

Julius Hackethal

## Der Meineid des Hippokrates

Von der Verschwörung der Ärzte  
zur Selbstbestimmung des Patienten

### 1. Ausschnitt S. 106-121

#### 3.3 DIE SECHS KARDINALFEHLER DER SCHULMEDIZINISCHEN KREBSBEKÄMPFUNGSSTRATEGIE

##### ERSTER KARDINALFEHLER

*Keine Unterscheidung zwischen (gutartigem) Haustierkrebs und (böartigem) Raubtierkrebs bei Kleinem Krebsherd.*

Die Schulmedizin stützt ihr Krebsvorsorgeprogramm auf folgende drei Grundthesen:

1. Alles, was im Mikroskop wie Krebs aussieht und von den Pathologen als Krebs (Karzinom oder Sarkom) eingestuft wird, sei »böartig«, bedeute also eine tödliche Gefahr, und zwar unabhängig von der Größe und der Wachstumsgeschwindigkeit.

2. Unbehandelt führe ein solcher Krebsherd - auch der kleine (bis 20 mm Durchmesser) und kleinste (bis 10 mm Durchmesser) innerhalb weniger Jahre zum Tode, meist innerhalb von fünf Jahren, spätestens innerhalb von zehn Jahren. Ausnahmen seien so selten, daß sie für den Strategieplan unerheblich seien. Eine Überlebenszeit von zehn Jahren nach Erstentdeckung und -behandlung sei ein Beweis für die Krebsheilung.

3. Beste Möglichkeit zur Lebensverlängerung sei die Frühentdeckung und die frühe Radikalbehandlung jedes entdeckbaren Krebsherdes. Dies beweise die Zehn-Jahres-Überlebensrate nach früher Radikalbehandlung kleiner und kleinster Krebsherde.

Diese drei Grundthesen werden durch eine Reihe wissenschaftlicher Erkenntnisse widerlegt:

1. Kleine und kleinste Krebsherde finden sich in der zweiten Lebenshälfte bei sehr vielen Menschen. Verlässliche Zahlen gibt es seit Jahrzehnten für den Prostatakrebs, seit mehreren Jahren für den Brustkrebs. Danach hat jeder dritte Mann ab fünfundvierzig einen Prostatakrebs und jede vierte Frau ab vierzig einen Brustkrebs.

Für die Häufigkeit des Prostatakrebses, die auch von führenden Urologen nicht bestritten wird, verweise ich auf die in meinem Buch KEINE ANGST VOR KREBS zitierten Veröffentlichungen.

Zur Häufigkeit von verborgenen Krebsherden in der weiblichen Brust hat vor allem der dänische Pathologe Johan Anderson Untersuchungen angestellt und veröffentlicht. 1983 berichtete er über seine Forschungsergebnisse auf dem 1. Internationalen Symposium der Wilhelm-Vaillant-Stiftung zur Förderung der Gesundheitsvorsorge in München. Seine syste-

matische Fahndung nach Krebsherden in den Brustdrüsen von Frauen in der zweiten Lebenshälfte ergab, daß etwa jede vierte Frau ab vierzig einen Krebsherd in ihrer Brust hatte.

(Andere Veröffentlichungen bestätigen indirekt eine solche Häufigkeit. So hat Prof. Dr. med. Beller - bis vor kurzem Ordinarius für Frauenkrankheiten an der Universität Münster - behauptet, daß jede dritte Frau mit einem in einer Brust entdeckten Krebsherd auch Krebs in der anderen Brust habe. Deshalb hat er sogar vorgeschlagen - und dies selbst praktiziert -, vorsorglich immer auch die zweite Brust zu amputieren.)

## 2. Was bedeutet nun diese Häufigkeit in absoluten Zahlen?

1987 gab es in der Bundesrepublik etwa 16 Millionen Frauen über vierzig und etwa 11,5 Millionen Männer über fünfundvierzig. Entsprechend der angegebenen Häufigkeitsrate, hatten also 4 Millionen Frauen einen Brustkrebs und 3,8 Millionen Männer einen Prostatakrebs.

3. Nach den Thesen der Schulmedizin müßten fast alle diese Krebsträger unbehandelt nach spätestens zehn Jahren, also 1997, an ihrem Krebs verstorben sein: pro Jahr im Durchschnitt 400 000 an Brustkrebs Verstorbene und 380 000 Prostatakrebstote.

4. 1987 starben in ihrer zweiten Lebenshälfte jedoch rund 14000 Frauen an Brustkrebs und 8000 Männer an Prostatakrebs. Hochgerechnet auf zehn Jahre, sind das 140000 an Brustkrebs und 80000 an Prostatakrebs Verstorbene. Mit wesentlichen Änderungen ist in absehbarer Zeit nicht zu rechnen.

5. Halten wir nun die nach den Schulmedizinthesen vorauszusagenden vier Millionen Brustkrebstoten den nach den Sterbefallstatistiken tatsächlich zu erwartenden 140000 Brustkrebsopfern zwischen 1987 und 1997 gegenüber, so ergibt sich eine Differenz von 3860000 überlebenden Frauen mit (weit überwiegend) unbehandelten kleinen Krebsherden. Die Zehn-Jahres-Überlebensrate der (weit überwiegend) Unbehandelten beträgt 96,5 Prozent.

