelblutung verloren. Und sie hatte mal „davon läuten hören“, wenn man keine Blutung mehr habe, bekomme man ein Kind. Die älteren meiner Leser, die diese Zeit miterlebt haben, werden diese Geschichte gut verstehen. Dabei war diese Patientin eine der intelligentesten, die ich je erlebt habe!

Nach knapp einem Jahr hatte sich die 17jährige inzwischen „aufgeklärt“. Bis dahin hatte sie erheblich an Gewicht abgenommen. Nun löste sich der Konflikt. Die Blutung war zuerst stark, dann normalisierten sich langsam die Menstruationsblutungen wieder. Das Gebärmutterhals-Karzinom, das damals entstanden sein mußte, hatte man natürlich nicht entdeckt. Welches junge Mädchen mit 17 Jahren ging schon damals zu einem Frauenarzt?

Im Oktober '84 erkrankte der Onkel („Ersatzvater“) an Bronchial-Krebs. Die Patientin, die sehr an dem Onkel hing und ihm ihr Leben lang dankbar dafür war, daß er ihretwegen auf eine Ehe verzichtet hatte, erlitt einen doppelten motorischen Konflikt um den Onkel, wie man noch aus dem Hirn-CT ein Jahr später ersehen kann.

Da das Muskelzittern der Beine nicht besser wurde (auch der Onkel nicht wieder gesund wurde), wurde sie schließlich im März '85 durchuntersucht, und dabei wurde das seit fast 30 Jahren dort schlummernde, längst narbig abgeheilte und inaktivierte Gebärmutterhals-Karzinom entdeckt und so gleich für das Muskelzittern verantwortlich gemacht! Bis dahin war die Patientin niemals gynäkologisch untersucht worden. Sie hatte sehr spät geheiratet, Fertilität war für sie kein Thema, und mit der Sexualität stand sie mehr oder weniger auf dem Kriegsfuß.

Mit dem Wissen um die Neue Medizin - der Chefarzt der Klinik hatte keines meiner Bücher, gelesen - hätte dieser Fall überhaupt kein „Fall“ zu sein brauchen, denn diese Sache war ja in Wirklichkeit längst vorbei und schon seit fast 30 Jahren erledigt! So aber wurde nun diese Fehlbeurteilung der Anfang vom grausigen Ende! „Metastasierendes Collum-Ca“.

Das Tragische im obigen Fall war, daß wir die Zusammenhänge zu dieser Zeit noch nicht verstehen konnten. Als der Onkel Mitte April ein zweites Mal ins Krankenhaus gebracht wird und dort am 24. Mai '85 stirbt, schlägt das wieder voll in den noch in Konfliktaktivität befindlichen motorischen Konflikt ein.

Die Patientin lag seit März '85 in einer sog. „Krebsklinik“. Als man ihr im März die Diagnose „Gebärmutterhals-Krebs“ mitgeteilt hatte, erlitt sie das

nächste DHS, einen umschriebenen Selbstwerteinbruch, und zwar doppelseitig, wie man auf dem Hirn-CT ersehen kann, auf organischer Ebene betreffend hauptsächlich den 4. Lendenwirbel beiderseits. Durch den beiderseitigen Konflikteinbruch, betreffend die beiden Seiten des gleichen Wirbels, beginnt der 4. LWK mit erstaunlicher Geschwindigkeit zusammenzusintern. Im März bei der Entdeckung des uralten Collum-Ca war am Knochen noch nichts zu sehen gewesen, im Mai '85 aber war der Wirbel schon auf 1 cm Höhe zusammengesintert.

Noch am 20. Mai hatten ihr die Ärzte gesagt, mit dem Collum-Ca würde man schon fertig. Es wurde bestrahlt. Am 24. Mai erneuter Zentralkonflikt-Schock in die alte noch konflikt-aktive Narbe durch Tod des Onkels. Von da ab bestand der konflikt-aktive motorische Konflikt, der zur partiellen Lähmung beider Beine führte, daneben seit dem 20. Mai der Selbstwert-Konflikt in der pcl-Phase, also in der Heilung, denn die Patientin hatte ja nun durch Kennenlernen der Neuen Medizin wieder Hoffnung geschöpft, daß sie wieder ein vollwertiger Mensch werden könne.

Nun ereignete sich etwas, was ich seither sehr zu fürchten gelernt habe: Der 4. LWK war zusammengesintert (siehe Röntgenbild). Das Periost umgab diesen Wirbelknochen wie ein viel zu großer Sack. Es schoß nun nach der Conflictolyse das übliche Oedem ein. Aber das Ganze war jetzt so, als ob in einer großen Wasserblase ein Stück Holz oder Stein liegen würde. Die Wirbelsäule war unterbrochen von einem Wasserkissen, das natürlich nicht in der Lage war, den statischen Druck, z.B. beim Sitzen, auszuhalten. Deshalb kam, was damals kommen mußte, was aber heute mit Kenntnis der Neuen Medizin nicht mehr kommen sollte: Die prall mit Oedemwasser angefüllte Periostblase - *platzte!* Ein Teil der Callus-Flüssigkeit lief aus, begann aber vor dem Lendenwirbel (bauchwärts) alsbald Callus zu bilden. Es bildete sich also ein sog. „Osteosarkom“ bei gleichzeitiger partieller Paralyse beider Beine.

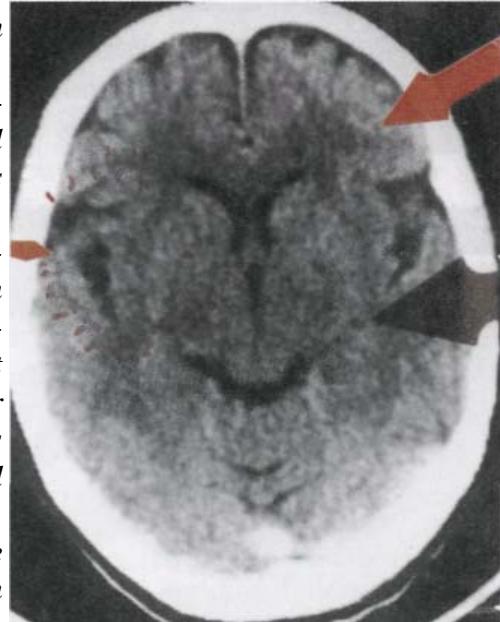
Der nächste folgenschwere Irrtum passierte, als man nur 2 Wochen nach Platzen der Lendenwirbel-Periosthülle bei einer Röntgenuntersuchung der Nieren feststellte, daß das linke Nierenbecken gestaut war, weil das Osteosarkom angeblich damit begonnen habe, den Ureter³⁵⁸ abzuklemmen. Bei dieser Gelegenheit entdeckte man auch den zusammengesinterten 4. Lendenwirbel und die beginnenden Callusinseln vor dem 4. Lendenwirbel, die im März noch nicht gesehen worden waren. Nun wurde Katastrophenalarm gegeben! Man hielt nämlich den um das Periost wuchernden Callus für verkalkende Lymphknoten (obwohl niemand sagen konnte, war-

358 Ureter = Harnleiter

um dort Lymphknoten verkalken sollten), und das Ganze las sich dann so: „Generalisiert-metastasierendes Collum-Ca Stadium IV mit osteoklastischer Metastasierung (Knocheneinschmelzung) und osteoblastischer Metastasierung“ (Knochenneubildung) der angeblich ventral vom betroffenen 4. LWK gelegenen Lymphknoten, was natürlich nicht stimmte. Außerdem war die linke Niere durch die „Lymphknoten-Verkalkung“ komprimiert - niemand wußte allerdings genau, wie das hätte geschehen können. Die Teillähmung der Beine führte man nunmehr auf den zusammengebrochenen Lendenwirbel zurück, obgleich man früher das Muskelzittern auf das Collum-Ca zurückgeführt hatte, als an dem Wirbel noch nichts zu sehen war.

Die nachfolgenden Bilder vom September '85 sind von ganz einzigartigem dokumentarischen Wert: Sie zeigen nicht nur einen Vorgang in der Korrelation von Gehirn und Organ, sondern sie zeigen einen Fall von tiefer menschlicher Tragik, der durch unser aller Unwissen zustande kam, auch durch meines. Erst an mehreren Fällen dieser Art habe ich selbst gelernt, daß hier ein sehr häufiger Mechanismus zugrunde liegt: Das Auslaufen eines Knochenoedems mit Knochen-Osteolyseresten durch Ruptur oder Perforation einer Periostkapsel.

Der linke Pfeil zeigt auf die ringförmigen Konturen des alten sexuellen Konflikts. Wir sehen, daß dieser fast 30 Jahre zurückliegende Konflikt zwar intrafocal gelöst ist aber peripher noch durchaus erkennbare Schießscheiben-Konfiguration hat (siehe äußere Markierung). Das entspricht auch der sexuellen Situation. Die Patientin war an Sexualität eigentlich nie interessiert. Es gibt hier, wie auch in der Psyche, nicht nur entweder - oder, sondern sowohl als auch. Wie wir uns das psychisch und cerebral ganz genau vorzustellen haben, darüber mache ich mir derzeit meine Gedanken. Was machen die Träume im Gehirn? Und was machen sie am Organ. Sicher ist, daß alles synchron verläuft!



Der obere Pfeil zeigt auf einen aktiven HH für die linke Schulter entsprechend einem SWE im Kind/Vater (Onkel)-Verhältnis. Der untere Pfeil markiert den HH des Selbstwert-Konfliktes für LWK 4/5 entsprechend der linken Seite der Wirbelsäule.

Die beiden oberen Pfeile weisen auf die aktiven HHe für die motorische Lähmung der Beine.

Ganz unten sehen wir beiderseits die beiden Einschläge der HHe, die für die Osteolysen des 4. und 5. LWK verantwortlich sind.



In diesen Bild erkennen wir die beiden zusammengesinterten Wirbelkörper, wobei von dem 4. LWK nur noch ein schmaler keilförmiger Rest übriggeblieben ist.



Im Bild oben sehen wir solch ein geplatztes oder rupturiertes Periost des 4. LWK. Wir sehen deutlich, daß das Periost abgehoben ist (linke Pfeile unten). In der ausgelaufenen nekrotisierte gewesenen Knochenmasse beginnt sich sofort

Callus zu bilden, den wir ventral vom Wirbelkörper sehen, entsprechend der seitlichen Röntgenaufnahme des vorigen Bildes. Da man diesen Vorgang bisher praktisch in der offiziellen Medizin nicht wahrgenommen hat, verwechselte man solche Osteosarkome häufig mit verkalkten Lymphknoten. Das Ödem eines Wirbelkörpers entsteht ja nur in der pcl-Phase. In dieser Phase aber ist der Kno-

chen zunächst noch so lange in maximaler Gefahr zusammenzusintern, solange noch nicht genügend Callus eingebaut ist. Normalerweise müßte der Patient also im Bett liegen und dürfte den Wirbelkörper nicht belasten, denn dabei könnte er evtl. zusammenbrechen.

Nun kann man sich sehr gut vorstellen, daß das Periost, das ja beim Zusammensintern des Wirbelkörpers keineswegs zusammenschrumpft, sich prall mit Oedem in der pcl-Phase auffüllt, auch wenn dann nur noch ein viel zu kleiner Rest an Wirbelkörpern darin herumschwimmt. Es resultiert praktisch in solchem Fall ein prall gefülltes Periost-Oedemkissen, in dem ein Rest von Wirbelkörpern wie ein Goldfisch in der Plastiktüte schwimmt und statisch keine Bedeutung mehr hat. Wenn nun der Patient sich aufrichtet, steht er praktisch auf diesem Periost-Kissen. Das tut nicht nur sehr weh, sondern führt oftmals zur Ruptur dieses Periost-Kissens. Eine solche sehen wir in unserem vorangegangenen Bild. Der Patient hat dann zwar im Moment nach einer Ruptur oftmals ein Gefühl der Schmerzerleichterung, aber die Folgen des Osteosarkoms sind oft genug dramatisch - wohlgemerkt rein mechanisch! - In diesem Fall, so glaubte ich damals dem Radiologen, habe das Osteosarkom den linken Ureter komprimiert und das linke Nierenbecken maximal aufgestaut.

Als man nun die Patientin mit diesen neuen Befunden und den nunmehr unter Null gesackten vermeintlichen Überlebenschancen brutal konfrontierte, sackte sie völlig zusammen und erlitt einen Krebsangst-Konflikt und sagte, sie sei 1 Woche lang „verrückt“ gewesen. Genaugenommen war sie nach der Definition der schizophrenen Konstellation auch wirklich „verrückt“, denn sie hatte zwei aktive motorische Konflikte und nun dazu einen rechtsseitigen Frontal-Konflikt. Später fand man übrigens auch die dazugehörige Kiemengangs-Zyste supraclavicular³⁵⁹³⁶⁰ am Hals links.

Nach einer Woche kam der Doktor in der Klinik und sagte, man werde es jetzt mit Chemo (Zytostatika) versuchen. Sie schöpfte nochmals Hoffnung.

Von dieser Zeit an bis November '85 hatte die Patientin eine *Leukämie* mit Leukozytenwerten meist zwischen 15.000 und 20.000 pro mm².

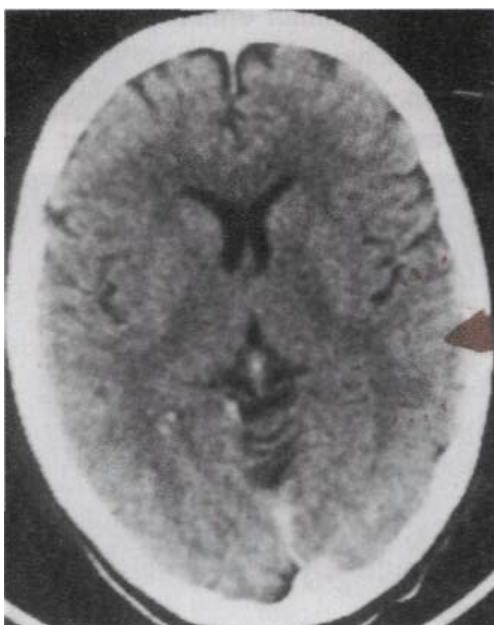
Einen Konflikt habe ich euch bewußt noch verschwiegen, um ihn zusammenhängend zu berichten. Das DHS dieses Konfliktes muß zwischen Mitte und Ende März '85 gewesen sein: Ein furchtbarer Ärger, der mit Geld zu tun hatte, ein typischer „Leber-Konflikt mit Verhungerungs-Angst“, der einen soliden Leberkrebs bewirkte.

