

Das 3E-Programm in Kombination mit Papimi anstatt einer palliativen Intervention

Lothar Hirneise

3E-Zentrum

Im 3E-Zentrum in Buoch bei Stuttgart wird das 3E-Programm nach Lothar Hirneise gelehrt. Es beruht auf der Auswertung der Krankengeschichten von Tausenden von

Menschen, die Krebs in einem sehr späten Stadium überlebt haben und auf kausalen Überlegungen des Autors, warum Menschen Krebs haben. Bei diesen Auswertungen kam heraus, dass Ernährungs- und Entgiftungsthera-

pien bei vielen Final Stage Survivors (Patienten, die Krebs in einem finalen Stadium überlebten), eine tragende Rolle gespielt haben. Vor allem zeigte sich jedoch, dass es ab einem bestimmten Punkt der Erkrankung keine Materie (Chemotherapie, Vitamin C usw.) mehr gab, durch die dritte Personen wie z. B. Ärzte Krebskranke heilen können. In diesem späten Stadium müssen ganz bestimmte Lebensveränderungen bzw. energetische Prozesse stattfinden, damit Schwerstkranke wieder zurück ins Leben kommen können. Das 3E-Zentrum ist ein Seminarhaus (kein Krankenhaus!), in welchem dieses Wissen in einem 5-wöchigen Kurs unterrichtet wird.

Summary

73 Krebspatienten nahmen vom 30. Juni 2008 bis 30. März 2009 an einem fünfwöchigen 3E-Programm teil. Ziel des Kursus war und ist, finalen Krebspatienten zu vermitteln, was andere Patienten in einer ähnlichen Situation unternommen haben, um trotz der infausten Prognose wieder zurück ins Leben zu kommen. Von den 73 Patienten kamen sechs Patienten nach einer Operation ins Zentrum, ohne dass sie vorher weitere konventionelle Therapien in Anspruch nahmen. Die anderen 67 Patienten hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme alle konventionell diagnostizierte Tumore. Davon hatten 19 Patienten nicht operable Tumore, während 16 Patienten eine R0 Resektion hatten, jedoch mit Rezidiven. 32 Patienten waren operiert, chemotherapiert und/oder bestrahlt worden und hatten erneut Tumore / Metastasen. Am Stichtag der Erhebung (30.03.2010) waren noch 36 (53 %) von 67 finalen Patienten am Leben. Dies entspricht im Durchschnitt einer Verdreifachung der erwarteten Lebenszeit. Bei sieben Patienten mit teilweise multiplen Metastasen und einem Patienten mit inoperablem Glioblastom waren keine Tumore mehr vorhanden. Bei 15 Patienten kam es zu einer „Stable Disease“ ohne weiteres Tumorstadium und bei zwei Patienten mit einem Pankreaskopfkarcinom kam es außerdem zu einem normalen SUV Wert im PET. Dies bedeutet, dass es zwar zu keiner Tumormassenreduktion kam, dafür aber zu einer signifikanten Abnahme der Aktivität des Tumors. Nur drei Patienten von 36 berichteten, dass es Ihnen derzeit schlechter ginge als bei der Entlassung. Alle sechs Patienten die ohne Tumore angereist waren, ging es sehr gut und kein einziger hatte ein Rezidiv.

Papimi

Papimi wurde Anfang der 90er Jahre von dem griechischen Wissenschaftler Prof. Dr. Pappas entwickelt. Es ist ein Hochfrequenz-Gerät, das über die ionische magnetische Induktion Einfluss auf die gestörten, kranken Zellmembranen nimmt, brachliegende Stoffwechselfvorgänge anregt und damit die Selbstheilung der Zelle anregt. Prof. Dr. Pappas geht wie viele Frequenzwissenschaftler davon aus, dass Krebs eine energetische Störung ist, die mit der magnetischen Induktion wieder ins ursprüngliche Lot gebracht werden kann. Dieses Konzept fügt sich perfekt in den energetischen Fokus des 3E-Programmes ein und wird daher als eine optimale Ergänzung zum 3E-Programm betrachtet.