3,8 Millionen nach den schulmedizinischen Thesen vorausberechnete Prostatakrebstote gegenüber 80000 Toten nach der Sterbefallstatistik - das ergibt eine Zehn-Jahres-Überlebensrate bei Männern mit (weit überwiegend) unbehandelten kleinen Krebsherden von 97,9 Prozent.

6. Das neueste Lehrbuch der Chirurgie - herausgegeben von Heberer, Köle und Tscherne, das 1986 in 5. Auflage erschienen ist, empfiehlt für den kleinen Brustkrebs die Amputation der Brustdrüse mit allen Achsellymphknoten, gleichgültig, ob gesund oder krank, als »Therapie der Wahl«. Die Bezeichnung dieser Operation lautet »Modifizierte radikale Mastektomie«. Die Zehn-Jahres-Überlebensrate von so behandelten Frauen mit kleinem Brustkrebsherd wird mit 60 bis 80 Prozent, im Schnitt also mit 70 Prozent angegeben.

Im gleichen Lehrbuch wird die Zehn-Jahres-Überlebensrate der Nur-Brustamputierten ohne Ausräumung der Achsellymphknoten, jedoch mit Nachbestrahlung, mit 40 bis 60 Prozent beziffert, im Mittel also mit 50 Prozent.

Der im Mikroskop als ortsfest gewertete Kleine Krebsherd (Tumor in situ) wird ausdrücklich in die Indikationsstellung zur modifizierten radikalen Mastektomie einbezogen und demnach auch in die statistische Auswertung. *Die Zehn-Jahres-Überlebensrate liegt also bei den*

*Radikaloperierten um mehr als 25 Prozent, bei den NurBrustamputierten mit Nachbestrahlung um fast 50 Prozent niedriger als bei den (weit überwiegend) Unbehandelten.*

Die hier genannten Häufigkeiten beziehen sich nur auf Brust- und Prostatakrebs. Tatsächlich gibt es verborgene kleine Krebsherde in vielen Organen, wahrscheinlich in allen. Man kann sich ausrechnen, was geschähe, wenn alle diese (Haustier-) Krebsherde entdeckt würden. Das dürfte in Kürze möglich sein, nachdem schon jetzt berichtet wurde, man könne stecknadelkopfgroße Krebsherde mit der Kernspintomographie entdecken. Müssen wir mit Verstümmelung fast aller Menschen in der zweiten Lebenshälfte zur Krebsvorsorge rechnen?

Wenn wir also feststellen, daß *die Nichtbehandlung* eines kleinen Krebsherdes in Brust und Prostata eine 25 bis 50 Prozent höhere Zehn-Jahres-Überlebensrate als die *Radikalbehandlung* bewirkt, so folgt daraus, daß seit dem Großeinsatz der schulmedizinischen Radikalstrategie (einschließlich Chemotherapie) in den letzten dreißig Jahren - insbesondere aber seit Einführung der gesetzlichen Krebsvorsorge im Jahre 1971 - *Millionen Menschen* mit kleinem Krebsherd unnötig *verstümmelt, viele Tausend unnötig getötet* wurden. Die jährlichen Ausgaben für die schulmedizinische Krebsbekämpfung in Höhe von *vielen Milliarden Mark* haben letzten Endes mehr *geschadet als genutzt*.

## ZWEITER KARDINALFEHLER

*Brutaldiagnostik: Planmäßige »Ziindung« einer Krebszellexplosion durch Probeentnahmen mit Feinnadel, Stanze, Zange oder Messer.*

Wer Tab. 5 studiert hat, kann selbst ausrechnen, wieviel Krebszellen mit der am wenigsten verletzenden Probeentnahme, dem Feinnadelstich in einen Krebsherd, losgestochen und damit mobil gemacht werden. Die Feinnadel hat einen Außendurchmesser von 1,2 mm. Bei einem Volltreffer in das Zentrum eines erbsgroßen Krebsherdes ( $d = 6 \text{ mm}$ ), wie er ja wünschenswert ist, um möglichst viel Zellmaterial zu gewinnen, wird ein Krebszellzylinder von zirka 4 mm Länge und 1,2 mm Durchmesser losgestochen. Das bedeutet  $4,5 \text{ mm}^3$  mobil gemachtes Krebszellvolumen. Darin stecken rund 8,5 Millionen Krebszellen. Oft wird der Knoten nur halb getroffen. Dann muß mehrmals gestochen werden. Öfters sticht man ganz durch. All das vergrößert die Zahl der mobil gemachten Krebszellen um viele Tausende bis Millionen. Nicht alle gelangen in die benachbarten Lymph- und Blutbahnen, denn ein Teil wird mit der Spritze abgesaugt, aber viele Hunderttausend bis Millionen sind es immer noch.