³⁵⁹ Supra- = Wortteil mit der Bedeutung oberhalb, über

³⁶⁰ Clavicula = Schlüsselbein

Die Patientin und ihr Mann betrieben ein Rauchwarengeschäft, nicht einen kleinen Tabakladen, sondern einen vornehmen großen Laden. Gemietet hatten sie es vom Tabaksyndikat. Die Patientin war die eigentliche Mieterin, auf ihren Namen lief das Geschäft. Nun hatte man großzügig umgebaut, hatte aber dafür den Vorteil, daß man die Miete des früheren kleineren Geschäfts noch auf einige Jahre konstant hatte. Nur auf dieser Basis hatte sich überhaupt der Umbau gelohnt.

Als das Syndikat nun erfuhr, daß die Patientin todkrank sei, boten sie dem Ehemann einen neuen Mietvertrag mit dreifacher Miete an, statt stillschweigend den alten weiterlaufen zu lassen. Nicht einmal den Tod der Mieterin wartete man ab, geschweige denn die Chance, daß die Frau, die ja damals nur durch einen Irrtum plötzlich als krank galt, vielleicht wieder gesund werden könne. Als der Ehemann ihr unvorsichtigerweise davon erzählte, wurde die Patientin, die in der Klinik lag, leichenblaß, brachte kein Wort mehr heraus und verfiel in dumpfes Grübeln. Sie ärgerte sich Tag und Nacht. Sie hatte ein DHS mit Revierärger-Konflikt und Verhungerungsangst erlitten. Auf dem Leber-CT vom 1. April sehen wir schon, was der Radiologe damals noch übersah: Ein Leber-Karzinom ganz im Beginn an der Peripherie der Leber.



Auf dem nebenstehenden Bild sehen wir (Pfeil) einen HH im Magen- und Leber-Gallengangs-Relais halb in Aktivität, halb in Lösung, d.h. es scheinen laufend Rezidive eingeschlagen zu haben, die genauso häufig Hepatitis in den pcl-Phasen zur Folge hatten. Der Konflikt war natürlich der Bruch des Mietvertrages für den Tabakladen durch das Syndikat.

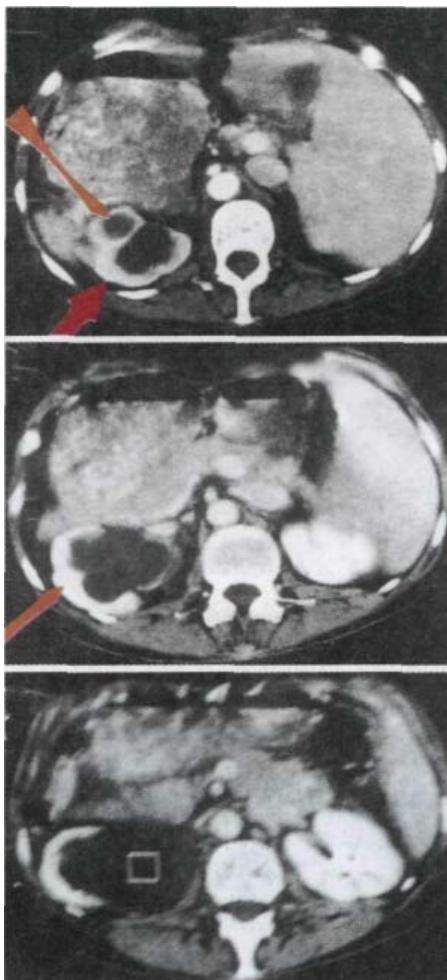
Auf diesem Bild ist ein sehr interessantes Phänomen zu beobachten: Ursprünglich war ein zentraler Selbstwerteinbruch-Konflikt und zwar ein intellektueller SWE in pcl-Phase vorhanden. Sowohl links-cerebral für die rechte (Partner) HWS- und Calotten-Seite, als auch rechts-cerebral für die linke (Kind/Mutter) Halswirbel- und Calotten-Seite, später links ein Beiβ-Konflikt in pcl-Phase für die rechte Partnerseite (einen Partner nicht beißen dürfen und nicht beißen können. Auf der rechten Seite frontal hat sich in diesem Bereich (Pfeil rechts oben) der HH eines Frontalangst-Konfliktes = Krebsangst-Konflikt hineingelegt bzw. diesen überlappt. In der pcl-Phase nach einem solchen Konflikt bilden sich am Hals Kiemengang-Zysten bzw. mediastinal ein sog. „kleinzelliges Bronchial-Ca“. Leider liegen von den Osteolysen der HWS keine Bilder vor.



Wir Menschen machen alle Fehler, natürlich auch ich. Normalerweise habe ich keine Probleme damit, so etwas auch zuzugeben. Es ist ja auch etwas Positives daran, wenn man in seinen Erkenntnissen fortgeschritten ist, so daß man sagen kann: „Was kümmert mich mein Geschwätz von vorgestern?“

Die meisten Fehler macht man in der Wissenschaft, wenn man auf Autoritäten hört, so wie ich in diesem Fall auf die Radiologen. Denn diese diagnostizierten auf diesen Bildern einen Aufstau der Harnwege der linken Niere, der „natürlich“ durch Kompression der paraaortalen³⁶¹ Lymphknoten zustande gekommen sein müsse. Durch diesen „Aufstau“ wurde dann auch die Wasserretention bei der Patientin und die Kreatinin-Erhöhung im Serum erklärt. Ich habe das damals der „radiologischen Autorität“ geglaubt, und das war gründlich falsch, wie ich heute weiß.

³⁶¹ Aorta = die große Körperschlagader



Auf dieser Seite laufen die CT-Schnitte von cranial nach caudal. Die ersten 3 Aufnahmen wurden mit Kontrastmittel gemacht, die beiden letzten Schnitte ohne Kontrastmittel. Es handelt sich aber keineswegs um einen „Aufstau“ der ableitenden Harnwege, sondern bei der linken Niere um ein doppeltes Sammelrohr-Ca. Daß nämlich der verbliebene Parenchym-Saum der linken Niere gut ausscheidet, sieht man an der reichlichen Kontrastmittel-Anfärbung. Allerdings ist der Existenz-Konflikt (in diesem Falle, daß sie sich durch den Tod des Onkels im Februar '85 mutterseelenallein fühlte) und das zugehörige SBS schon in der pcl-Phase. Denn zu diesem Zeitpunkt der Aufnahme hatte die Patientin nur noch einen Wunsch: Nur das Überleben zählte jetzt noch.

Wir sehen im nebenstehenden Hirn-CT den großen doppelten HH im Nierensammelrohr-Relais des Stammhirns für die linke Niere, von denen möglicherweise ein HH gelöst, der andere (dorsal) möglicherweise noch aktiv ist. Der noch aktive scheint der laterale zu sein (siehe auch erstes Nieren-CT, kleiner Pfeil oben links).

Ein gerade noch aktiver HH im Bereich für das Coecum (mittlerer Pfeil links) entsprechend einem häßlichen „Scheiß-Konflikt“ bei der Kündigung des Tabakladens und ein HH in pcl-Phase im archaischen Hörbereich (unterer Pfeil links), entsprechend dem Konflikt, eine unangenehme Information wieder loswerden zu wollen. Dies bedeutet, daß die Patientin darauf wartete, daß die

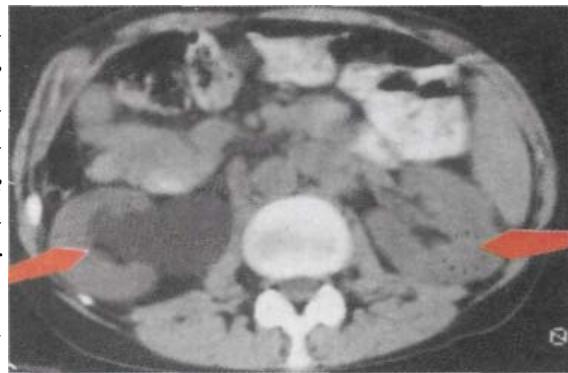


Gesellschaft die „Information“ der Aufkündigung des Ladens wieder zurücknehmen würde. Diese Nebenbefunde vervollständigen die Auswertung des Hirn-CTs.

Gegen den „Nierenaufstau“ sprechen weiterhin 2 Momente: Würde es sich statt eines kompakten Tumors um Flüssigkeit im Nierenbecken handeln, dann müßte sich diese durch den austretenden Urin angefärbt haben. Das ist nicht der Fall.

Außerdem sieht man auf dem folgenden tiefen Schnitt der nebenstehenden Reihe, daß der Tumor einen Teil des Nierenbeckens ausspart (linker Pfeil im unteren Bild) oder bereits eine Kaverne in der pcl-Phase zu bilden beginnt. Letzteres ist nach dem klinischen Verlauf und den Symptomen (Nachtschweiß, subfebrile Temperaturen) wahrscheinlicher.

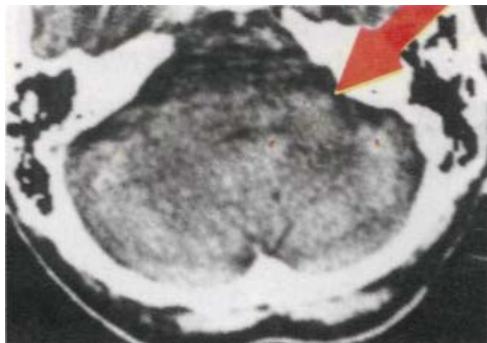
Auf dem oberen Schnitt sieht man (Pfeil rechts) deutlich auch in der rechten Niere ein kleineres, allerdings aktives Sammelrohr-Ca, dessen HH wir im Hirn-CT (rechter Pfeil) ebenfalls in Schießscheiben-Konfiguration sehen.



Abdomen-CT von 9/85: Wir sehen ein Leber-Ca des linken Leberlappens unmittelbar unter der Kapsel und diese vorwölbend. Der zuständige Konflikt war der besagte Verhungерungs-Konflikt durch die Kündigung des Tabakladens durch das Syndikat.

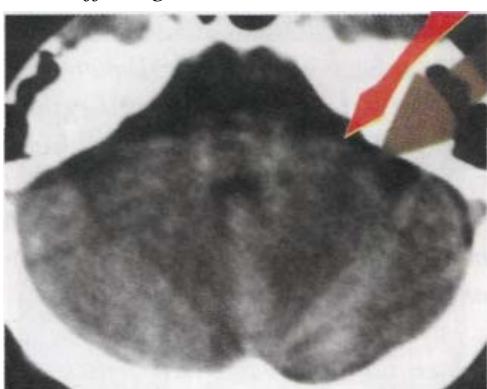


Auf diesem CT 2 Monate später sehen wir das in Abbau (Verkäsimg mittels Tbc) befindliche Leber-Ca des linken Leberlappens.

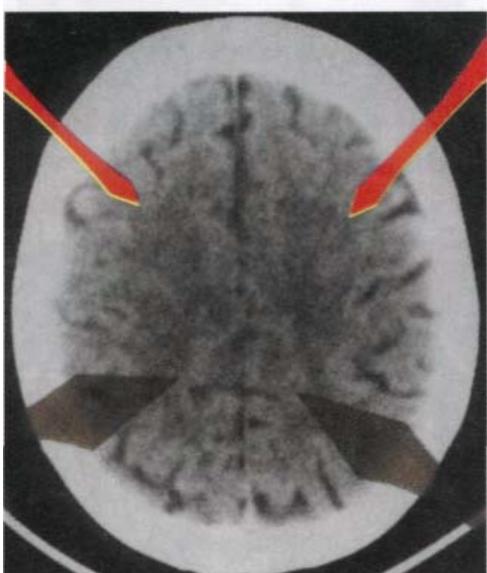


CCT von 9/85: HH im Leber-Relais des Stammhirns in ca-Phase dazu einen HH im archaischen Hörbereich in beginnender pcl-Phase, entsprechend einem Konflikt, auf den Informationsbrocken zu warten. Der zart umstrichelte HH in Richtung der Pfeilspitze entspricht einem Todesangst-Konflikt mit Lungenrundherden in ca-Phase. Letzterer Konflikt entstand durch die Diagnose- bzw. Progno-

se-Eröffnung.



CCT von 11/85: Riesiger quasi gemeinsamer HH in pcl-Phase mit großem Oedem, in dem man die einzelnen HHe kaum oder nicht mehr abgrenzen kann. Der Konflikt, eine Information hören zu wollen, ist in der pcl-Phase schon weiter fortgeschritten, was man an dem abgrenzbaren tief dunklen Oedem erkennen kann. Für Fachleute sind die nebeneinander stehenden Hirn-CTs von großer Eindrücklichkeit!

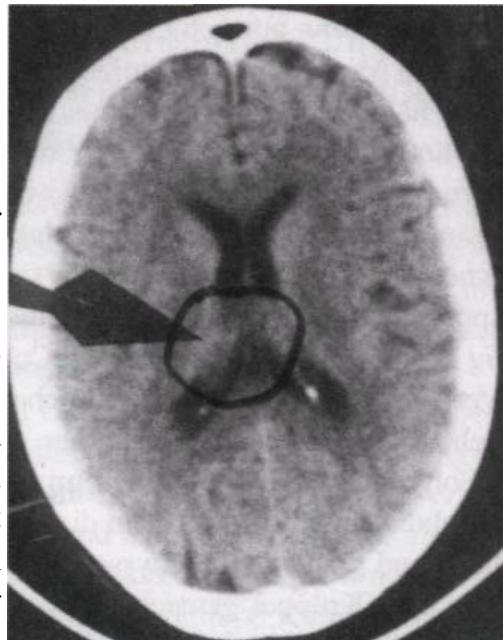


Obere beiden Pfeile: HHe für motorische Konflikte beiderseits in gerade beginnender pcl-Phase entsprechend der Paralyse vorwiegend der Arme.

Untere beiden Pfeile: brutaler periost-sensorischer Zentralkonflikt noch in Konfliktaktivität. Der Konflikt war, daß der Onkel (Elternteil und quasi Partner zugleich) ihr brutal fort aus der Umar- mung gerissen wurde.

Der zarte Ring, auf den der Pfeil weist, markiert den brutalen Trennungs-Konflikt, der für das Periost der Füße steht, rechts mehr als links. Symptome sind sog. „kalte Füße“. Konflikt: Trennung vom Onkel, der gleichzeitig Vater und Partner für die Patientin war.

Die Patientin hatte nur ihren Selbstwerteinbruch-Konflikt, und den vielleicht auch nur vorübergehend, gelöst. Aber den Zentralkonflikt um den Tod des Onkels und diesen ungeheuren Ärger-Konflikt um die Gemeinheit ihres Vermieters, die hat sie nie lösen können. Wie auch? Dazu hätte sie für den einen Konflikt weniger sensibel und für den anderen, den Ärger-Konflikt, wieder gesund sein müssen.