Umdenken des palliativen Ansatzes in der Onkologie

Der weitaus größte Teil (91%) aller Patienten kommt in das 3E-Zentrum in einem aus konventioneller Sicht aufgegebenem / palliativen (lindernden) Stadium. Die meisten Krebskranken wurden zuvor mit Operationen, Chemotherapie und/oder Bestrahlung behandelt, die Tumore sind jedoch weiter gewachsen oder wieder gekommen. Viele Patienten sind deshalb enttäuscht von der konventionellen Medizin und suchen dringend nach Alternativen für ihre Krebserkrankung, weil die klassische Medizin nicht (mehr) helfen kann. Ein palliativer Ansatz wie er heute üblich ist, wird im 3E-Zentrum aus folgenden Gründen abgelehnt:

1. Palliativ bedeutet den Patienten aufzugeben, also dass keine Heilung mehr möglich ist. Ohne Zweifel ist dies leider viel zu oft der Fall, doch dies gilt nicht für alle Patienten und niemand weiß ganz sicher im Voraus, wer zu welcher Gruppe gehören wird. Das haben in der Vergangenheit viele dokumentierte Final Stage Survivor bewiesen und beweist auch die Auswertung dieser Arbeit. Daher wird eine Heilung auch in einem Stadium angestrebt, in dem eine konventionelle Medizin keine kurative Ansätze mehr bietet.

2. Aus sozialen, finanziellen und kommunikativen Gründen wird Patienten häufig in schon palliativer Absicht gesagt, dass

man ja noch die eine oder andere konventionelle Therapie versuchen könnte, meistens orale Chemotherapeutika, Antikörper oder Angiogeneseblocker. Dadurch hat der Patient häufig den Eindruck, dass hier noch ein Heilversuch unternommen wird. Damit nimmt man jedoch Patienten die Chance sich zu entscheiden, ob man diese in Wahrheit ausschließlich palliativ angewandten Therapien möchte oder nicht. Der Patient glaubt fälschlicherweise, dass die empfohlenen Therapien auch zur Heilung führen könnten. Doch dies ist ein großer Irrtum, denn konventionelle palliative Therapien führen zu 99,99 % über kurz oder lang in den Tod. Ohne Zweifel können palliative Therapien manchmal auch Leben verlängern, doch der bedeutende Nachteil ist, dass es auf diesem Weg überhaupt keine Chance der Heilung mehr gibt.

3. Es ist ein großer Unterschied, wie ein Patient seine letzten Tagen verbringt, also mit oder ohne Hoffnung. Die Erfahrung zeigt hier unverkennbar, dass Hoffnungslosigkeit das Sterben verschlimmert, weil die Krebssymptomatik sich vor allem auf energetischer Ebene deutlich vergrößert und Menschen dadurch mehr leiden müssen. Aus diesem Grund wird im 3E-Zentrum einerseits auf der geistigen Ebene (Stressreduzierung) intensiv gearbeitet, aber auch auf der körperlichen Ebene durch eine strenge ÖL-Eiweiß Kost und durch die Energiezufuhr mit Papimi. Dadurch haben auch finale Patienten deutlich mehr Energie.

4. In der Regel bestehen palliative Therapien aus Chemotherapien, Bestrahlungen und Schmerzmitteln. Alle drei Therapien haben enorme Nebenwirkungen und jeder Mensch in dieser Situation sollte sich deshalb genau überlegen, ob er die vielen Nebenwirkungen in Kauf nehmen möchte, in der Hoffnung durch diese Therapie etwas länger leben zu können. Oftmals ist dies nämlich ein Trugschluss, denn die meisten Patienten leben bestenfalls ein paar Tage oder Wochen länger, müssen dafür aber ein Großteil dieser Zeit im Krankenhaus verbringen oder extreme Nebenwirkungen in Kauf nehmen.