Wie bereits erwähnt, kann ungünstigenfalls aus einer einzigen verschleppten Krebszelle ein tödlicher Krebsherd wachsen. Jede Feinnadelpunktion vergrößert die Metastasierungsgefahr also vieltausendfach.

Und das Ergebnis dieser äußerst riskanten Maßnahme?

Man gewinnt nur eine Probe für die Zelldiagnostik, nicht für die Gewebediagnostik. Und das bringt für die allein wichtige Unterscheidungsdiagnose zwischen inaktivem und aktivem Krebs überhaupt nichts. Deshalb drängen die Pathologen darauf, mindestens eine Stanz-Biopsieoperation durchzuführen, weil damit auch kleine Gewebsschnitte gewonnen werden können.

Wie viele Krebszellen bei der Gewebeprobenentnahme mit der Stanze durch einen Volltreffer in einen Prostatakrebsherd mobilisiert werden, habe ich bereits 1978 in meinem Buch KEINE ANGST VOR KREBS demonstriert: 240 bis 360 Millionen Krebszellen!

Bei der Probeentnahme mit einer Biopsiezange oder durch Ausschneidung eines Keils aus dem Krebsherd werden zwar die mit der Probe entnommenen Krebszellen entfernt. Es kommt aber immer zu einem Abstreifen kleiner Krebsgewebesteile, in denen große Mengen Krebszellen stecken. Vor allem aber entstehen riesige Biß- und Schnittwunden im Krebsherd, aus denen dann die fluchtbereiten Krebszellen in Divisionstärke in den Kreislauf flüchten.

Biopsieoperationen, bei denen nicht der ganze Krebsherd behutsam ausgeschnitten wird, sind Brutaldiagnostik, müßten gesetzlich verboten und als schwere Körperverletzung bestraft werden.

### DRITTER KARDINALFEHLER

*Riskante Überdiagnostik wie Mammografie, Szintigrafie, Computertomografie usw.*

Zu den stärksten Aktivatoren einer Zellteilung gehört, wie Biologen unzweifelhaft bewiesen haben, die niedrigstdosierte radioaktive Strahlendiagnostik. Dabei wird das Gewebe einer Strahlendosis ausgesetzt, wie sie bei der Röntgendiagnostik üblich ist. Die Röntgenologen bagatellisieren die Gefahren von Schäden durch Strahlendiagnostik mit der Begründung, man könne nicht einmal durch relativ hochdosierte Röntgenbestrahlung einen Krebs erzeugen. Erst bei sehr hohen Strahlendosen, wie sie beispielsweise die ersten Röntgenärzte jahrelang auf ihre Hände bekommen haben, bestünde die Gefahr von Strahlenkrebs.

Es geht nicht um die Frage, ob durch radioaktive Strahlen im Bereich von gesundem Gewebe Krebs erzeugt werden kann. Im Zusammenhang mit der Strahlendiagnostik bei Krebs interessiert vielmehr in erster Linie die Frage, ob durch die Diagnosestrahlung vorhandene Krebszellen zu rascher Zellteilung, also zur Krebsvermehrung, angeregt werden können oder nicht. Dies geschieht immer!

Zu einem besonderen Problem wird diese Tatsache durch die Häufigkeit von Haustierkrebsen allgemein. Hier liegt die riesige Gefahr insbesondere von mehrfach wiederholten Mammografien. Da aber, wie bereits erwähnt, bei jeder vierten Frau über vierzig ein kleiner Krebsherd in einer Brust nachgewiesen ist, besteht bei jeder von ihnen die Gefahr, daß mit einer *Mammografie* aus einem inaktiven ein aktiver Krebsherd der Brust wird.

Die statistischen Beweise für die Nützlichkeit der Mammografie als Mittel der Vorsorgeuntersuchung, die ich kenne, sind nicht stichhaltig. Ich verfolge seit zehn Jahren das entsprechende Schrifttum sehr genau. Selbstverständlich werden durch systematische Mammografien in den Brustdrüsen auch öfters kleine Krebsherde entdeckt. Dann wird stolz verkündet, man habe auf diese Weise viel zur Früherkennung des Brustkrebses beigetragen und dadurch Menschenleben gerettet. Wenn im selben Zusammenhang auch der statistische Nachweis geführt wird, daß von den behandelten angeblichen Krebspatientinnen 90 Prozent überlebt hätten, so halte ich dagegen: Hier ging es in der weit überwiegenden Zahl um Haustierkrebs, inaktive Krebse von Gesunden. Und Gesunde überstehen sogar Radikaloperationen, ohne dauerhaften Schaden zu nehmen!