So blieb, daß sie teilgelähmt war an beiden Beinen und im Bereich des 4. LWK Schmerzen hatte. Mehrere Orthopäden schworen, beides käme davon, daß der Wirbelkörperrest nach hinten abgerutscht sei und auf das Rückenmark drücke. Diese Patientin war mehrere Wochen in Katzenelbogen im „Haus Freunde von Dirk“. Kurz bevor die Staatsanwaltschaft mit zwei schwerbewaffneten Überfallkommandos dieses Haus stürmte und den Patienten ein Ultimatum gesetzt hatte, zu verschwinden, ließ sie sich in eine orthopädische Klinik verlegen. Der Orthopäde dort operierte sie und nahm das Knochenreststück vom 4. LWK heraus. Und da zeigte es sich, daß es gar nicht an diesem Knochenstück gelegen hatte, sie blieb nämlich gelähmt, sondern - wie auch ich erst jetzt weiß - an dem im Hirn-CT sichtbaren motorischen Konflikt.

Ganz zum Schluß scheint die Patientin einen Großteil ihrer Konflikte einfach durch totale Resignation (vorübergehend) gelöst zu haben. Sie bekam Fieber, die Leukozyten stiegen noch höher als 20.000, sie hatte ganz heiße Hände und wurde dann in ein anderes Krankenhaus verlegt. Dort bekam sie auf meinen Rat Cortison. Eines Tages beschloß offenbar der Chefarzt, wie mir der Ehemann berichtete, „dem Fall ein Ende zu machen“. Er ordnete Morphium an. Dies aber hatten sowohl die Patientin als auch der Ehemann ausdrücklich untersagt. 3 Tage und Nächte bewachte der Ehemann seine Frau praktisch Tag und Nacht. Als er eines Abends kurz seine Frau verließ, gab ihr die Schwester auf Geheiß Morphium. Von da ab wachte sie nicht

mehr auf, denn nun schickte man den Ehemann mit Gewalt vor die Tür und ließ den Morphiumtropf laufen ...

Ich habe Euch den Fall so ausführlich erzählt, nicht der Brutalität oder der Fehlinterpretationen halber, für die ich mich ja auch mit einberechne, sondern um Euch zu zeigen, wie so etwas normalerweise abläuft. Diese arme Frau hatte zwar durch die Erkrankung des Onkels einen schweren motorischen Konflikt erlitten. Der hätte sich nach dem Tod des Onkels irgendwann spontan gelöst. Wären nur nicht die unseligen Brutalmediziner auf das völlig harmlose, fast 30 Jahre alte Collum-Ca gestoßen. Von da ab nahm das Verhängnis seinen unausweichlichen Gang. So ist die arme Patientin letztlich an dem Kuß mit 16 gestorben ...

Folgenden Brief schrieb ich im Krankenhaus „Freunde von Dirk“ in Katzenelnbogen am 17.11.85 an die Ärztekammer: Frau W. hat eine abenteuerliche und grauenhafte Odyssee des Leids hinter sich, wurde praktisch iatrogen zum Krüppel gemacht, sowohl durch Kastration als auch durch den totalen Selbstwerteinbruch, den die nur halb richtige Diagnose der sog. Schulmedizin bei ihr ausgelöst hat. Die gesamte sog. „Krankheit“ ist im Grunde nur Folge einer Fehlbeurteilung bzw. Fehldiagnose, weil man die Diagnose „Gebärmutterhals-Karzinom“ nicht in ihrer Wertigkeit betrachtet hat. Im Grunde war es eine Erkrankung, die die Patientin mit großer Wahrscheinlichkeit schon seit 27 Jahren gehabt hat, ohne daß es ihr Beschwerden verursacht hätte.

Herr Dr. S. von der Janker-Klinik in Bonn kennt mein Buch „Krebs - Krankheit der Seele“. Er wußte auch, daß ich dieses System von einem internationalen, von der Ärztekammer offiziell einberufenen Professoren/Ärzteschiedsgericht bewiesen habe. Auf o.g. Patientin angewendet, hätte er herausfinden müssen, daß es nur einen entsprechenden Konflikt bei der Patientin gegeben hatte, der zu einem Gebärmutterhals-Karzinom hätte führen können. Dieser Konflikt lag 27 Jahre zurück.

Hätte Herr Dr. S. das herausgefunden, dann wäre der ganze Verlauf anders gewesen. Die Chemo- und Strahlenbehandlungen wären unterblieben, ebenso die Kastration. Unendliche Leiden wären der Patientin erspart geblieben. Sie wäre heute nicht ein Krüppel!"

21.9.20 Chronisch lymphatische Leukämie: chronisch rezidivierende Mißerfolge, abgewechselt von Erfolgen auf religiösem Gebiet als Zeugin Jehovas

Die DHSe und Konflikte, die zu Krebs und damit in der Heilungsphase z.B. auch zu Leukämie führen, sind unbestreitbar Biologische Konflikte. Diese Einordnung der Konflikte sagt nichts über den speziellen Konfliktinhalt im einzelnen Fall, sondern nur über die Funktionswertigkeit dieses biologischen Vorgangs, den wir biologischen Konflikt nennen.

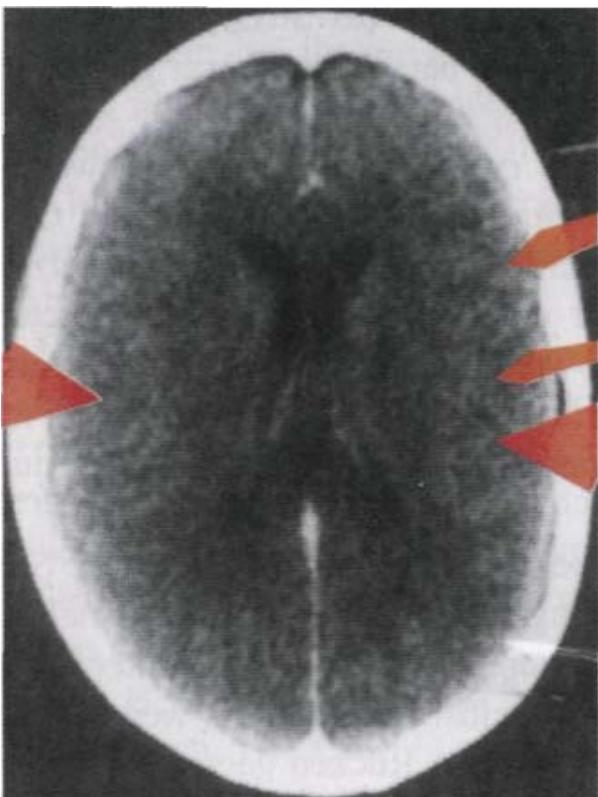
Daß man z.B. auch die Religiosität zum Gradmesser seines Selbstwertbewußtseins machen kann, zeigt sehr anschaulich folgender Fall: Eine Zeugin Jehovas, rechtshändig, 56 Jahre alt und Spanierin, die 5 Kinder hatte, erlitt 1976 das erste DHS mit sexuellem Konflikt und Selbstwerteinbruch, als der Ehemann nach einem schweren Ehekrach sich scheiden lassen wollte. Sie sagte, er habe sie „wie ein Nichts“ behandelt. „Du dumme Kuh!“ Sie hatte seither keinen Verkehr mehr mit ihm. Eigentlich war der Streit um die Religionszugehörigkeit der Patientin gegangen, denn der Ehemann war gegen die Zeugen Jehovas.

1981 scheint die rechtshändige Patientin erneut eine Zeit des schweren Selbstwerteinbruches mitgemacht zu haben, denn sie verlor 14 kg an Gewicht. Aber sie ging als Siegerin aus dem Kampf hervor, denn sie setzte nicht nur durch, daß die älteste Tochter einen Zeugen Jehovas heiratete, sondern auch, daß der Ehemann zu der Trauung bei den Zeugen Jehovas erschien. Offenbar hatte sie damals eine nicht unerhebliche Osteolyse im 8. BWK, der lange schmerzte und viele Monate oder ein ganzes Jahr lang mit allen möglichen Mitteln behandelt wurde.

Aber der Ehemann hatte sich nur vorübergehend geschlagen gegeben. Sie mußte danach wieder heimlich zu den Zeugen gehen, weil sie Angst haben mußte, ihr Mann würde sie sonst sitzenlassen. 1983 zieht die Tochter nach Spanien. Wieder erleidet die Patientin einen Selbstwerteinbruch, weil es ihre Lieblingstochter war, die ihr bis dahin immer den Rücken gegen den Vater gestärkt hatte. Allerdings löst sich dieser Konflikt, da die Tochter ja Zeugin bleibt und auch einen Zeugen geheiratet hat und sie weiter von Spanien aus unterstützt. Im Oktober wird bei der Patientin eine Leukämie mit Anämie festgestellt. Da sie ja als Zeugin Jehovas keine Bluttransfusion nimmt, heilt die Leukämie ganz natürlich. Aber immer wieder hat sie neue Konfliktrezidive, denn der Ehemann ist noch immer gegen die Geschichte. Und so muß sie immer noch weiter heimlich zu den Zeugen gehen und fühlt sich immer wieder neu devalorisiert! Schließlich erringt sie den totalen Sieg: Bis auf die kleinste Tochter, die angeblich tut, was sie will und sich nicht taufen läßt,

sind alle Kinder Zeugen Jehovas und mit Zeugen verheiratet. Der Ehemann macht jetzt gute Miene zum bösen Spiel. Als ich die Patientin 1986 zum ersten Mal sehe, hat sie arge Schmerzen in beiden Schultern und im 8. BWK, und das schon seit über 1 Jahr. Die Leukozytenzahlen liegen bei etwa 30 000. Die Frau ist glücklich, denn sie meint, sie habe immer schon gewußt, daß es von dieser Sache gekommen sei. Nun, da sie wisse, wie die Zusammenhänge seien, wisse sie auch, daß sie wieder gesund werde.

Eine chronische Leukämie ist lediglich der Ausdruck eines oftmals wiederkehrenden Selbstwerteinbruch-Konfliktes, der auch mit der gleichen Regelmäßigkeit wieder gelöst wurde. Wie dieser Fall zeigt, ist es Unsinn, irgendwelche sog. wissenschaftlichen oder besser pseudowissenschaftlichen voraussichtlichen statistischen Überlebenschancen ausrechnen zu wollen, da das Überleben ja einzig davon abhängt, wie „erfolgreich“ der Konflikt gelöst wird bzw. gelöst bleibt. Aber dieses Moment findet ja in keiner Statistik Beachtung!



Auf den Hirn-CT-Aufnahmen, die wir nur deshalb haben, weil ich davon eine Konsultation abhängig gemacht hatte, fällt zunächst mal die tief dunkle Färbung des Marklagers auf, Ausdruck einer erneuten (jetzt voraussichtlich definitiven) Lösung des Selbstwert-Konfliktes.

Der Pfeil links zeigt auf den vermutlich „hängenden sexuellen Konflikt“ links periinsulär, die rechten Pfeil zeigt auf die HHe für die Bronchien, Koronar-Intima und Leber-Gallengangs-Relais alle in Konfliktaktivität.

Auf diesem Bild hat vor allem das rechte aber auch das linke Marklager frontal gewaltig Oedem. Entsprechend schmerzten der Patientin beide Humerusköpfe und die rechte Schulter ganz besonders. Der HH im rechten frontalen Relais ist für den Selbstwert Mutter/Kind das Relais links für den Partner-Selbstwert zuständig. Und in Wirklichkeit, so können wir daraus schlußfolgern, hing das Selbstverständnis ihres Wertes für sie davon ab, ob sie es schaffen würde, ihre Kinder zu Zeugen Jehovas zu machen. Und jedesmal, wenn ihr wieder ein Knüppel zwischen die Beine geworfen wurde von ihrem Ehemann, dann litt ihr Selbstwertgefühl hauptsächlich an dieser Stelle. Die Patientin hat mir das in Gegenwart einer Reihe von Ärzten auch genauso bestätigt, als ich sie danach fragte. Ich nehme an, daß die „Partner“ auch erwachsenen Kinder oder ihre Glaubens-“Zeugen“ waren. Man kann sogar erwachsene Kinder z.B. zu 20% als Kinder und zu 80% als Partner empfinden, wie ich es schon eindeutig dokumentieren konnte.



Die Patientin ist jetzt - vorübergehend - gesund, d.h. das Blutbild ist im Moment normalisiert. Hoffentlich macht sich nun nicht die Patientin ihre jüngste Tochter zum Prüfstein ihres Selbstwertbewußtseins, denn dann könnte es - ein DHS vorausgesetzt - zu einer nächsten Konfliktaktivität mit Anämie und - falls sie nochmals Siegerin bleibt - zu einer erneuten leukämischen Heilungsphase kommen.

Was heißt gesund? Gesund sind alle Menschen und Tiere nur bis zum nächsten DHS!

Zum Zeitpunkt dieser letzten Hirn-CTs aber ist die Patientin noch nicht richtig gesund, denn es „hängt“ noch mit großer Wahrscheinlichkeit der sexuelle Konflikt. Die Patientin hat seit dem DHS 1976 keine Periode mehr. Nun könnten das natürlich die Wechseljahre gewesen sein. Aber es ist nicht sehr wahrscheinlich, daß das so zufällig zusammengefallen sein sollte. - Wer schon ein bißchen weiter nach hinten geblättert hat, der wird fragen, ob die Patientin nicht mindestens eine Zeitlang in der „schizophrenen Konstellation“ gewesen sein müßte? Mit Sicherheit ja! Dies sehen wir auf dem vorletzten Bild, das eine corticale und postmortale³⁶³ schizophrene Konstellati-

³⁶³ postmortal = nach dem Tod

on (manisch-depressiv!) ausweist. In Sektenkreisen sind solche oder ähnliche Konstellationen sehr gehäuft, möglicherweise sogar die Regel. Die Patientin beteuert auch hoch und heilig, sie sei oftmals „völlig verrückt“ gewesen! Das glaube ich ihr aufs Wort. Wahrscheinlich hat sie immer auch dann ihren „Revierärger-Konflikt“ erlitten, wenn sie wieder einen neuen Selbstwerteinbruch durch ein DHS erlitten hat.

Aber sagt selber, bei einer so temperamentvollen „Ehe-Kriegerin“, einer so bewundernswert religiös-fanatischen und konsequent-sektiererischen kleinen Frau - wer schaut da schon so genau nach? Das ist eben sie!