5. Unkonventionellen Ärzten wird oftmals vorgeworfen, sterbenden Menschen nicht die Wahrheit sagen zu wollen und damit auch noch Geld zu verdienen. Dies entspricht jedoch in doppelter Hinsicht nicht der Wahrheit. Erstens zeigen die Auswertungen des Autors ⁽¹⁾ deutlich, wie wichtig es ist, dass sich Patienten in einem späten Stadium mit Menschen umgeben, die an ihre Heilung glauben. In erster Linie gehören hierzu maßgeblich die behandelnden Therapeuten. Und zweitens ist es vor allem die konventionelle Medizin, die in den letzten Monaten unglaubliche hohe Kosten produziert ^(2, 3, 4). Übrigens speziell bei den Erwachsenen mittleren Alters und nicht bei den Hochbetagten ⁽⁵⁾. Wie eine der größten Studien, die jemals zu diesem Thema gemacht wurde, aufzeigt, werden nicht nur enorme Kosten verursacht, sondern es stirbt mehr als jeder vierte palliative Patient durch eine Che-

motherapie früher. In der bekannten NCEPOD Studie ⁽⁶⁾ starben 115 von 429 palliativ therapierten Patienten (27%) an der Chemotherapie und nicht an ihrem Tumor.

Patientengruppen

Vom 30. Juni 2008 bis 30. März 2009 nahmen 73 Krebspatienten im 3E-Zentrum an einem fünfwöchigen 3E-Programm teil. Davon kamen 6 Patienten nach einer Operation ins Zentrum, ohne dass sie vorher weitere konventionelle Therapien in Anspruch nahmen.

Die anderen 67 Patienten hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme alle konventionell (Pathologieberichte und bildgebende Verfahren) diagnostizierte Tumore. Davon waren:

- * 19 Patienten nicht operabel, da die Tumore schon sehr weit fortgeschritten waren.
- * 16 Patienten, die eine R0 Resektion (Totaloperation des Tumors) hatten, aber Tumore wieder lokal und/oder metastasierend nachgewachsen waren.
- * 17 Patienten die operiert und chemotherapiert waren und Tumore ein- oder mehrmals erneut aufgetreten waren.
- * 15 Patienten die operiert, chemotherapiert und bestrahlt waren und Tumore erneut aufgetreten waren.

Metastasierung

Von 67 Patienten hatten 37 Patienten Metastasen, davon

19 Patienten eine multiple Metastasierung in mindestens 2, teilweise sogar in 4-5 Organen. 30 Patienten hatten Lokalrezidive, das heißt, dass ein Tumor oder mehrere Tumore wieder am Ursprungsort gewachsen waren. Die offizielle (durch Ärzte angegebene) Lebenserwartung aller 67 Patienten lag bei wenigen Wochen bis maximal 12 Monate, im Durchschnitt bei 6 Monaten.

Aufnahmesituation

Mit Ausnahme der 6 operierten Patienten ohne Tumore, hatten alle weiteren 67 Patienten gemeinsam, dass ihre behandelnden Ärzte Ihnen nur noch eine lindernde, aber keine kurative Therapie mehr vorgeschlagen hatten. Aus diesem Grund suchten die Patienten eine Alternative, da sie diese Aussage nicht akzeptieren wollten. 31 Patienten fanden das 3E-Zentrum, indem sie Bücher über alternative Krebstherapien gelesen hatten. 14 Patienten wurde das 3E-Programm von Ärzten und Heilpraktikern vorgeschlagen und 6 Gäste fanden den Weg über eine Internetrecherche. 22 Patienten kamen über Empfehlungen von früheren Kursteilnehmern oder deren Bekannten.

Krebsarten

Die häufigste Krebsart war Brustkrebs (n19), gefolgt von Darmkrebs (n9), Non-Hodgkin (n4) und Blasenkrebs (n4). Weitere Krebsarten waren: Pankreaskrebs, Glioblastome, Bronchialkarzinome, Prostata-

krebs, Schilddrüsenkrebs, Melanome, Magenkrebs, Sarkome, Ovarialkrebs, Gebärmutterkrebs, Zungenkrebs, Speiseröhrenkrebs und primärer Leberkrebs.