In ihrem Buch **TORHEITEN UND TRUGSCHLÜSSE DER MEDIZIN** kommen die renommierten britischen Mediziner Peter Skrabanek und James McCormik zu der Feststellung, »daß in dem Maße, wie sich die Technik der Mammografie verbessert hat, der Nutzen der Vorsorgeuntersuchung zurückgegangen ist«. Der Nutzen ist nach ihren Erkenntnissen »statistisch nicht mehr signifikant«, der Schaden jedoch erheblich: Zahlreiche unnötige Biopsien und Brustamputationen durch »Überdiagnose« lassen sie vermuten, daß bei einer allgemeinen Einführung der Mammografie in Großbritannien dort mit 100000 »falsch-positiven« Diagnosen zu rechnen ist. Für die Fragwürdigkeit der Mammografie machen sie einen »fatalen Denkfehler« als mögliche Ursache aus, nämlich einen grundlegenden Irrtum über das Wachstum und Verhalten der Tumoren.

Besonders große Gefahr der Vermehrungsaktivierung von Krebszellen geht von der *Szintigrafie* aus. Bei dieser Flimmerbilddiagnostik mit Hilfe der Einspritzung von radioaktiven »Glühwürmchen« ins Blut, die wie Wunderkerzen sprühen, wird die Strahlung über den ganzen Körper verteilt. Die Röntgenologen bagatellisieren die Gefahr von Strahlenschäden damit, daß die Halbwertszeit der verwendeten Substanzen sehr kurz sei, verschweigen dabei jedoch, daß der Strahlungsrest trotz des ständigen Zerfalls noch Wochen bis Monate wirksam bleibt.

Meine Patienten warne ich vor der Szintigrafie mit dem Slogan: »Tschernobyl für ein halbes Jahr!« Das prägt sich ihnen ein.

Ich habe in den letzten elf Jahren, in denen der Schwerpunkt der Versorgung in Praxis und Klinik Krebskranken galt, noch nie eine Szintigrafie gebraucht, um daraus Schlüsse für die weitere Behandlung zu ziehen. Sehr oft haben meine Patienten jedoch Szintigrafiebilder mitgebracht. Es war extrem selten, daß solche Bilder sich im Rückblick für die Therapie von Krebs als wesentliche Hilfe erwiesen. Vielleicht gibt es Medizinbereiche, in denen Szintigrafien nützlich sein können - bis ins Letzte überblicke ich die Situation nicht -, zur Diagnostik im Rahmen der Krebsbekämpfung sollte man jedoch völlig auf sie verzichten.

Auch von allen anderen Röntgenuntersuchungen gehen Aktivierungsgefahren für vorhandene Krebsherde aus. Ganz besonders gilt dies auch für die *Computertomografie*, bei der ja das Gewebe kurz hintereinander mehrfachem Strahlenbeschuß ausgesetzt wird.

Selbstverständlich gehe ich nicht so weit, jede Röntgendiagnostik in diesem Zusammenhang für schädlich zu erklären. Im Gegenteil: Röntgenkontrollen sind bei der Krebskrankheit zur Verlaufskontrolle unentbehrlich. Auch bei uns gehören sie zur Routine. Aber wir geizen mit jeder einzelnen Röntgenaufnahme. In jedem Einzelfall wird überlegt, ob nicht doch mindestens auf *eine* Aufnahme verzichtet werden kann. Sehr oft genügt zum Beispiel bei Röntgenaufnahmen der Lungen die Aufnahme nur in der Richtung von vorn nach hinten. Ähnliches gilt auch für Röntgenaufnahmen anderer Körperabschnitte.

#### VIERTER KARDINALFEHLER

##### *Mißachtung der Krebskrankheit als Ganzheitskrankheit.*

Daß jeder aktive Krebsherd Teil einer Ganzheitskrankheit ist, braucht - nach dem, was ich bereits im Kapitel »Krebskrankheit« ausgeführt habe - an dieser Stelle nicht weiter begründet zu werden. Aber auf eine ungeklärte Frage möchte ich hier hinweisen: Beginnt jede Krebs-

krankheit zunächst nur mit einem Kleinen Krebsherd im gesunden Organismus? Ist die Krebskrankheit also letztlich immer die Folge eines bös entarteten Haustierkrebses? Oder ist es vielleicht immer öfter sogar umgekehrt: Der Krebsherd ist nur der Auswuchs einer im Blut steckenden Krebskrankheit?

Vieles spricht dafür, daß es die Ganzheitskrankheit »Krebskrankheit« in zwei - ganz verschiedenen Ursachen entspringenden - Formen gibt:

1. als Krebsseuche und
2. als bös entarteten Haustierkrebs.

Als *Seuche* ähnelt Krebs der AIDS-Seuche, bei der die sogenannten KAPOSI-Sarkome der Auswuchs der AIDS-Krankheit sind.

Eine theoretische Ursachenkombination für die Krebsseuche ist:

*1. Steuerungsdisharmonie:* Die krebshemmenden Kräfte des Organismus versagen, weil die Balance im Gleichgewicht zwischen den krebserzeugenden und krebshemmenden Kräften durch Fehlsteuerung zugunsten der Erzeuger gestört ist.

*2. Abwehrschwäche:* Die Krebsabwehr insgesamt ist nicht stark genug, um die gebildeten Krebszellen zu zerstören oder anderweitig kampfunfähig zu machen.

Wir wissen so wenig, daß wir nur von »Kräften« reden können.