21.9.21 Sog „Akute Lymphoblasten-Leukämie mit zwei Rezidiven“, in Wirklichkeit 3 verschiedene Selbstwerteinbrüche mit jeweiliger lymphoblastischer Leukozytose oder Leukämie in der anschließenden Heilungsphase

Dieser Fall könnte eigentlich ein ganz harmloser Fall sein und hätte auch bleiben können, wenn nicht über dem 17jährigen Jungen ständig das Damoklesschwert des iatrogenen Todes geschwebt hätte. Er konsultierte mehrere Chefs von Universitäts-Kliniken. Einer aus Ulm schrieb der Mutter nach Australien (20.3.84): „.... Die Kollegen in Australien haben zur allogenen³⁶⁴ Knochenmarks-Transplantation in vollständiger dritter Remission geraten. Ich würde mich dieser Meinung anschließen, da ja leider die Aussichten, eine ebenso lange Remission zu erzielen, sehr gering, die Aussichten auf vollständige Heilung durch erneute Zytostatika-Therapie noch geringer sind ...“

Dieser erschütternde Satz eines deutschen Ordinarius gehört hier einfach mal zitiert, um zu sehen, für wie erfolglos sie selbst im Grunde jede Art von sog. Therapie halten, die ja auch eine Pseudotherapie ist. Denn die Knochenmarks-Transplantation birgt, wenn der Radiologe vorher die Knochenmarks-Stammzellen intensiv genug bestrahlt hat, null Prozent Überlebensschance. Nur wenige Prozent überstehen diese idiotische Tortur, wenn versehentlich einige Stammzellen nicht genügend bestrahlt worden sind. Vielleicht die allerschlimmste brutalmedizinische Teufelsaustreibung der Onkologenbrüder.

Nach der Neuen Medizin liest sich der Fall so:

³⁶⁴ allogen = von einem Individuum der gleichen Art stammend

L DHS:

Am 8. April 1973, fiel das damals 4jährige Kind von einer Schaukel und brach sich das linke Schulterblatt. Es wurde eingegipst. Nach 4 Monaten, als der Gips endgültig abgenommen wurde, wurde eine Lymphoblasten-Leukämie mit 88 000 Leukozyten festgestellt. Der Junge hatte einen lokalen Selbstwerteinbruch erlitten.

In der konflikt-aktiven Zeit von April bis August hatte das Kind zwar kein Gewicht abgenommen, war aber die ganze Zeit deutlich psychisch verändert, „nicht mehr fröhlich“. Nach der Konfliktlösung war es wieder normalisiert. Die schulmedizinische Zytostatika-“Therapie” überstand der Junge glücklicherweise. Das Ganze war ein typischer Selbstwerteinbruch-Konflikt mit entsprechendem Hamerschen Herd im frontalen Marklager rechts und ganz normal überschießender leukämischer Heilungsphase, nachdem der Gips abgenommen war und damit für das Kind der Konflikt gelöst war.

2. DHS:

Es ereignete sich ein weiteres DHS mit Selbstwerteinbruch-Konflikt, als der Junge 1977 nicht versetzt wurde. Auch diese längere Konfliktzeit endete, als der 8jährige Bub in der neuen Klasse endlich Tritt gefaßt hatte. Wieder setzte nach der Lösung des Konfliktes die obligate Lymphoblasten-Leukämie ein, die auch wieder genauso mit Zytostatika in der Uni-Klinik Mainz behandelt wurde. Wieder überstand der Junge diese Torturen und überlebte alle iatrogenen Foltern.

3. DHS:

Ende '82 hatte der inzwischen 13jährige Junge einen schweren Skiunfall, lag längere Zeit und laborierte dann längere Zeit an Schmerzen im Knie. Das Ganze zog sich bis Juni oder Juli '83. Danach war wieder alles in Ordnung, eigentlich! Nicht so nach Ansicht der Schulmediziner, denn im Oktober entdeckte man endlich das „Leukämie-Rezidiv“, d.h. die erneute Heilungsphase nach erneut stattgefundenem Selbstwerteinbruch-Konflikt und Lösung dieses Konfliktes. Wieder wurde der Junge, diesmal in Australien, mit Zytostatika traktiert, wieder überstand er sie. Aus dieser Zeit stammt der Brief des Ulmer Professors, aus dem ich einige Zeilen zitiert habe. Glücklicherweise befolgten die Eltern seinen Rat nicht.

4. DHS:

Im Juni '86 hatte der Patient einen Unfall mit seinem Mofa und danach eine Auseinandersetzung mit der Polizei. Er hatte Angst, den Führerschein abgenommen zu bekommen. Er empfand, wie er mir sagte, diese Gefahr als einen Selbstwerteinbruch-Konflikt, denn ohne Mofa-Führerschein sei ein

Junge überhaupt nichts wert. Und natürlich ist ein solcher Junge „unsportlich“. Deshalb sehen wir auf der Röntgenaufnahme des rechten Knies, an dem der Junge Schmerzen hat, die Osteolysen (Pfeile). Außerdem hatte er bei dem gleichen DHS einen „Angst-im-Nacken-Konflikt“ erlitten, da er fortlaufend das Damoklesschwert über sich fühlte, daß man ihm den Führerschein abnehmen werde. Wie stark der Konflikt für ihn war, zeigt am besten, daß der junge Kerl von Anfang Juni bis Mitte Juli '86 10kg an Gewicht abnahm. Die Conflictolyse kam mit dem glimpflichen Gerichtsurteil, daß er seinen Mofa-Führerschein behalten durfte, aber 10 Stunden im Altersheim arbeiten mußte.

Im September/Oktober '86 fand man wieder steigende Leukozytenzahl, erhöhte BKS, ein geschwollenes Knie rechts und im Differentialblutbild stark vermehrte Lymphozytose. Wieder sollte die Zytostatika-Folter losgehen. Diesmal aber kamen die Eltern zu mir und ließen sich über den ganzen Unsinn aufklären. Der Junge war noch eine Zeitlang müde, aber dann ging es ihm wieder so gut wie zuvor.

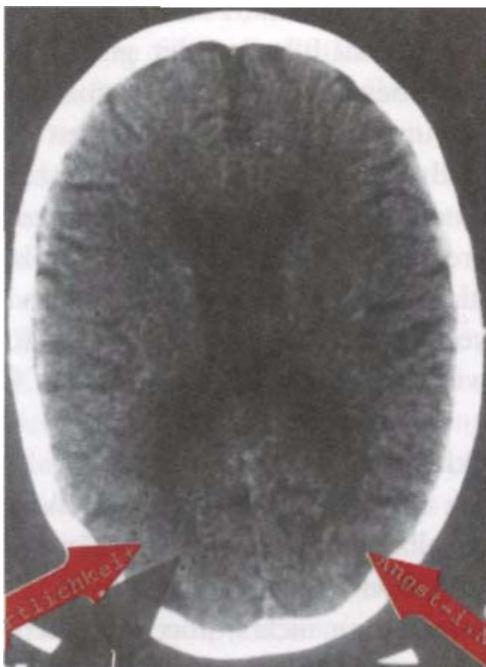
So wie diese letzte leukämische Heilungsphase ohne Komplikationen zu überstehen war, so hätten alle vorhergehenden ohne Zytostatika verlaufen können. Dazu bedarf es nur ein wenig Achtsamkeit gegenüber möglichen Komplikationen. Aber wenn man überlegt, daß der Junge ja schon längst knochenmarksbestrahlt gehört hätte, also praktisch euthanasiert³⁶⁵ - was der Professor mit seinem eigenen Kind mit Sicherheit nicht machen lassen würde -, und wenn man dagegen diesen vor Gesundheit strotzenden jungen Burschen vor sich sieht, dann kann einem schon ganz anders werden.

Wie wir aus den oben zitierten Zeilen sehen, spielt es ja auch für die Schulmediziner überhaupt keine Rolle, welche Art von Leukämie es nun ist. Wenn ihre Kunst am Ende ist, und das ist sie früher oder später ja immer, da sie sich für die psychischen Vorgänge in einem Menschen nicht interessieren, dann raten sie immer zur Knochenmarks-Transplantation. Denn die Lymphoblasten-Leukämie gilt unter den akuten Leukämien prognostisch noch als die bei weitem günstigste. Wenn also sogar da schon zur „ultima ratio“ geraten wird, zum letzten Mittel, dann sieht man doch daran, für wie sinnlos sie alle im Grunde ihre eigene Therapie halten, die sie gleichwohl lauthals überall anpreisen.

Gut wird hier deutlich, wie alles umgekehrt ist: Die Heilungsphase wird jeweils als neues „Rezidiv“ benannt, die eigentliche Erkrankung und Knochenmarks-Depression, die vorausgegangen ist, interessiert nicht. Die sog.

³⁶⁵ Euthanasie = Sterbehilfe

moderne Medizin ist nichts als eine einzige „Symptom-Doktorei!“ Jeden Urwald-Medizinmann muß es vor so viel arroganter Blindheit des Denkens schaudern.



Oedematisiertes occipitales Marklager als Ausdruck des in Lösung befindlichen Unsportlichkeits- (linker Pfeil) und Angst-im-Nacken-Konfliktes (rechter Pfeil).



Auf dem Röntgenbild rechts Tibiakopf-Osteolysen als Ausdruck des Unsportlichkeits-Selbstwert-Konfliktes.

21.9.22 Akute Lymphoblasten-Leukämie wegen 3 Selbstwerteinbruch-Konflikten:

1. Selbstwerteinbruch-Konflikt, Schreckangst- und sexueller Konflikt mit 10 Jahren
2. Patientin bleibt mit 15 in der Schule sitzen, obgleich Mutter Direktorin einer Oberschule ist.
3. Patientin wird aus einer 4 x 1000-m-Leichtathletik-Staffel für Mädchen ausgeschlossen.

Zusätzlich: Angst-im-Nacken-Konflikt und seit 1981 Epilepsie.

Dieses linkshändige Mädchen starb mit fast 16 Jahren. Sicher, sie hätte nicht sterben dürfen, wenn alle mitgespielt hätten und vor allem die Neue Medizin verstanden hätten. Sie starb durch eine „Panne“, weil die Krankenschwester, die an ihrem Bett wachen sollte, eingeschlafen war. Als sie

schließlich wieder aufwachte, war das Mädchen tot. Aber das soll keine Anklage sein. Solche Unglücksfälle werden immer wieder passieren.

Ihr werdet sehen, wie schwer solche Fälle - derzeit noch - zu behandeln sind, wenn ein Kind, das von allen Seiten gesagt bekommt, es habe keinerlei Chancen zu überleben, darauf vertrauen soll, daß alles wieder gut wird. Denn nur so kann ein Kind ja sein Selbstwertbewußtsein wieder aufbauen. Hat es aber schließlich die Lösung gefunden und klammert sich ganz fest an die Hoffnung, dann wird es sehr müde und schlapp. Dann schreien - zur Zeit - noch alle Ärzte, jetzt habe das Kind noch weniger als null% Chancen, zu überleben! Und dieses dauernde Gezerre zwischen Hoffnung und Panik, das hält kaum ein Kind in diesem Alter aus, wo es noch zu wenig klug und zu unselbstständig ist, die Sache selbst zu verstehen, und zugleich zu kritisch, um die Sache blind glauben zu können, wie ein Kind es noch von 8 oder 9 Jahren kann.

Meistens haben diese „Kinder“ oder „kleinen Erwachsenen“ so um 15 oder 16 Jahren schon eine Odyssee durch alle Foltermühlen dieser Welt hinter sich und sind so empfindsam und selbstwertlabil, daß der kleinste Streit oder Unstimmigkeit in der Familie sie schon wieder umhauen kann.

Diesem Mädchen fehlte es eigentlich materiell an nichts, aber die Eltern waren geschieden. Es wohnte bei der Mutter, hatte 3 Geschwister. Die Mutter war meistens weg, denn sie war Direktorin eines Mädchengymnasiums. Dieses Vakuum füllten die Großeltern aus, ganz besonders der Großvater, den das Mädchen heiß und innig liebte.

Als der Großvater erst 49jährig 1980 starb - das (linkshändige) Mädchen war damals 10 Jahre alt - brach für dieses Mädchen die Welt zusammen. Sie erlitt ein DHS mit Schreckangst- und sexuellem Konflikt, einen Selbstwerteinbruch-Konflikt und einen motorischen Konflikt, den Großvater nicht in der Umarmung festhalten zu können, wie man im Hirn-CT sehen kann. Da das Mädchen ja praktisch ohne Vater aufgewachsen war und der noch junge Großvater wirklich eine imposante Persönlichkeit war, war es auf seine unschuldige Weise in ihren Großvater verliebt. Es träumte viele Monate jede Nacht vom Großvater, war verändert, hatte eine *Depression*. Dies führte man in ihrer Umgebung darauf zurück, daß sie so am Großvater gehangen habe. In Wirklichkeit war es Ausdruck des sexuellen Konfliktes bei einer Linkshänderin. Wann der Konflikt gelöst wurde, wissen wir nicht genau, die Mutter meint, nach etwa 8 bis 10 Monaten sei sie nicht mehr so traurig gewesen. 2 Monate später erlitt sie ihren ersten epileptischen Anfall, als sie wieder vom Großvater geträumt hatte. Ein 2. Anfall folgte, dann kam

2 Jahre kein Anfall. Sie hatte auch keine Depression mehr. Mit 11 Jahren bekam sie ihre Menarche³⁶⁶ und war regelmäßig menstruiert.

Als sie 13 war, hatte sie eine sehr starke Auseinandersetzung mit einer Lehrerin, was einen erneuten Selbstwerteinbruch-Konflikt bewirkt haben dürfte. In Gedanken flüchtete sie, wie die Mutter berichtete, nach solchen Zusammenstößen stets in Gedanken zum Großvater und träumte vom Glück ihrer Kindheit, das sie bei den Großeltern erlebt hatte. In diesen nächsten 2 Jahren '83/'84 hatte sie etwa 20 epileptische Krisen oder Anfälle. Stets hatte sie vorher vom Großvater geträumt. Zwischen '84 und '85 hatte sie nur 1 epileptische Krise.

Das nächste DHS im Juni '85 war ein Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch und in diesem Zusammenhang ein Ohnmächtigkeits-Konflikt, wegen Linkshändigkeit mit einem Herd cerebral rechts frontal. In der pcl-Phase mit Kiemenbogengangs-Zysten am Hals. Kaum einer der klugen Psychologen wird mir glauben, was ich jetzt berichte, und doch ist es wahr, denn das Mädchen hat es mir selbst gesagt:

Im Mai '85 sagte man ihr, die eine gute 1000m-Läuferin war, sie laufe mit in der Mädchenstaffel über 4 x 1000 m für ihre Region bei den französischen Jugendsportkämpfen. Kurz vor Beginn dieser Sportwettkämpfe bekam sie Ende Mai gesagt, sie sei doch nicht aufgestellt. Sie sagt, es sei viel schlimmer gewesen als die Mitteilung, die sie 14 Tage später auch noch bekam, sie sei sitzengeblieben (obwohl die Mutter Direktorin der Schule war!). Ich nehme an, daß es ein weiteres DHS innerhalb der konflikt-aktiven Zeit des Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch-Konfliktes war. Als sie jedenfalls 4 Wochen später bei der Großmutter in den großen Ferien war, auf „ihrem Terrain“, und die Mutter sie besuchen kam, redete sie sich ihren ganzen Zorn von der Seele und hatte mit der Mutter eine lautstarke Auseinandersetzung. Das war aber für sie nicht nur kein Konflikt, sondern das war für sie eine Art Befreiung. Von da ab war ihr wohler. Denn sie machte für beide Fehlschläge die Mutter (Direktorin) mindestens mitverantwortlich.