Behandlungsziele:

Der Ansatz des 3E-Programmes ist grundsätzlich ein kurativer, selbst dann, wenn aus konventioneller Sicht schon eine palliative Situation vorliegt. Ausschlusskriterien für einen kurativen Ansatz im 3E-Zentrum sind nicht wie in der konventionellen Onkologie üblich die Menge oder die Größe und Aktivität von Tumoren, sondern der energetische Status eines Menschen. Sehr oft sind nämlich Patienten selbst mit großen Tumoren oder in einem metastasierenden Zustand in einem sehr guten energetischen Status Quo. Andererseits gibt es Menschen mit einer relativ kleinen Tumormasse, die jedoch einen sehr schlechten energetischen Status haben. Die Beachtung des Körpers auf einer energetischen Seite und die Beachtung des Geistes in Bezug auf eine zukünftige Zielsetzung werden als oberste Priorität des 3E-Programmes angesehen.

Auf der körperlichen Ebene wurden folgende Interventionen vermittelt:

Öl-Eiweiß Kost

Das 3E-Zentrum ist derzeit das einzige Zentrum in Deutschland, in dem die konsequente Umsetzung der Öl-Eiweiß-Kost

stattfindet und wird im Gesamtkonzept als die optimale Basis einer Ernährungstherapie für Krebskranke angesehen. Der Autor dieser Studie hat diese Kost persönlich über viele Jahre von Frau Dr. Johanna Budwig erlernt. Das Wesentliche dieser Kost ist, dass Transfettsäuren komplett ausgeschaltet werden und an deren Stelle leicht bekömmliche und leicht verbrennbare, hochwertige Fette in Verbindung mit Proteinen treten (Quark, Leinöl und Milchmischung). Diese Lipoproteine in Kombination mit weiteren Ankerpunkten der Öl-Eiweiß Kost wirken sich günstig auf die Zellatmung aus und erlauben dem Körper Elektronen besser aufzunehmen, zu lagern und bei Bedarf abzugeben. Achtung: diese Kost hat nichts gemeinsam mit verschiedenen öl-eiweißreichen Nachahmer-Therapien wie sie von anderen Autoren angepriesen werden.

Papimi

Es ist heute unbestritten, dass Mitochondrien eine große Rolle in der Krebsentstehung bzw. auch in der Krebstherapie spielen. Vor allem die gestörte Natrium-Kalium-Pumpe wird in der Literatur schon seit mehr als 60 Jahren als ein spezifisches Krebsproblem anerkannt. Papimi ist ein gepulstes Magnetfeldtherapiegerät, welches kurze elektromagnetische Impulse über eine Spule abgibt. Dabei werden zwei aufgeladene Kondensatoren im Nanosekundenbereich über eine Funkenstrecke in einer speziellen Plasmakammer ent-

laden. Dieser magnetische Impuls wird durch ein flexibles, stark isoliertes Kabel einer Behandlungsspule zugeleitet. Dadurch entsteht in der Spule eine sehr geringe Grundspannung. Die Ionen bzw. die für den Transport ionisierten Moleküle und Tunnelproteine können entlang der magnetischen Feldlinien je nach Ladung in die Zellen ein- bzw. aus den Zellen heraus geschleust werden und dadurch steigt natürlich auch das Membranpotential der Zelle an, was man bei Krebspatienten als äußerst wichtigen Effekt betrachten muss.

Einmalig ist bei der Papimi Anwendung auch, dass keine Temperaturverschiebungen an den Zellen entstehen, da der Impuls nur einen Millionenbruchteil einer Sekunde dauert, in der es keine kinetischen Bewegungen gibt und somit auch keine molekulare Reibung.