Die Krebsseuche wäre mit der Lues II (Syphilis im zweiten Stadium) vergleichbar. Diese beginnt mit dem »Primäreffekt«, einem geschwürigen Herd an jener Stelle, an der die Spirochäten in den Körper eingedrungen sind. Dann dauert es drei Wochen bis zum zweiten Stadium, in dem die Seuche über den ganzen Körper ausgebreitet ist und vor allem auch im Blut steckt. Es ist noch nicht so lange her, daß man den syphilitischen Erstherd, das Erstgeschwür, mit Glüheisen und Messer ausgeschnitten hat, in dem Irrglauben, damit könne man die Syphilis heilen.

Beim Typ »böös entarteter Haustierkrebs« entstünde die Krebskrankheit durch die Aktivierung eines anfangs ortsfesten Krebsherdes zu ausuferndem Wachstum und Streuung nach Nah und Fern mit dem Endergebnis von Krebsmetastasen in mehreren Organen. Dies entspricht der Entwicklung, wie sie von der Schulmedizin als einziger Verlauf angenommen wird.

Hochinteressant ist hier eine Mitteilung, die ich Anfang 1992 aus den USA bekam. Nach C.-A. Hackethal werden im Laufe eines »statistisch normal langen Lebens« allein in der Leber 506 Millionen Krebszellen gebildet, die in der Regel von den Abwehrkräften unschädlich gemacht werden. Der Autor verweist auf die Selbstversuche von Dusty Rhodes, Chefarzt am Memorial Center in New York, der sich unter die Haut seines Unterarmes 5 Millionen Zellen eines Bronchialkrebses von einem Menschen injiziert hat. Nach drei Wochen war ein Knoten an der Stelle der Injektion fühlbar und auch ein Lymphknoten in seiner Achsel schmerzhaft angeschwollen. Beide wurden ausgeschnitten. Die mikroskopische Untersuchung hat dann gezeigt, daß alle Krebszellen aufgelöst worden waren, sowohl an der Injektionsstelle wie im Lymphknoten.

Dies hat man dann 68mal an gesunden »Lifers« - zu lebenslanger Haft verurteilten Sträflingen - im Ohio State Penitentiary wiederholt. Keiner von ihnen hat irgendeine andere Reaktion gezeigt, als daß alle Krebszellen aufgelöst wurden.

In den Fällen jedoch, in denen die Bronchialkrebszellen unter die Haut von Patienten gespritzt wurden, welche an einer Chronischen Lymphatischen Leukämie litten - also an einem Blutkrebs -, sind die Krebszellen ungehindert gewachsen, wie man in den ausgeschnittenen Gewebeproben der Injektionsstelle nachweisen konnte.

Wie oft die Krebskrankheit (vermutlich) dem Typ 1 = Krebsseuche oder dem Typ 2 = bös entarteter Haustierkrebs angehört oder angehört hat, kann man meist erst erkennen, wenn es zu spät ist.

Der möglichen Entdeckung einer jeden der beiden sich nach der Ursache unterscheidenden Krebsform gehen ein bis zwei »Versteckperioden« voraus:

Erste Versteckperiode (nur bei Typ 1) = Inkubationszeit der (nichtinfektiösen) Seuche, d.h. Entwicklungszeit vom Beginn der Disharmonie-Abwehrschwäche-Phase bis zur Bildung bleibender Kleiner Krebsherde.

Zweite Versteckperiode (bei Typ 1 und 2) = Entwicklungszeit vom Mikrokrebsherd-Stadium zum Makrokrebsherd-Stadium.

Leider gibt es keine echte Früherkennungsmöglichkeit, weder für den höchst bösartigen Typ 2, noch für den viel weniger bösartigen Typ 1. Schuld daran sind die Versteckperioden, die Monate bis Jahre dauern, nicht selten viele Jahre. Deshalb ist die übliche Panikmache mit dem Zeitfaktor, damit also, daß jede Stunde Verzögerung des Krebskriegbeginns nach der Krebsdiagnose »halber Selbstmord« sei, nichts als Erpressung. Bei der Entwicklungsgeschwindigkeit im Monats- bis Jahrestempo kann es - außer bei einer akuten Komplikation - auf ein paar Wochen Verzögerung des Behandlungsbeginns nicht ankommen. Mein dringender Rat: Lassen Sie sich bitte mindestens ein bis zwei Wochen Zeit, bevor Sie nach der Verdachtsdiagnose »Krebs« etwas Eingreifendes machen lassen!

Dringend wünschenswert für die Krebsbekämpfung wäre ein Labortest, mit dem man die »Krebsseuche« diagnostizieren könnte, bevor sie ins Mikrokrebs-Stadium kommt. Auch für die zweite Versteckperiode vom Mikrokrebs- bis zum Makrokrebs-Stadium gibt es keinen verlässlichen Labortest. Möglicherweise werden hier bereits die bekannten Tumormarker-Tests positiv. Sichere Erkenntnisse gibt es jedoch nicht. Alle Tests, die ich kennengelernt und ausprobiert habe, haben sich nicht bewährt.