Dieses Sich-von-der-Seele-Reden war für sie die Lösung des Selbstwert-Konfliktes. Wir können das deshalb genau datieren, weil sie von Anfang Mai bis Mitte Juli kaum gegessen hat, von da ab aber besten Appetit hatte und an Gewicht zunahm. Als sie aber mit dem Vater, der nach der Mutter bei den Großeltern Urlaub machte, Ende Juli wie gewöhnlich am Strand Laufen trainieren wollte, konnte sie nicht. Der Vater sagte: „Was ist denn mit dir los, du hast ja gar keine Kondition, bist müde und schlapp, dabei

³⁶⁶ Menarche = Zeitpunkt des ersten Auftretens der Menstruation

hättest du doch erst vorigen Monat in der Auswahl 1000 m Staffel laufen sollen!?"

Im August '85 schwollen die Kiemenbogengangs-Zysten am Hals beiderseits an, ein gutes Zeichen, daß die Heilung des Ohnmächtigkeits-Konfliktes im Gange war. Man ließ beim Arzt ein Blutbild machen: Alles in Ordnung. Es war genau noch in der Zeit vor dem Leukozyten-Anstieg gewesen, denn im September stiegen die Leukozyten dann (bei der Kontrolle) rasch auf über 100.000 an, Zeichen der Lösung ihres Sportlichkeits-Selbstwerteinbruches.

Hätte man nur diese unglückselige Kontrolle nicht gemacht, dann wäre *gar nichts passiert!* So aber galt das Mädchen, obgleich es sich außer der Müdigkeit sehr gut fühlte und an Gewicht zunahm, als Leukämie-Patientin. Von da ab kam sie ohne Barmherzigkeit in die grausame Mühle der Brutalmedizin! Der Teufelskreis begann:

Von der ersten Diagnose- und Prognose-Eröffnung an bekam das Mädchen einen Angst-im-Nacken-Konflikt. Daneben lief aber weiter die Selbstwertkonflikt-Heilungsphase und daneben immer - die Chemo! In dieser grausamen Folter von Ängsten, Hoffnungen, Pessimaprognosen, Chemo-Haarausfall mit neuem Selbstwerteinbruch-Konflikt, wieder neuer Hoffnung, sogar Versetzung im März '86 und immer wieder neuem Leukozyten-Anstieg, der wiederum von noch aggressiverer Chemo gefolgt wurde und beginnender Erblindung durch den Angst-im-Nacken-Konflikt!

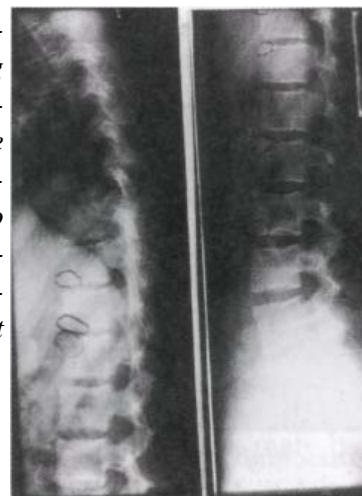
Am 21.6.86 stellen die Ärzte die Mutter vor die Alternative, das Mädchen entweder mit nach Hause zu nehmen oder ihr Einverständnis zu geben, daß das Mädchen mit Morphin eingeschläfert wird. Man hatte die Thrombozyten mit aggressivster Chemo schließlich auf Null herunter-"therapiert"! Die Mutter nahm es mit nach Hause. Da schöpfe das Mädchen noch einmal Hoffnung - einen Tag später starb es, wie ich berichtet habe.

Gäbe es doch nur ein paar ehrliche Menschen auf dieser Welt, die mir helfen würden, daß solche Kinder nicht länger unter dieser sinnlosen und arroganten Brutalmedizin zu sterben brauchten, die endlich helfen würden, daß dieser menschenverachtende Boykott der Neuen Medizin aufhört!

Wir sehen hier die verschiedenen „Einschläge“ des SWE auf organischer Ebene: Osteolysen links im Beckenbereich als Folgen der „Nichtversetzung“ (Patientin: „Die Schweine!“), entsprechend einem Selbstwerteinbruch -Konflikt unter der Gürtellinie. Der Unsportlichkeits-Selbstwerteinbruch, der hauptverantwortlich für die leukämische Heilungsphase gewesen sein dürfte, drückt sich stets in Osteolyseherden des Oberschenkelknochens oder des Schien- oder Wadenbeins aus. Wir sehen links die Osteolysen beider Trochantermassive³⁶⁷



Nebenstehend sehen wir eine bisher als sog. Scheuermannsche Erkrankung angesehene Veränderung der Brust- und Lendenwirbelkörper mit Kantenabsprengungen und Schmorlschen Knötzchen. Beide Krankheiten sind keine eigenständigen Erkrankungen, sondern nur Syndrome, werden auch oft so bezeichnet. Es sind immer zentrale Selbstwerteinbrüche, in diesem Fall dürfte der Tod des Großvaters und seine Folgen diese Veränderungen bewirkt haben, denn sie sind nicht mehr frisch



³⁶⁷ Trochanter = Rollhügel, Knochenvorsprung am Oberschenkelknochen

Auf den Hirn-CTs rechts periinsulär der große Schreckangst- und sexuelle Konflikt (Verlust des Großvaters) wegen Linkshändigkeit rechts-cerebral. Occipital sehen wir die Marklager-Oedeme und Angst-im-Nacken-Konflikt, die sich in der Wirkung hinsichtlich Funktionsbeeinträchtigung des Sehvermögens während der Heilungsphase auf eine tragisch folgenschwere Weise potenziert haben.

Es ist so schwer, einem so jungen Mädchen, das zu dem Zeitpunkt kaum noch etwas sehen kann, zu sagen, das sei eigentlich ein gutes Zeichen der Heilung, während alle anderen Ärzte ihr sagen, das sei der Beginn des Sterbens. Natürlich, solange ja die Psyche angeblich keinerlei Einfluß auf diese Geschehnisse hatte, sondern dies alles eine autonome Sache der Zellen gewesen sein sollte, war jede Brutalität erlaubt. Wenn aber jeder vermeintlich objektive Befund im Grunde nur ein Spiegelbild der Seele und des Computers Gehirn darstellt, dann hat man jahrzehntelang die Menschen regelrecht umgebracht, wenn man sie mit Brutalprognosen konfrontiert hat, die ihre scheinbare Bestätigung erst durch die Auswirkung dieser Brutalität bekamen.



Auf dieser Aufnahme des mittleren bis unteren Bereichs der Oberschenkelknochen sehen wir auch hier eine deutliche Entkalzung beiderseits kurz oberhalb der Knie. Wenn man diese Bilder sieht, muß man dem Mädchen einfach jedes Wort glauben, daß der übrigens völlig willkürliche Ausschluß aus der 4 x 1000m-Staffel für sie ein solch furchtbarer Selbstwerteinbruch bedeutet hat.

Ich muß das noch mal sagen: Es ist nicht von Bedeutung, wie wir oder irgendwer ein solches Ereignis bewerten, einzig und allein nur zählt, was es diesem Mädchen in diesem Augenblick bedeutet hat. Und sie versicherte immer wieder, dies sei mit Abstand das schlimmste (in dieser Zeit) gewesen! Und nach dem Hirn-CT und dem Knochenbefund haben wir keinen Grund, diese Beteuerung in Zweifel zu ziehen.

21.9.23 Diagnose „Ewing-Sarkom“

In diesem Fall finden wir:

Einen Sportlichkeits-Selbstwerteinbruch mit nachfolgender Heilungsphase. Eine bombastische schulmedizinische Diagnose: „Ewing-Sarkom“ mit Leukämie, Indikation zur sofortigen Amputation des linken Beins, Chemo, Be-

Strahlung, Überlebensrate bei dieser panikmachenden Pseudotherapie: unter 5%.

Notwendige Therapie: Gar keine - „nur“ Freihalten von Panik!!!

Außerdem haben wir als CCT-Nebenbefund: einen Revier-Konflikt in Lösung. Klinische Symptome waren: Rasch wechselnde Pulsfrequenz in der Heilungsphase durch Oedem im rechten periinsulären Bereich.

Ein 17jähriger sportlicher junger Holländer, Abiturient, bekam Schmerzen in der seitlichen linken Wade. Er ging zum Hausarzt, der überwies zum Radiologen. Der sah - eine Osteolyse im oberen Wadenbein.

Radiologe zum Patienten: „Schick bitte sofort deine Mutter, ich muß sie dringend sprechen - aber ohne Dich.“

Junge (geschockt): „Ist es so schlimm, daß Sie mir das nicht sagen können, was Sie da sehen?“

Radiologe: „Es ist besser, ich rufe sofort Euren Hausarzt an, und Deine Eltern sollen dann sofort zum Hausarzt gehen.“

Man ging gemeinsam zum Hausarzt. Der meinte ganz bestürzt: „Oh Gott, das ist ja furchtbar, *Ewing-Sarkom*, ganz gefährlicher, sehr schnell wachsender Knochentumor. Da ist Eile notwendig. Ich muß ihn sofort nach Amsterdam in die Spezialklinik überweisen.“

Das war schon der 2. Schock, und was für einer!

Einen Tag vor der Biopsie³⁶⁸ in der Amsterdamer Uni-Klinik schlich der Onkel des Jungen, selbst Arzt, zu mir und fragte: „Was kann man bei Ewing-Sarkom machen?“

Meine Antwort: „Sich freuen, daß der Konflikt gelöst ist!“

Frage: „Ja, ist das Ihr Ernst?“

Antwort: „Mein voller Ernst, ich pflege mit solchen Dingen keine Scherze zu machen!“

„Mein Neffe hat ein Ewing-Sarkom am linken Wadenbein. Die Ärzte haben meiner Schwester gesagt - und ich hab's in den Büchern nachgelesen: 5% Überlebenschance, wenn überhaupt.“

„Das stimmt auch, wenn man die Panikbehandlung der sog. Schulmedizin anwendet. Ansonsten ist die Überlebenschance praktisch 100%.“

„Nicht zu fassen! Ich kenne Ihr Buch so halbwegs, was müßte der Junge nach Ihrer Ansicht für einen Konflikt gehabt haben?“

³⁶⁸ Biopsie = Entnahme einer Gewebeprobe am Lebenden durch Punktion mit einer Hohlnadel

„Einen Sportlichkeits-Selbstwerteinbruch.“

„Wie, sind Sie da sicher? Ich hatte nach Ihrem Buch schon mit den Eltern überlegt, ob er ein gestörtes Stiefvater/Stiefsohn-Verhältnis hätte und dadurch einen Selbstwertkomplex oder so.“

„Nein, der Junge scheint ja eine Knochen-Osteolyse im Wadenbein zu haben, und wenn man so etwas hat, hat man immer einen Sportlichkeits-Selbstwerteinbruch.“

„Aber der Junge ist doch sportlich, trainiert viel, soviel ich weiß, das kann es nicht sein.“

„Ich könnte eine Wette darauf abschließen, es könnte nicht nur doch so sein, sondern es ist mit Sicherheit so, weil es immer so ist. Spielt der Junge in einer Mannschaft?“

„Ja, ich glaube, er spielt Volleyball, und ich glaube, er spielt gut.“

„Dann ist er wahrscheinlich aus der Mannschaft herausgeflogen oder mußte auf der Reservebank sitzen.“

„Das ist ja interessant, das muß ich mal sofort nachprüfen.“

Der Doktor fuhr nach Holland. Die sog. Punktions war angeblich nicht mehr zu verhindern gewesen, obwohl ich dringend davon abgeraten hatte. Der Doktor besuchte den Jungen also im Uni-Krankenhaus zusammen mit dessen Eltern, d.h. der Mutter und dem Stiefvater. Als erstes stellte er fest, daß die „Punktions“ ein 5 bis 6 cm langer Schnitt war, also das Periost des Wadenbeins bereits eröffnet worden war, wovor ich besonders gewarnt hatte. Er stellte fest, daß der Junge bereits in Panik war, weil man ihm so schlimme Prognosen gestellt hatte.

Er befragte den Jungen nach seinem Konflikt und stellte zu seinem Erstaunen fest, daß der Junge ihm sagte, er habe mit dem Stiefvater keinen Konflikt (was man vermutet hatte), auch sonst keinen Selbstwerteinbruch, nur einen im Sport, weil man ihn aus der Volleyballmannschaft auf die Reservebank gesetzt habe. Der Onkel fragte weiter und meinte, der Doktor in Köln habe gemeint, der Konflikt müsse gelöst sein, sonst hätte er keine Schmerzen bekommen. „Ja“, meinte der Junge, „Mitte/Ende März habe ich mich entschlossen zu schwimmen, weil ich einen 1000-m-Schwimmkampf gewonnen habe.“

Kurze Zeit danach hatten die Schmerzen eingesetzt. Der Doktor war baff. Er ging nun daran, dem Jungen, der gut Deutsch verstand, die Neue Medizin zu erklären und sagte ihm, es sei alles ganz genau so, wie der Doktor in Köln das gesagt hätte. Deshalb sei anzunehmen, daß auch der Rest stimme. Denn der habe noch gesagt, das sei eine völlig harmlose Sache, die Osteolyse müsse längst wieder am Abklingen und Verkalken sein, was man auch im

Gehirn sehen könne. Der Junge schien es auch verstanden zu haben, und der Doktor hatte das Gefühl, daß er wieder Mut faßte.

Da ging die Tür des Krankensaals auf, und herein kam der Stationsarzt. Er kam an das Krankenbett des Jungen, blieb stehen und sagte. „Ja, da müssen wir jetzt wohl in den nächsten Tagen das linke Bein abnehmen, denn es sind doch die Metastasen-Zellen jetzt aus dem Knochen schon ins Gewebe gelaufen“, (er meinte einen Bluterguß, den der Junge nach der Operation bekommen hatte“), „und dann müssen wir mal in der Lunge nachsehen, ob da nicht auch schon Metastasen hingewandert sind. Vielleicht müssen wir auch an der Lunge noch ein Stück wegschneiden. Und dann beginnen wir sofort mit der Bestrahlung und Zytostatika-Behandlung. Aber immerhin gibt es 5% Fälle, die günstig ausgehen.“

Der Doktor aus Köln sah mit an, wie sich das Gesicht des Jungen bei dieser brutalen Eröffnung der vermeintlichen Prognose verfärbte. Er wurde aschfahl und erlitt einen DHS-Todesangstkonflikt.