Im Durchschnitt bekamen die Patienten eine 9 Minuten andauernde Papimi Behandlung. Vorrangig wurde die Wirbelsäule und die Tumorstelle(n) behandelt. In Sonderfällen wurden Behandlungen auch bis zu 20 Minuten verlängert oder am gleichen Tag (mehrmals) wiederholt. Hauptziel der Papimi Behandlung innerhalb des 3E-Programmes ist eine generelle energetische Anhebung. Manchmal wurde Papimi jedoch auch für akute Probleme als Symptomtherapie eingesetzt. So war z.B. bei einer Patientin innerhalb weniger Wochen die Inkontinenz weg, indem sie sich tgl. für 10 Minuten auf die Spule setzte.

Auch als Schmerztherapie wurde Papimi eingesetzt. Insbesondere bei Knochen-schmerzen zeigten sich teilweise sehr schnelle Verbesserungen. Für Krebskranke ist dies ein enormer Vorteil, da dadurch der Einsatz von Schmerzmitteln komplett oder teilweise vermieden werden kann. Im Gegensatz zur WHO Schmerztherapieleitlinie werden im 3E-Programm wegen negativer Effekte auf die Mitochondrien bzw. auf den Darm Schmerzmittel nur bei akutem Bedarf empfohlen. Zusätzlich kommen zur Schmerzreduktion verstärkt Kaffeeinläufe, mentale Techniken und die Schmerztherapie nach Lieb-scher & Bracht zum Einsatz.

Entgiftungsmaßnahmen

Um energetische Prozesse des Körpers zu beschleunigen, spielen Entgiftungsmaßnahmen eine große Rolle. Hier sind es vorrangig drei Bereiche, die im 3E-Programm detailliert betrachtet bzw. therapeutisch angegangen werden. Der **Säure Basen Ausgleich** findet vor allem über die vermehrte Zufuhr von rechtsdrehender Milchsäure statt, strenger Einhaltung der Öl-Eiweiß Kost und Ölziehen. Zusätzlich baden alle Patienten, sofern es der energetische Zustand erlaubt, mindestens einmal am Tag in einem Natronbad und machen tgl. 1-5 Kaffee- und/oder Natroneinläufe. Eine **Darmreinigung** findet zwei Mal wöchentlich durch Colon Hydro Therapien statt und der **Zahnstatus** jedes Patienten, vor allem Wurzelkanäle, wird grundsätz-

lich angeschaut und falls erforderlich eine notwendige Restaurierung / Verbesserung angestrebt.

Mentale Interventionen

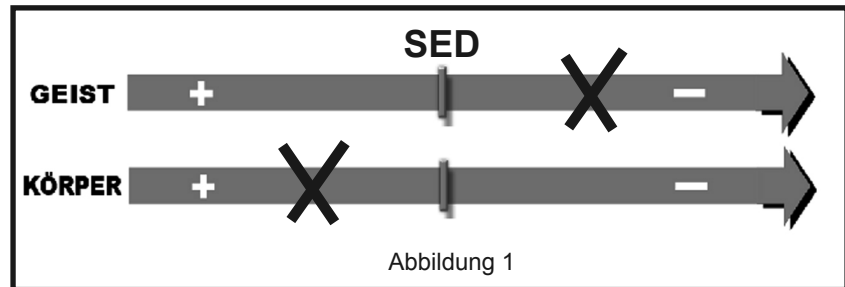
Neben den rein körperlichen Prozessen sind es besonders energetische, die häufig den Unterschied zwischen Leben und Tod bei Krebspatienten in einem fortgeschrittenen Stadium ausmachen ⁽⁷⁾. Im 3E-Zentrum kommen deshalb folgende drei Techniken zur Anwendung, die alle das Ziel verfolgen, die Heilungskräfte eines Individuums anzuregen.