Ohne solche Labortests wird der Raubtierkrebs in der Regel erst entdeckbar, wenn aus dem Mikrokrebs irgendwo ein Makrokrebs, mindestens ein kleiner aktiver Krebsknoten ohne oder mit geschwürigem Aufbruch geworden ist.

Hinzu kommt das Problem der Unterscheidung zwischen Haustier- und Raubtierkrebs. Hier hilft - wie gesagt - nur die Beobachtung, anfangs im Monats- bis Vierteljahresabstand, später in längeren Intervallen. Je kleiner der entdeckte Krebsknoten, um so länger muß - und darf - man beobachten. Man versäumt nichts.

Woran erkennt man, daß ein kleiner Krebsherd *aktiv* ist?

Vor allem an seinem raschen Wachstumstempo (s. Tab. 6), öfters auch an einer Zunahme des Härtegrades, an Farbänderungen oder geschwürigem Aufbruch.

Wichtig ist also immer: beobachten, genau messen, nachmessen und dokumentieren!

Das behutsame Behandlungsprogramm muß eingeleitet werden, wenn die Verdachtsdiagnose »Aktiver Krebsherd« gestellt wird. Der Verdacht genügt für den Beginn der behutsamen Gesundheitshilfe gegen Krebs. Da braucht es keine Mikroskopdiagnose. Selbst gegen eine frühe Entfernung eines Knotens allein durch eine kleine Ausschneidungsoperation wird kein Patient nachträglich protestieren, sondern sich am Schluß freuen, wenn die Mikroskop-Untersuchung die Verdachtsdiagnose nicht bestätigt. Bei Brustkrebs lag der Prozentsatz, in dem unsere Verdachtsdiagnose Krebs nicht stimmte, unter zehn Prozent.

Ein operables Gewächs, ob krebsverdächtig oder nicht, darf immer knapp im Ganzen herausgeschnitten werden, falls dies im Rahmen einer kleineren Operation möglich ist. Nur die Verstümmelungsstrategen brauchen Probeausschnidungen als Alibi. Stimmen Sie bitte niemals zu! Jeder Feinnadelstich in einen Krebsherd löst eine große Krebszellexplosion aus. Jeder!

Wie man der »Krebsseuche« vorbeugen kann, weiß keiner. Aber höchstwahrscheinlich gilt auch hier die Arzterfahrung: Gesundheit ist nicht Schicksal, sondern Fleiß, jedenfalls weit überwiegend. Wer die 33 EUBIOS-Gesundheitsgebote beachtet, denen ein ganzheitliches Verständnis der Gesundheit zugrunde liegt, ist auf jeden Fall sehr viel weniger krebsgefährdet als der, der es nicht tut (S. S. 243 ff.)

## FÜNFTER KARDINALFEHLER

*Totaler Krebskrieg Mit RAC-Waffen: Radikaloperation, Atomsprühfeuerkanonade, Chemischer Giftkrieg unter Mißachtung des Gebotes der Verhältnismäßigkeit.*

Was die herrschende Schulmedizin zur Krebsbekämpfung unternimmt, kann man am ehesten mit der Strategie der Verbrannten Erde vergleichen, wie ihn der Einsatz von ABC-Waffen bedeuten würde. Ein solcher Totaler Krieg ist auf die Zerstörung nicht nur der feindlichen Armee, sondern der gesamten Bevölkerung und ihrer Lebensgrundlagen ausgerichtet.

So ähnlich verhält es sich beim Krebskrieg der Schulmedizin, der nicht nur gegen die Krebszellen und Krebsherde, sondern gegen den gesamten Billiarden-Zellstaat Mensch gerichtet ist. Die Waffen dieses Krieges sind:

*Radikaloperation*, d.h. Ausschneidung der erkennbaren Krebsherde »weit im Gesunden«. Am Beispiel des Brustkrebses demonstriert, heißt das: Auch bei kleinem Krebsherd wird die gesamte Brustdrüse amputiert, oft 100mal mehr gesundes als krankes Gewebe entfernt. Hinzu kommt die Ausräumung der Achsellymphknoten, egal, ob gesund oder krank. Das alles ist ein Rieseneingriff, der den Gesundheitsgrad insgesamt erheblich verschlechtert und die Wachstumsbedingungen für die stets vorhandenen versteckten Streuherde begünstigt. Für mich gibt es keinen Zweifel, daß jede Radikaloperation mehr schadet als nützt.

*Atomsprühfeuerkanonade* ist Radikaloperation durch Totbestrahlung. Auch hier wird »weit im Gesunden« bestrahlt. Die Strahlendosis muß hoch sein, damit die Krebszellen absterben.