Der Stationsarzt hatte gesprochen, war froh, daß er es losgeworden war, drehte sich um und ging zur Tür hinaus. Die ganze Familie und auch der Kölner Doktor saßen wie versteinert dabei.

„Herr Hamer, ich habe es bei der Lektüre Ihres Buches nicht mehr so recht gewußt, obwohl ich es auch oft so ähnlich erlebt habe. Aber das dort war genauso, wie Sie es beschrieben haben: grausam, brutal, erbarmungslos! Die Psyche existiert für diese Art Ärzte überhaupt nicht. Es geht nur um irgendwelche wild gewordenen Zellen und deren mechanische Beseitigung. Mich hat es gegraust, so rasch die Probe aufs Exempel zu erleben.“

Mit vereinten Kräften ging man daran, den Jungen wiederaufzurichten. 2 Tage später sah ich den Jungen in der Wohnung des Arztes in Köln wieder. Wenige Stunden vorher war er bei einem hiesigen Orthopäden gewesen, der, als er Ewing-Sarkom hörte, sofort Klinikeinweisung die verfügen wollte. Später meinte er, es könne gar kein Ewing-Sarkom sein. Der Junge hatte schon wieder den nächsten Schock weg. Als ich ihn sah, fragte ich ihn:
„Sag mal, Boris, du mußt aber doch damals, als du auf die Reservebank geraten bist, einen Streit oder so etwas Ähnliches gehabt haben?“

B.: „Ja, einen ganz furchtbaren Streit mit dem Trainer!“

Mutter von B.: „Aber du hast uns davon ja bis heute nichts erzählt! Warum hast du denn davon nie gesprochen?“

B.: „Ach, ich hab mich geniert. Ich fühlte mich unsportlich, degradiert, und darüber mochte ich nicht sprechen.“

Ich: „Boris, daß du plötzlich nach dem Streit mit dem Trainer oder wegen des Streits mit dem Trainer nicht mehr spielen durftest, war ein Selbstwer-

teinbruch sportlicher Art oder ein Sportlichkeits-Selbstwerteinbruch. Aber nach dem Computertomogramm, was ihr heute habt machen lassen, ist die Schwellung des Marklagers und der sog. Hamersche Herd gut zu sehen (rechts occipital) aber man sieht auch noch einen in Lösung befindlichen Revier-Konflikt rechts periinsulär. Hast du diesen Konfliktschock auch als Revier-Konflikt empfunden?"

Boris: „Ja, genau, mein Platz in der Mannschaft war weg. Es war so wichtig für mich gewesen, weil ich mich sehr lange auf diese Meisterrunde, die letzte als Jugendlicher, gefreut hatte. Nun war alles weg!"

Ich: „Und wodurch löste sich die Sache? Du hast einen Schwimmkampf gewonnen?"

Boris: „Das auch, aber eigentlich war Ende März die Meisterschaft zu Ende, die Mannschaftskameraden und ich waren für die nächste Jugendmeisterschaft zu alt, die Sache war kein Thema mehr!"

„Also hat der Konflikt genau 6 bis 8 Wochen gedauert?"

Boris: „Ja, ziemlich genau, denn Anfang Februar war der Streit mit dem Trainer."

Nachzutragen ist noch, daß Boris natürlich auch eine Leukämie gehabt hatte (15.000 bis 20.000 Leukos), die man aber als „Verdacht auf Halsentzündung oder Bronchitis" aufgefaßt hatte, was sie natürlich nicht war, sondern ein Hämatopoese-Schub des Knochenmarks!

Außerdem war den Ärzten aufgefallen, daß er eine starke Sinusarrhythmie³⁶⁹ des Herzens hatte, der Puls sprang fortwährend zwischen 60/Minuten und 90/Minuten hin und her. Dafür hatte niemand eine Erklärung. Nach dem Hirn-CT ist es aber notwendigerweise so, denn Boris hatte, ob man es nun so nennen mag oder nicht, einen abortiven kleinen Herzinfarkt.

Übrigens ist das sog. „Ewing-Sarkom" nichts anderes als eine ganz normale Osteolyse bzw. Knochenkrebs bei Selbstwerteinbruch. Das Röntgenbild des „Ewing-Sarkoms" kommt dadurch zustande, daß es sich meist in solchen Fällen nicht um einen einmaligen Selbstwerteinbruch handelt wie bei dem Jungen, sondern um einen Selbstwerteinbruch mit mehreren Rezidiven. Dann sind Osteolysen und Rekalzifikationen nebeneinander zu sehen, die beim Röntgen das typische unruhige Bild machen.

Das histologische Ergebnis der Pathologen lautete übrigens: „Vor lauter Kalk ist nichts zu sehen." Man hätte auch sagen können: Vor lauter Callus ist nichts zu sehen! Man sagte den Eltern, man wolle jetzt durch ein beson-

³⁶⁹ Sinusarrhythmie = unregelmäßige Schlagfolge des Herzens infolge unregelmäßiger Reizbildung des Sinusknotens

deres Verfahren die Zellen erst entkalken, um dann festzustellen, ob sie bösartig seien! So ein kompletter Unsinn! Dabei wissen alle Pathologen längst, daß man „normalen Callus“ von angeblich „bösartigem Callus“ überhaupt histologisch nicht unterscheiden kann, weil es schlicht das gleiche ist, weshalb die meisten Histopathologen das Attribut „bösartig“ heute praktisch einzige und allein nach dem Röntgenbild stellen, wovon sie nichts verstehen. Es gibt nämlich gar keinen Unterschied, weil es gar keinen „bösartigen Callus“ gibt. Es gibt allenfalls übermäßigen Callus, wie es übermäßige Narben („Narben-Keloid“) gibt. Dieser übermäßige Callus ist eine ganz und gar harmlose Wucherung ohne Krankheitswert, allenfalls mechanisch hinderlich und vielleicht deshalb korrekturbedürftig. Aber mit krankhaft hat das nichts mehr zu tun.

Die Sache könnte eigentlich für Boris zu Ende sein. Ich sagte ihm, er solle es als bösen Traum auffassen und versuchen, so zu leben wie vorher. Ob ihm das gelingt, wußte ich nicht, wußte nicht einmal der Onkel. Denn in Holland würde wieder die ganze Maschinerie der Schulmedizin über ihn herfallen und ihm mit baldigem Tod drohen, falls er nicht alles das machen ließe, was man eigentlich vorgesehen hatte. Ob seine Eltern und er diesem Trommelfeuer werden standhalten können, konnte ich nicht sagen. Die Neue Medizin ist leider nicht nur ein „Erfolgsrezept“, sondern sie ist auch absolut eisern, wenn man den Patienten wieder in Panik bringt, womöglich in Todesangst-Panik ...

Während der ersten Drucklegung dieses Buches erreichte mich eine Hiobsbotschaft, als ich bei dem Doktor in Köln vorbeiging, um nachzufragen, wie es dem holländischen jungen Patienten gehe.

„Ja, man hat das Bein abgenommen“, sagte er lakonisch.

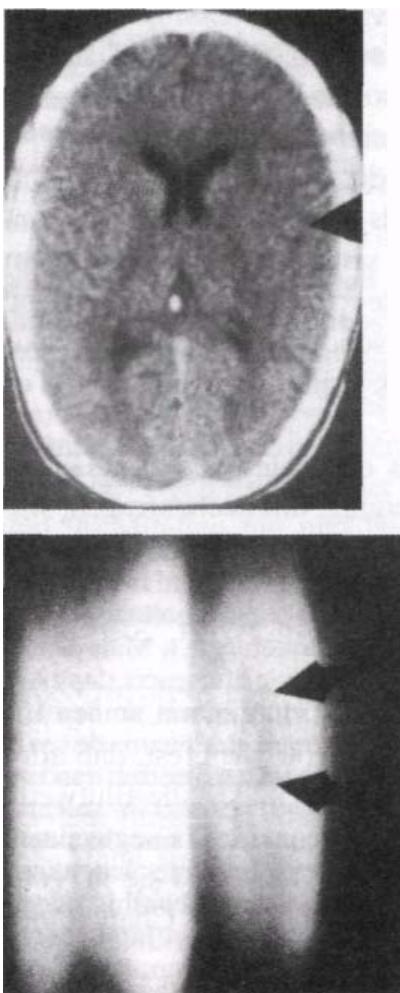
„Aber das kann doch nicht wahr sein“, fiel ich ihm ins Wort, „der Junge müßte schon längst wieder gesund sein!“

„War er auch“, sagte der Doktor, „aber eines Tages ging er mit seinen Eltern nochmals zur Kontrolle in die Uni-Klinik. Da stellte man fest, daß alles normalisiert war, das Wadenbein war wieder völlig verkalkt, alle Blutwerte vollständig normalisiert, einschließlich der Leukozytenzahl. Da sagte ihnen ein ganzes Kollegium von Ärzten und Psychologen: 'Jetzt sind sie in Vollremission, wer weiß, wie lange noch! Jetzt ist die günstigste Chance, das Bein abzunehmen, solange die Vollremission andauert!'“

Der arme Junge ließ sich von den Ignoranten bequatschen, obwohl er sah, daß es ihm optimal ging und er keinerlei Beschwerden hatte, auch alle Befunde vollständig normal waren. Er ließ sich - als vollständig Gesunder - das Bein amputieren! Als er aus der Narkose aufgewacht sei und gefühlt

habe, daß das Bein amputiert war, habe er gesagt: „Gott sei Dank, jetzt ist das ewige Hinundhergezere endlich vorbei! Jetzt habe ich meine Ruhe!"

Ich konnte nur noch stammeln: „Und Sie haben das nicht verhindert?" „Wie konnte ich das verhindern, das mußte er doch selbst entscheiden." Ich machte mich rasch davon, um mir meine ganze Wut und meinen Ekel vor so viel Zynismus dieser Brutal- und Primitiv-Medizin von der Seele zu heulen. Keiner dieser Ärzte hätte seinen eigenen Jungen bei bester Gesundheit beinamputiert! So etwas machen sie nur - dogmatikhälber - bei fremden Menschen. Es wird wirklich Zeit, daß dieser Art von sog. Ärzten und Psychologen ein für allemal das Handwerk gelegt wird. Es hat niemals auf der Welt so dumme Ärzte gegeben wie heute!



eben dem Sportlichkeits-Selbstwerteinbruch erlitt er Patient ja mit gleichem DHS auch einen Reiter-Konflikt, denn sein Platz war weg, von einem anderen besetzt, man könnte auch sagen: Sein evier war verloren. Folgerichtig sieht man rechts parietsulär einen HH (Pfeil). Die holländischen Ärzte wunderten sich darüber, daß der Junge eine seltsame Art von Sinusarrhythmie hatte: der Puls sprang fortlaufend unvermittelt um 20 bis 30 Schläge Unterschied hin und her. Der Junge hatte ganz eindeutig einen abortiven Herzinfarkt! Die Pfeile weisen auf den Osteolyse-Herd („Ewing-Sarkom“) im linken Wadenbein. Das ganze Wadenbein ist auf dieser Strecke verdickt. Trotzdem sieht man noch zwischen Schienbein und Wadenbein (Strichelung) eine diskrete Abhebung des Periost, Zeichen für das vorhandene Ödem. Diese Dehnung des Periost, das sehr schmerzempfindlich ist, macht die Knochenschmerzen in der Heilungsphase nach Knochenkrebs. Selbstverständlich hatte der Junge auch in dieser Phase seine Leukozytose von 15.000 bis 20.000 Leukozyten, die aber als zufälliger „Infekt“ fehlgedeutet wurde.

Rechts occipital im Marklager ist der den Osteolysen zugehörige HH deutlich zu sehen. Das gesamte Marklager ist deutlich dunkler als gewöhnlich, Zeichen dafür, daß es zwar an einer Stelle „eingeschlagen“ hat aber das gesamte Selbstwertbewußtsein etwas in Mitleidenschaft gezogen war, wie es bei Jugendlichen die Regel ist und wie es auch gut verständlich ist. Das Selbstwertbewußtsein baut sich jeder Mensch nach seinem Vermögen und nach seinem Spezialgebiet auf, ein 17jähriger Gymnasiast z.B. eben auf dem Gebiet des Sports.



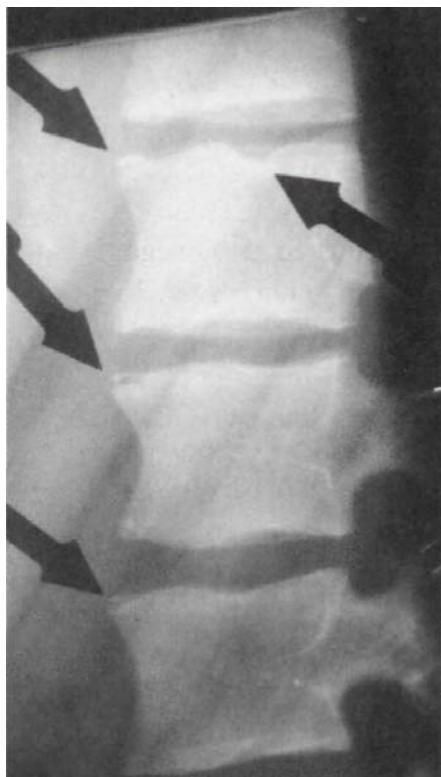
21.9.24 Selbstwerteinbruch-Konflikt und Selbstmordversuch nach Durchfall im Baccalaureat-Examen mit 16 Jahren

Von diesem 17jährigen Schüler aus Frankreich, der eine akute Lymphoblasten-Leukämie hat, wissen wir nicht sehr viel. Der Fall stammt von einem französischen Arzt, der den Jungen betreut. Der Vater dieses Jungen ist Lehrer, und sein Sohn wollte immer so werden wie der Vater. Als er nun mit 16 Jahren durch das Baccalaureat (mittl. Reife) durchfiel, erlitt er ein DHS mit Selbstwert-Konflikt und Angst-im-Nacken-Konflikt. Die Welt schien zusammenzubrechen. Der Junge machte einen Suizidversuch. Aber in Frankreich haben die großen Ferien, die länger dauern als bei uns, in solchen Fällen oftmals eine heilsame Wirkung. Sie schaffen erst einmal Abstand. So auch hier:

Im Oktober, als das neue Schuljahr begann und er bemerkte, daß die Welt ja doch noch nicht zusammengebrochen war, war alles wieder im Lot, der Konflikt löste sich. Der Junge wurde jetzt sehr müde, hatte jedoch guten Appetit, schlief gut, hatte aber Sehschwierigkeiten mit dem linken Auge.