1. Kausanetik

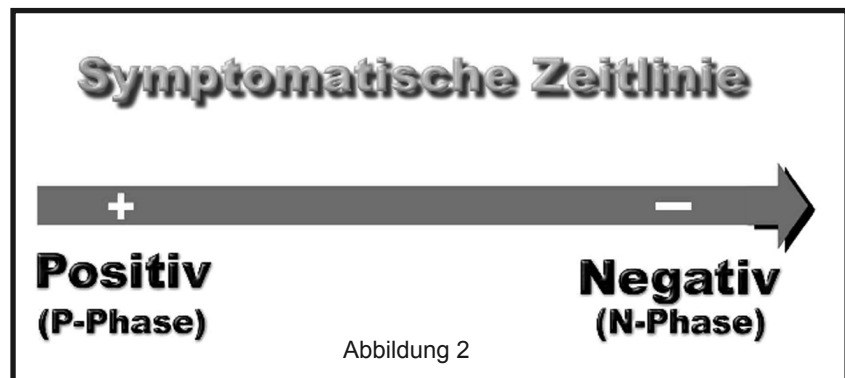
Eine tragende Rolle im 3E-Programm spielt die Kausanetik ⁽⁸⁾. Oberster Grundsatz der Kausanetik ist, dass die Evolution weitreichende Regulationsmechanismen kreiert hat, um das kurz- und langfristige Überleben der Spezies zu sichern. Aus der Sicht eines Kausanetikers dienen alle Symptome, oder besser ausgedrückt, alle Regulationsmechanismen, **zuerst** einmal dem Hauptgesetz der Evolution: **dem Überleben der Spezies**.

Ähnliche Ansatzpunkte gab es früher in der Psychoanalyse, der TCM oder in den letzten Jahren durch Metamedizin. Die Kausanetik unterscheidet sich jedoch deutlich hiervon, da sie davon ausgeht, dass Symptome im Laufe einer Erkrankung eine symptomatische Eigendynamik entwickeln (SED = symptomatische Ei-

gendynamik). Die SED kann man ansatzweise mit Herbert Spencers *Survival of the Fittest* vergleichen. In der Kausanetik kann eine SED auf einer körperlichen, aber auch auf einer geistigen Ebene eintreten, und zwar unabhängig von der anderen. Somit kann z.B. auf der geistigen Seite eine SED schon eingetroffen sein, erkennbar durch große Angst und Schlaflosigkeit, während auf der körperlichen Seite nur ein kleiner langsam wachsender Tumor vorhanden ist, der noch keine SED entwickelt hat (siehe Abbildung 1).



Aus der Sicht der Kausanetik wechselt irgendwann jedes Symptom von einem positiven Symptom zu einem negativen Symptom. Das gleiche Symptom, das dafür gesorgt hat, dass man länger am Leben bleibt, sorgt also später für unseren Tod. Konventionelle Mediziner sehen leider jedes Symptom (jede Regulation) als negativ an und deshalb ist die heutige Medizin komplett darauf ausgerichtet Symptome zu bekämpfen (Abbildung 2).



Kausanetiker analysieren stattdessen zuerst einmal ob eine SED eingetreten ist oder nicht. Erst dann entscheiden sie, ob ein Symptom zwecks Zeitgewinnung / Lebensverlängerung bekämpft werden muss oder aber, wie in den meisten onkologischen Fällen, genügend Zeit für eine Ursachenforschung vorhanden ist. Heute wird immer noch, und zwar im konventionellen wie im alternativen Lager, diskutiert, warum das Immunsystem die „bösen“ Krebszellen nicht erkennt und zerstört. Da Krebszellen jedoch aus der Sicht der Evolution niemals „böse“ sind, sondern Teil eines genialen Regulationssystems, sterben Krebszellen auch nur dann, wenn diese nichts mehr zu regulieren haben. Wie wichtig unser Körper „seine Tumore“ für ein **kurzfristiges Überleben** ⁽⁹⁾ betrachtet, kann man auch daran sehen, wie vorrangig Tumore behandelt werden, z. B.

durch Angiogenese (Neubildung von Blut- und Lymphgefäßen) oder bei der Bevorzugung der Glukoseaufnahme. Daran kann man auch erkennen, in welcher Sackgasse die derzeitige Krebsforschung steckt. Immer häufiger versuchen nämlich Pharmafirmen z. B. Angiogeneseblocker zu entwickeln. Doch anstatt Krebsprozesse in einer früheren Entwicklung zu verstehen, versucht man neue Medikamente zu entwickeln, die erst dann eingreifen, wenn eine SED schon längst eingetreten ist.