Die Strahlenfelder werden so bemessen, daß die tödliche Strahlung weit ins Gesunde reicht. Wieder am Beispiel des Brustkrebses klargemacht, bedeutet Atomsprühfeuerkanonade: Vier große Strahlenfelder werden angezeichnet und zwar im Bereich der Brustdrüse, der Achselhöhle, der Unterschlüsselbeingrube und der Oberschlüsselbeingrube. Und dann wird draufgestrahlt! Eine sehr häufige Folge ist der »Elefantenarm«, weil bei der Bestrahlung die Lymphbahnen zerstört werden, aus denen die Gewebsflüssigkeit des Armes abfließt. Auch wird nie in Rechnung gestellt, daß bei dieser Behandlung auch die Rippen und die Lungen sowie die Schulterknochen mitbestrahlt werden. Eine Unzahl von Mikroschäden sind gar nicht erkennbar. Selbst wenn der Patient an den Strahlenfolgen stirbt, wird das nicht der Bestrahlung, sondern der Krebskrankheit angelastet.

*Chemischen Giftkrieg* nenne ich nur die *Zellkiller*-Chemotherapie, nicht aber andere Arten der Chemotherapie wie etwa die Anwendung von Antibiotika. Die Zellkiller-Chemotherapie ist insgesamt betrachtet die schrecklichste Erfindung, die je zur Bekämpfung von Krebs gemacht wurde. Die Zahl derjenigen, die weltweit mit der Zellkiller-Chemotherapie gequält, verstümmelt und getötet wurden, geht inzwischen in die Millionen. Nach dem heutigen Stand der Erkenntnisse kann man überschlägig sagen: 90 Prozent der praktizierten Zellkiller-Chemotherapien haben den Patienten mehr geschadet als genutzt. Bei allerhöchstens 10 Prozent war die Nutzen-Schaden/Risiko/Unkosten-Bilanz positiv.

Es soll hier nicht bestritten werden, daß es einige Krebsarten gibt - insgesamt jedoch weniger als 10 Prozent aller Krebsarten -, bei denen die Zellkiller-Chemotherapie allen anderen Behandlungsmethoden überlegen ist. Dies gilt vor allem für bestimmte Arten von Kinderkrebs. Anscheinend unterscheidet sich die Krebskrankheit bei Kindern grundsätzlich von den meisten Krebskrankheiten bei Erwachsenen, weil sie Keimzellkrebse bzw. »Embryonalkrebse« sind. In der Embryonalperiode haben die Keimzellen die größte Entwicklungspotenz, bezogen auf die Differenzierung für die verschiedensten Zellarten. Dies macht die Zellen anscheinend empfindlicher gegenüber Schädigungsmöglichkeiten durch Gifte und Strahlen. Damit muß es wohl zusammenhängen, daß die Embryonalkrebse auf bestimmte Arten der Zellkiller-Chemotherapie stärker reagieren.

Die relativ große Heilungsquote bei Kinderkrebskrankheiten hängt höchstwahrscheinlich auch damit zusammen, daß im kindlichen Organismus eine sehr viel größere Regenerationskraft steckt als im Körper des Erwachsenen.

Es gibt auch Keimzellkrebse im Erwachsenenalter, beispielsweise in Form des Embryonalen Teratoms des Hodens (s.Tab. 2). Auch dieser spricht ähnlich gut auf die Zellkiller-Chemotherapie an.

Der schlimmste Irrweg war und ist die Anwendung der Zellkiller-Chemotherapie zur *Vorsorge*, also um eventuell vorhandene versteckte aktive Krebsherde auszuschalten. Hier läuft immer noch eine Unzahl sogenannter »klinischer Studien«, zu denen die Patienten kein rechtswirksames Einverständnis gegeben haben. Schlimmer kann nicht gegen das Verhältnismäßigkeitsgebot im Einsatz von Heilwaffen verstoßen werden. Kraß ausgedrückt: Man riskiert die Tötung als Vorsorgemaßnahme, obwohl vielleicht keine Krebsreste mehr vorhanden sind.

Es gibt inzwischen ein sehr großes Schrifttum gegen den Einsatz der Zellkiller-Chemotherapie im praktizierten Umfange. Im einzelnen erübrigt es sich, darauf einzugehen. Wer all das aufmerksam gelesen hat, was im Kapitel »Krebskrankheit« steht, wird kaum noch

daran zweifeln können, daß der Chemische Giftkrieg bei Krebs nur mit allergrößter Zurückhaltung angezettelt werden darf.

Wie die Zukunftsaussichten einer fortschrittlichen Entwicklung der Zellkiller-Chemotherapie zu einem akzeptablen Krebsbehandlungsverfahren von Strategieführern der Chemotherapie beurteilt werden, möchte ich anhand eines eigenen Erlebnisses schildern.