Im November fanden die Ärzte der Uni-Klinik in seinem Distrikt eine Leukämie. Auf Bitten eines französischen Arztes, der auch nach der Neuen Medizin arbeitet, wurden vorangehende Röntgenaufnahmen und Hirn-CT-Bilder angefertigt.

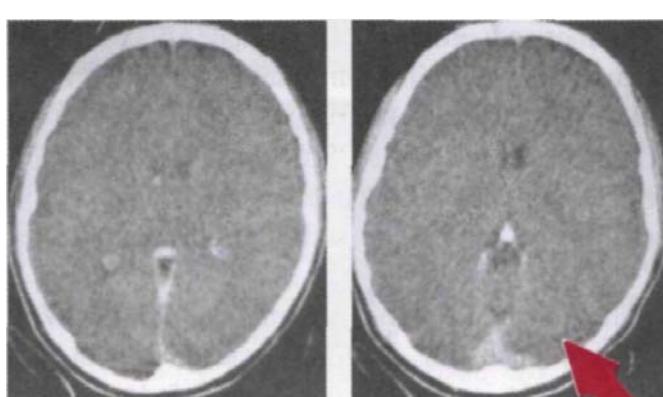
Auf diesen beiden Bildern sieht man Osteolysen occipital und frontal.



In der Lendenwirbelsäule finden sich Kantenabsprengungen im Sinne eines Scheuermann -Syndroms.

Calotten-Osteolysen: Intellektueller SWE.

WS-Osteolysen: SWE der zentralen Säule des Selbstwerts.



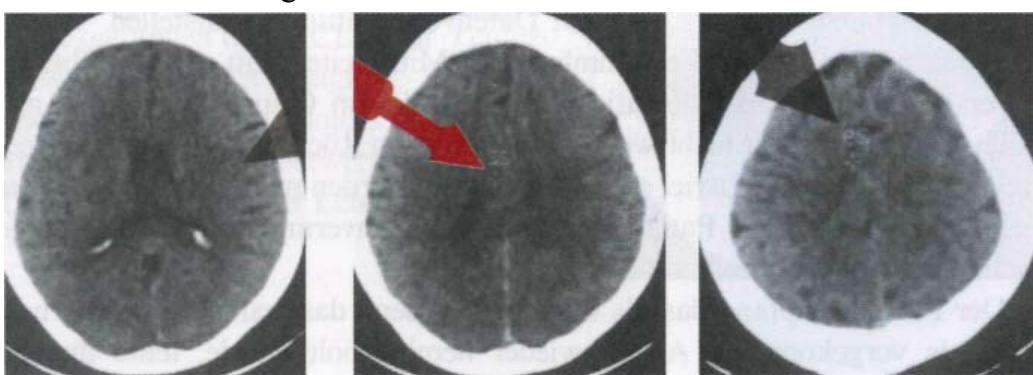
Viel interessanter aber ist an den Hirn-CT-Bildern, die technisch ungenügend sind, daß die Seitenventrikel vollständig komprimiert sind, ein Zeichen, welch gleichmäßiger Druck von beiden Marklagern her besteht. So sieht eine typisch kindliche oder infantile Leukämie im Gehirn aus! Die Bilder sind deshalb trotz allem sehenswert. Rechts occipital sehen wir im mittleren Bild den Pfeil auf das Angst-im-Nacken-Relais bzw. die rechte Sehrinde weisen. Alle Konflikte sind gelöst. Solch ein Fall dürfte eigentlich keine Schwierigkeiten machen, wenn man ihn konsequent nach der Neuen Medizin behandelt.

21.9.25 Chronische myeloische Leukämie bei „grüner Witwe“

Nicht für jeden Menschen hat das Leben eine spannende Lebensgeschichte bereit. Und wenn man fragt, wünschen sich alle das „Glück der Beschaulichkeit“, wenn sie es aber haben, wünschen sie sich ganz was anderes.

Dieser Fall einer chronischen Leukämie meist nur bis 20.000 Leukozyten pro mm² und bald wieder normalisiert - das seit Jahren - handelt von einer sog. „grünen Witwe“, einer der vielen im Wohlleben dahinvegetierenden Damen unserer Wohlstandsgesellschaft, die todunglücklich sind. Denn meistens jagen sie ständig ihrem ungetreuen Ehemann nach, der sich mit der Sekretärin ein munteres Wochenende machen möchte, statt seiner Ehefrau bei der häuslichen Beschaulichkeit zu assistieren.

Bei dieser Patientin war es zu einem ganz furchtbaren Streit gekommen, als der Ehemann, ein Notar, seine Frau zu Hause lassen und zum Skilaufen fahren wollte. Sie erlitt einen Angst-Ekel-Konflikt (Pfeil letztes CCT-Bild) und einen generalisierten Selbstwerteinbruch-Konflikt, weil sie sich minderwertig fühlte. Der Angst-Ekel-Konflikt rührte daher, daß sich die Patientin vor den „unsauberer Freundinnen“ ihres Ehemannes ekelte, der anschließend wieder mit ihr schlief. (Durch solche dauernde Unterzuckerung entsteht auch der sog. Kummerspeck.) Es war ein Konflikt, der ins Zwischenhirn „durchgeschlagen“ hat, dadurch bekam sie eine Unterzuckerung. Er liegt frontal vom Gyrus praecentralis, sonst wäre sie gelähmt geworden. Der Angst-Ekel-Konflikt und der Selbstwerteinbruch-Konflikt waren immer mal wieder rezidivierend, wenn nämlich der Ehemann wieder, ohne sich überhaupt noch um seine Frau zu kümmern, zum Skilaufen oder sonstwohin fortfuhr. Er löste sich auch immer mal wieder, dann konnte man ein Hirnbild sehen wie die folgenden:



Hier ist nämlich zufällig einmal sowohl der Angst-Ekel-Konflikt in Lösung (siehe große dunkle Kreise), als auch der generalisierte Selbstwerteinbruch-Konflikt,

siehe großes Ödem im ganzen Marklager, fast wie bei Kindern, („infantile Leukämie“).

Die Folge solch vorübergehender „Versöhnung“ war dann regelmäßig, daß der Patientin außer den 20.000 Leukozyten „alle Glieder und Gelenke, alle Knochen weh taten“, also einfach alles.

Das ist auch wirklich so. Aber dann sagte der Ehemann: „Ach, meine Alte spinnt, wie kann einem denn einfach alles weh tun, das gibt es doch gar nicht!“ Sprach's - und fuhr wieder zum Skilaufen.

Irgendwann rafft sich dann wieder mal die Ehefrau auf zu einer gewaltigen Auseinandersetzung, zieht dabei meistens den kürzeren, und so kommen die beiden Konflikte, Angst-Ekel-Konflikt und Selbstwerteinbruch-Konflikt, mit größter Regelmäßigkeit wieder. Genauso chronisch-regelmäßig kehrt auch die Heilungsphase wieder, die wir dann „chronische Leukämie“ nennen.

21.9.26 Akute undifferenzierte Leukämie und Leber-Krebs (in diesem Falle fälschlicherweise leukämisches Infiltrat genannt) durch Entlassung mit 45 Jahren unter demütigenden Bedingungen:

Der Fall handelt von einem 45jähriger Patienten der Uni-Klinik Hamburg mit sog. akuter undifferenzierter Leukämie. Bei ihm wurde eine ganze Reihe von Knochen-Osteolysen festgestellt im Becken, Wirbelsäule und Schädelkalotte (siehe die beiden ersten Röntgenbilder), außerdem Pleura-Ca links und Kiemenbogengangs-Zysten beiderseits (schulmedizinisch fälschlicherweise Hals-Lymphknoten genannt). Die Ärzte gaben ihm, wie aus dem Arztbrief hervorgeht, keine Chance mehr.

Der 45jährige Patient arbeitet bei der Krankenkasse seines Ortes. Die AOK beschließt im April '82, auf Datenverarbeitung umzustellen. Wenige Tage später findet eine Versammlung der Mitarbeiter statt, auf der über die „Personalentwicklung“ diskutiert werden soll. Im Grunde aber hatte man sich, was der Patient nicht wußte, hinter seinem Rücken bereits darauf geeinigt, daß der Patient zuviel sei und entlassen werden müsse. Auf dieser Versammlung wurde der Patient plötzlich ganz unvermittelt vor die Tür geschickt wie ein kleiner Schüler.

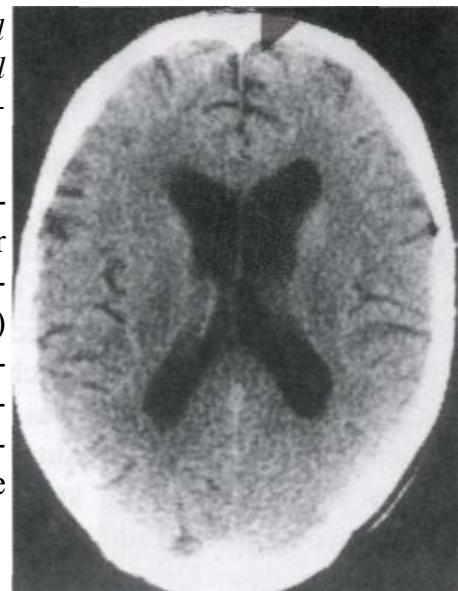
Der Patient empfand das als demütigend, denn das war in der AOK noch niemals vorgekommen. Als er wieder hereingeholt wurde, teilte ihm der Leiter der AOK mit, daß er entlassen werden solle - finanziell selbstverständlich auf honorige Art. Der Patient war völlig am Boden zerstört, zumal man in dieser ländlichen Gegend mit 45 so gut wie keine Chance mehr hat,

einen neuen Arbeitsplatz zu finden, sondern die Sache letztlich auf eine Frühpensionierung hinauslief, wie der Patient augenblicklich erkannte. Im Vordergrund stand neben dem Gefühl, daß ihm der Boden unter den Füßen weggezogen wurde, die Demütigung, Blamage und das Gefühl, nichts mehr wert zu sein, das zu einem völligen Einbruch seines Selbstwertgefühls führte, außerdem hätte er sich vor Revierärger schier zerrupfen können! Er stand da, wie er erzählte, starr und offenbar kreideweiß, unfähig, ein Wort herauszubringen. Es dauerte Minuten, ehe er überhaupt ein einziges Wort herausbrachte. Eine Aussprache wurde „auf nachher unter vier Augen“ verschoben, fand aber erst am nächsten Tag statt.

Die nächsten 4 Monate war der Patient in Sympathicotonie, grübelte Tag und Nacht über seine „Wertlosigkeit“, nahm 12 kg Gewicht ab, ärgerte sich Tag und Nacht. Nach 4 Monaten erfolgte die Conflictolyse. Der Patient hatte sich mit seiner „vorläufigen Pensionierung“ abgefunden und fand sie gar nicht einmal so schlecht. Er nahm rasch an Gewicht wieder zu, schlief wieder gut. Weitere 2 Monate später, mitten in dieses beste Wohlbefinden hinein, wurde bei ihm die Diagnose „Leukämie“ gestellt, für ihn völlig unvermutet, weil er sich optimal wohl fühlte. Dieser Schock löste sofort ein neues DHS, ein Krebsangst-DHS bei ihm aus, was zu Kiemenbogengangszysten am Hals führte.

Im CT rechts oben deutlich dunkel (oedematos) betontes Marklager, frontal rechts perifocales Odem, die Kiemenbogengangs-Zysten am Hals betreffend.

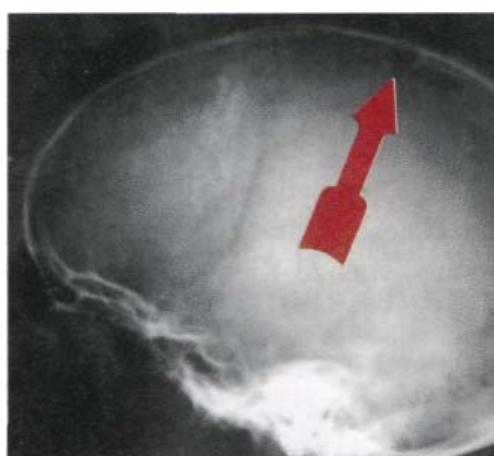
Nunmehr hieß es: „Leukämie mit Metastasen“. Das Hirn-CT entstand, als der Patient gerade aus der Krebsangst (zugehöriger Frontalangst-HH siehe Pfeil) herausgefunden hatte (CL). Der Teufelskreis liegt da: Der Diagnose- und Prognose-Schock führte außer zur Krebsangst zu neuem Selbstwerteinbruch, die Conflictolyse zu neuer Leukämie.





Welche Stelle könnte bei einer solchen Art von Selbstwerteinbruch-Konflikt typischer sein als Osteolysen im Schädelcalotten-Bereich oder im Halswirbelsäulen-Bereich? In diesem Falle wurde diese sehr gut abgegrenzte Osteolyse als „leukämisches Infiltrat, bzw. Metastase“ bezeichnet, in Wirklichkeit korrespon-

dert es natürlich exakt mit einem Marklager-Anteil der „Hirnmetastase“ im Hirn-CT des letzten Bildes rechts frontal -frontal davon Cortex-Anteil der Kie-menbogengangs-Zysten = Krebsknoten am Hals!



Die Osteolyse der Calotte liegt ein bißchen links von der Mittellinie. Es gibt kaum ein eindringlicheres Korrespondenzverhalten zwischen Konfliktinhalt, Hamerschem Herd im Gehirn und dem Krebs, bzw. Osteolyse am Organ. Aber es muß nicht nur dies übereinstimmen, sondern es muß auch der Verlauf exakt miteinander übereinstimmen.

Wenn wir solche Selbstwerteinbruch-Konflikte „intellektuell-moralisch“ nennen, dann deshalb, weil sie für den

Patienten eine soziale Norm in Frage stellen, so daß der Patient dasteht und nur immer wieder denkt: „Das kann doch einfach gar nicht wahr sein, daß für diese meine Freunde oder Arbeitskameraden Treu und Glauben, Freundschaft und Moral einfach nicht mehr zählt.“ Alle drei Ebenen lassen in diesem Fall an Klarheit wirklich nichts zu wünschen übrig!

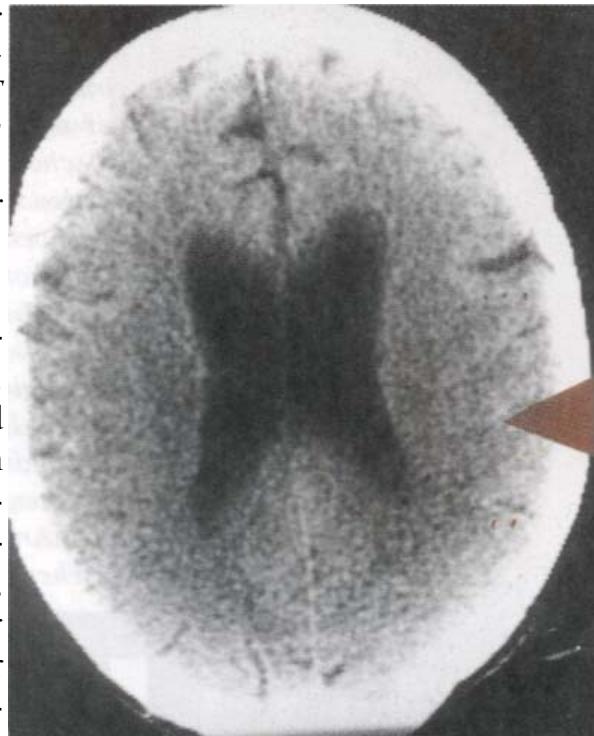
Übrigens könnte natürlich auch ein Tier an dem gleichen Konflikt erkranken! Stellt euch doch vor, was muß in einem der zu Tausenden in jeden großen Ferien auf unseren Autobahnen ausgesetzten Hunde vor sich gehen, der von seinen „Besitzern“ kurzerhand - für unseren kreatürlichen Kameraden Tier völlig unverständlich - belegen, betrogen, geschändet und verlassen wird, weil er einen Urlaub nicht wert sei??

Auf diesen Bildern sehen wir quasi die „Ärgerseite der Medaille“. Im nebenstehenden CT zeigt der Pfeil rechts auf das Relais für den Ärger bzw. „Revierärger“. Wir können hier sogar deutlich die Einschlagstelle sehen (Pfeilspitze).

Die folgenden Bilder des gleichen Patienten zeigen uns, warum man im Krankheitsbild der Leukämie nie ein System in die Knochenverhältnisse bringen konnte. Denn war der Patient längere Zeit leukämisch, dann waren ja entweder gar keine Osteolysen mehr da, oder die vorhanden gewesenen waren schon wieder rekalkifiziert mit Hilfe von Callus-Neubildung.

Wir sehen eine ganz unruhige Knochenstruktur der Wirbelkörper, die von lauter frischen Rekalzifikationen durchsetzt sind, davor aber demineralisiert gewesen sein müssen. Glücklicherweise ist keiner zusammengebrochen, sonst hätte die Sache rasch tragisch geendet.

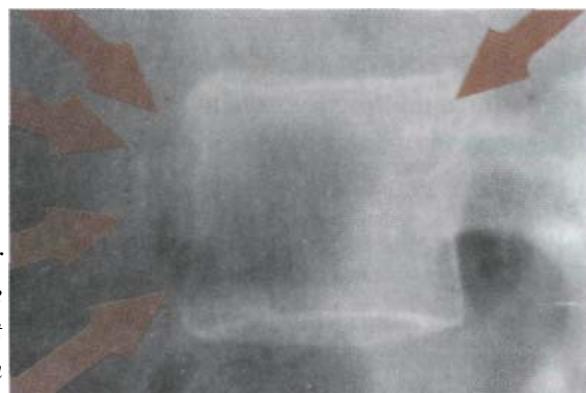
Die konfliktive Seite des Bildes ist der Selbstwerteinbruch auf intellektuell-moralischer Ebene („Es ging um Gerechtigkeit, Treue, Glaubwürdigkeit“).





Auch in diesem Bild des linken Oberarmkopfes sehen wir eine unruhige Knochenstruktur durch Callas-Einschuß in eine vorher osteolysierte Region. Der Oberarmkopf ist schon weitgehend wieder remineralisiert, während der sich anschließende Oberarmhals noch weit mehr osteoporotisch ist.

Die konfliktive Seite des Bildes ist diese: Der Patient ist ein sehr väterlich-gutmütiger Mensch. Er hat immer seine Kollegen angesehen wie seine großen Kinder. Nie wäre er auf die Idee gekommen, daß gerade sie ihn ins „Bein beißen“ könnten. Er empfand es als einen Selbstwerteinbruch in dieser speziellen Art von Verhältnis, wie er es bis dahin gesehen hatte.



Dieses Bild ist ein besonderer Glücksschuß. Zwar ist der große dunkle Fleck in der Mitte nicht etwa eine Osteolyse, sondern Darmgas-Überlagerung, aber der

Wirbelkörper ist trotzdem osteolysiert und - in der Heilungsphase, denn das durch das Knochenoedem geradezu aufgepumpte Periost ist nach ventral prall gespannt. Diese Periost-Kapselspannung tut sehr weh!! Wenn solche Periost-Kissen noch auf Nerven (in den Foramina intervertebralia) drücken, tut es noch viel mehr weh. Gibt man in solchen Fällen Schmerzmittel, die zumeist eine vagotrope Komponente haben, so nimmt die Periost-Kapselspannung eher noch zu, der Ödemdruck wird allenfalls noch größer und die Schmerzen nehmen dann auch zu! Die meisten solcher als vermeintliche „Bandscheibenvorfälle“ operierten Fälle waren schlichte Fehldiagnosen. Ich kenne das aus meiner neurochirurgischen Assistenzarztzeit, daß wir bei solchen Eingriffen meist nichts gefunden haben.

Der Pfeil rechts oben, der von dorsal auf diesen 4. Lendenwirbelkörper gerichtet ist, zeigt auf eine schon nahezu vollständig rekalzifizierte Osteolyse im dorso-cranialen Bereich des Wirbels.

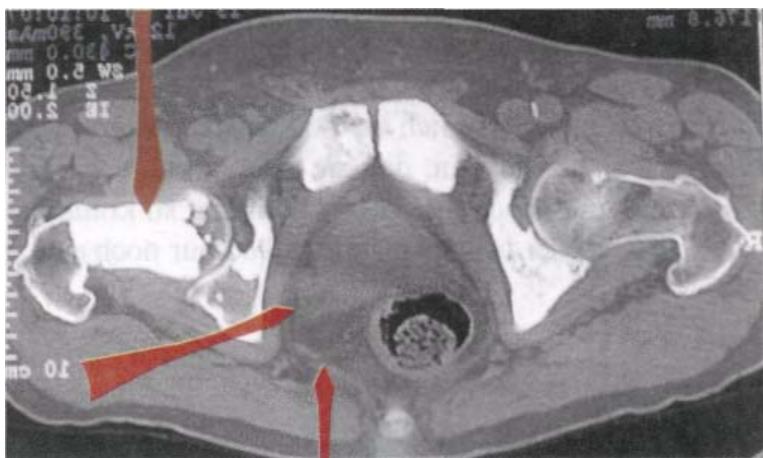
Die linken Pfeile zeigen auf die sehr deutlich zu sehende Periost-Abhebung des Wirbelkörpers nach ventral - wirklich ein sehr eindrucksvolles Röntgenbild. Wenn genügend Callus in den Osteolysen und im Periost-Sack gesammelt ist, beginnt der Durchbau, bzw. die Verfestigung der Callusmasse. Am Ende wird der Knochen dicker und fester als er vorher war: genau das ist ja der Biologische Sinn des Prozesses.



Dieser Patient hat alles gut überstanden, es geht ihm seit über 10 Jahren gut.

21.9.27 Schulmedizinischer Wahn: Die sog. osteoblastischen (=knochenbildenden) „Metastasen“

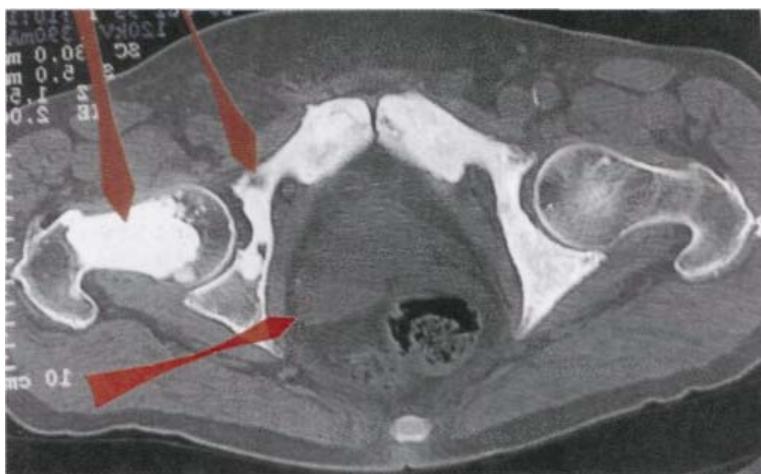
Diese und die folgende Abbildung habe ich ins Buch aufgenommen, weil kaum ein Vorgang den schulmedizinischen Diagnose-Wahn besser beschreiben kann als dieser:



Der 64jährige Patient ist seit Jahren bei einem Urologen wegen seiner Prostata zur Kontrolle (Konflikt: Ehescheidung, neue Ehe ...). Aufgrund dieser Aufnahmen tritt eines Tages der Doktor mit tiefernstem Gesicht ihm gegenüber und eröffnet ihm, nun habe er nur noch wenige Wochen zu leben, der ganze Bauch sei schon „metastasiert“ (gemeint: die weißen Stellen). Der Bericht des Radiologen hatte von „osteoblastischen Metastasen“ gesprochen. Damit

war das Todesurteil besiegt. Als der Patient mit den Bildern zu mir zu einem Seminar nach Mallorca kam, habe ich ihm lauter erfreuliche Dinge erklären können. Wir haben dann einen Film am Meer gemacht und - kräftig miteinander gelacht.

Der hintere, vergrößerte Prostata-Lappen (linker unterer Pfeil) macht gerade eine flüssige verkäsende Tuberkulose durch (Nachtschweiß) und drückt zeitweilig jetzt das Rektum aus der Mittelposition nach rechts.



Die weißen Knochenstellen (z.B. oberer Pfeil) sind rekalzifizierte ehemalige Osteolysen, zeigen, daß der Patient, der jetzt wieder glücklich neu verheiratet ist, seinen Selbstwert-Konflikt („Da im Bauch tauge ich nichts mehr“) erfolgreich gelöst hat. Das schließt nicht aus, daß er nicht

(rechter oberer Pfeil) auch in den rekalzifizierten Bereichen nochmals bei entsprechendem Rezidiv eine neue kleine Osteolyse erleiden kann. Aus dem Todeskandidaten wurde innerhalb von wenigen Minuten wieder ein fröhlicher Mensch, der immer noch fassungslos fragte: „Ja, Doktor, und meinen Sie wirklich das war alles?“

Für solche buchstäblich zu Tode erschreckten Patienten ist es viel schwerer, sich sicher zu sein, daß sie (hier: wenn die floride³⁷⁰ Tbc zu Ende ist) wieder gesund sind, eigentlich überhaupt so krank nie waren, als damals zu glauben, daß der unausweichliche Tod nur noch eine Frage weniger Wochen sei.

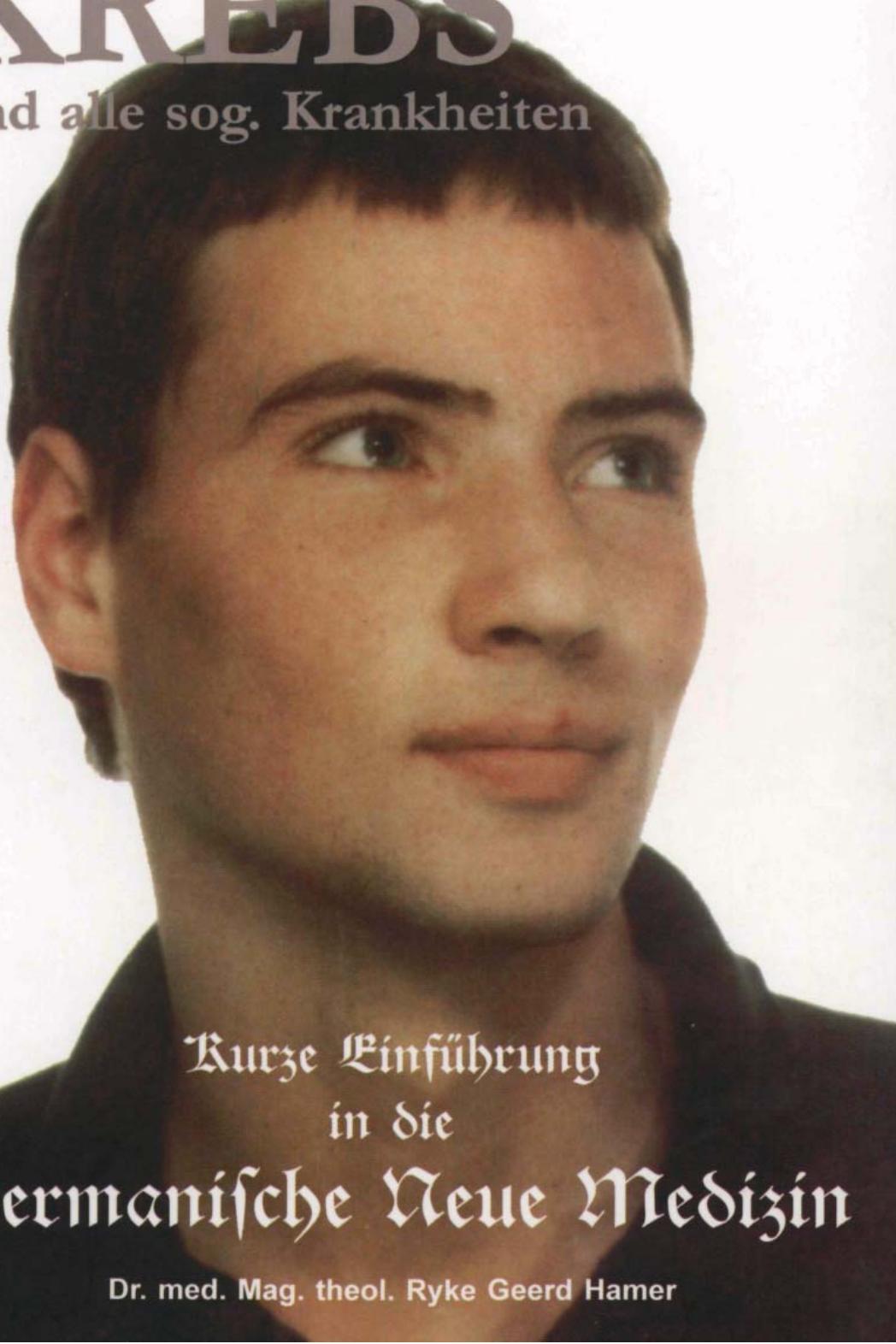
³⁷⁰

florid = blühend, stark entwickelt

Diese beiden Bücher kaufen!

KREBS

und alle sog. Krankheiten



Kurze Einführung
in die
Germanische Neue Medizin

Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Die Erkenntnisunterdrückung der Neuen Medizin



Einer gegen alle

Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

ISBN 84-930091-0-5