Nachdem ich im Januar 1986 öffentlich darauf hingewiesen hatte, welche Möglichkeiten in der Geschlechtshormon-Blockade als Wachstumshindernis für Krebsherde stecken, gab es einen großen Aufruhr. Man hoffte wahrscheinlich mehr, als man es vermutete, daß ich maßlos übertrieben und mir das meiste zusammengelogen hatte. Also schickte man zu mir zwei Ärzteführer der schulmedizinischen Krebsstrategie, nämlich Prof. Dr. med. G.A. Nagel, Ordinarius für Onkologie an der Universität Göttingen, und Prof. Dr. med. Gallmeier, Chefarzt der Onkologischen Klinik des Klinikums Nürnberg. Beide nahmen sich einen ganzen Tag lang Zeit, um meine Ergebnisse und Behauptungen zu kontrollieren. Am Schluß erklärten sie, sie könnten sich kein abschließendes Urteil bilden, wollten in spätestens sechs Wochen nochmals kommen, um sich ergänzend informieren zu lassen. Dabei blieb es dann. Sie kamen nie mehr wieder. Eine negative Publikation der beiden über mich erschien nicht. Jedenfalls wurde ich nicht darüber informiert, was kaum unterlassen worden wäre, wenn es sie gegeben hätte.

Und nun komme ich zum Punkt: Beide »Großmogule« der Chemotherapie - so möchte ich sie nennen, ohne daß dies abwertend gemeint ist - sind umgeschwenkt. Nagel wird in Kürze Chefarzt einer Klinik für Biologische Krebsmedizin in Freiburg, die zur Zeit im Bau ist. Und Gallmeier versäumt keine Gelegenheit, über die Wichtigkeit aller anderen Möglichkeiten der Krebsbekämpfung zu publizieren, insbesondere auch der Geist-Seele-Mitbehandlung, der Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte usw. Über Chemotherapie schweigt er sich seither weitgehend aus. Bin ich eventuell mitschuldig?

Es wäre ja möglich gewesen, daß die Zellkiller-Chemotherapie nur nach dem Stand von heute noch nicht gut genug ist, daß aber ihre Entwicklungspotenzen noch lange nicht ausgeschöpft sind. Das muß man nun wohl bezweifeln. Denn wenn es sich so verhielte, wären die beiden Großmogule der Chemotherapie sicher bei der Fahne geblieben.

## SECHSTER KARDINALFEHLER

*Vernachlässigung einer planmäßigen, behutsamen Nachbehandlung in den fünf kritischen Jahren nach der Erstentdeckung.*

Eine systematische Nachbehandlung Krebskranker nach dem Einsatz von RAC-Waffen findet in aller Regel nicht statt. Des öfteren kommt nur eine der drei Verstümmelungsmethoden zum Einsatz. Danach wird dann dem Patienten in aller Regel erklärt: »Nun sind Sie geheilt. Eine weitere Nachbehandlung ist nicht erforderlich. Wir müssen nur in bestimmten Abständen nachkontrollieren.«

Dann beginnt keine von Fall zu Fall verordnete gezielte Diagnostik nach Bedarf, sondern eine pauschale Überdiagnostik mit riskanten Methoden, insbesondere in Form von Röntgenuntersuchungen verschiedenster Art. Dafür bekommen die Krebspatienten einen Kalender, in den die Termine für die nächsten Jahre eingetragen sind. Nur wenn im Rahmen dieser Pau-

schaldiagnostik irgend etwas entdeckt wird, geschieht etwas: Der Totale Krebskrieg beginnt von neuem. Im übrigen wird nichts getan.

Auch das ist ein schwerer Fehler. Wie später noch gezeigt wird, gehört zu den wesentlichen Punkten unseres EUBIOS-Krebsbekämpfungsprogramms die Durchführung wiederholter »Klinik-Heilhilfe-Kompaktprogramme«. Die Patienten werden für zwei bis drei Wochen zur Klinikbehandlung aufgenommen, entweder in die Tagesklinik oder auf die Bettenstation. Dann wird unser intensives, behutsames EUBIOS-Behandlungsprogramm durchgeführt. Selbstverständlich kommt dabei auch die Diagnostik nicht zu kurz. Aber das Wichtigste ist auch bei Krebs nicht die Diagnose, sondern die Behandlung.

Solche Klinik-Heilhilfe-Kompaktprogramme müssen in bestimmten Abständen wiederholt werden. Dabei dürfen die Abstände immer mehr vergrößert werden, wenn es gelungen ist, alle erkennbaren Krebsherde zu beseitigen. (Näheres dazu im Kapitel 7.2.)

Es ist eine schwerwiegende Fehleinschätzung, wenn Operateure glauben, mit der Radikaloperation sei nun alles getan, sofern keine Krebsherde mehr entdeckbar sind. Wie die Erfahrung zeigt, muß man nach einer Radikaloperation fünf Jahre lang mit einem sogenannten Rückfall rechnen, der tatsächlich kein echter Rückfall ist, sondern nur ein so großer Auswuchs der noch vorhandenen Krebskrankheit, daß er eines Tages entdeckbar wird.

Nach unserem behutsamen Nachbehandlungsprogramm rechnen wir damit, daß schon vier Jahre nach Beginn die Krebskrankheit geheilt ist, falls zwischenzeitlich keine Krebszeichen mehr entdeckt werden konnten. Nach der Radikalstrategie muß man also mindestens ein Jahr länger nachbehandeln. Fünf Jahre lang wäre eine regelmäßige Nachbehandlung - einschließlich ergänzender Diagnostik - notwendig. Genau das aber geschieht nicht.