Visualisierung

Nachdem weltweit mehrere Studien ^(10, 11, 12) bewiesen haben, dass Krebspatienten, die konsequent Visualisierungstechniken anwandten, entweder länger lebten oder anderweitig profitierten (weniger Schmerzen, weniger Nebenwirkungen usw.), wird inzwischen die Wichtigkeit von Visualisierungstechniken selbst in der konventionellen Medizin nicht mehr bezweifelt. Doch wider besseren Wissens findet bis heute zumindest in Deutschland keine Umsetzung statt.

Nicht so im 3E-Zentrum. Hier kommen gleich mehrere Visualisierungstechniken zum Einsatz. Neben Techniken aus der Kausanetik kommen russische Programme der Gentransfertechnologie zum Einsatz und vorrangig das **Mind-Store Programm**. Alle Patienten dieser Studie durchliefen in fünf Wochen folgende Punkte:

In der ersten Woche ging es

darum, die Ist-Situation der Erkrankung und des allgemeinen Lebens genauer zu analysieren. In der zweiten Woche ging es darum, Klarheit in Bezug auf die Lebensziele zu bekommen. In der dritten Woche arbeiteten alle Patienten an möglichen mentalen Blockaden (Überzeugungen, Einstellungen & Gefühlen) und in der vierten Woche wurden die ersten Entscheidungen für ein verändertes zukünftiges Leben getroffen. In der fünften Woche ging es darum das Vertrauen in das neue Leben so zu festigen, dass Patienten auch zu Hause in der Lage sind, in sich zu ruhen und mit Vertrauen das für sie Notwendige zu tun.

Synergetik

Synergetisches Heilen nach Bernd Joschko geschieht durch eine Selbstorganisation der neuronalen Energiebilder. Diese innovative Heilmethode hat ihr Wirkungsprinzip aus der Bionik. Die Grundidee der Bionik ist, dass die Natur in Millionen Jahren evolutionärer Prozesse durch Mutation und Selektion optimierte biologische Strukturen geschaffen hat. Auch die Psyche des Menschen unterliegt bionischen Grundprinzipien, denn das Gehirn ist das Produkt intensiver Entwicklung über Millionen von Jahren hinweg. In der Synergetik geht es wie in der Kausanetik nicht darum, den Patienten zu heilen, sondern neue Prozesse auf körperlicher und geistiger Ebene anzuregen, damit dadurch heilende Verläufe entstehen können. Ungefähr 90% aller Patienten waren in der Lage in

den üblicherweise zweistündigen Sitzungen Bilder zu sehen und mit diesen zu arbeiten. Teilweise reagierten Patienten innerhalb weniger Stunden mit einer körperlichen Symptomatik, was jedoch in der Synergetik wie auch in der Kausanetik als positiv betrachtet wird. Als gewinnbringend wurde von vielen Patienten auch empfunden, dass sie mit zwei Synergetik Therapeuten arbeiten konnten.

Outcome

Von 67 finalen Patienten mit einer mittleren Lebenserwartung von 6 Monaten, die im Zeitraum zwischen 30. Juni 2008 bis 30. März 2009 aufgenommen wurden, waren am Stichtag der Erhebung (30.03.2010) noch 36 Patienten (53%) am Leben. Dies entspricht im Durchschnitt einer Verdreifachung der erwarteten Lebenszeit. Bei 7 Patienten mit teilweise multiplen Metastasen und einem Patienten mit inoperablem Glioblastom waren keine Tumore mehr vorhanden. Der Nachweis erfolgte bei diesen Patienten durch konventionelle Ärzte und bildgebende Verfahren wie MRT, CT und PET.

Bei 15 Patienten kam es zu einer „Stable Disease“ ohne weiteres Tumorwachstum. Bei zwei Patienten mit einem Pankreaskopfkarcinom kam es außerdem zu einem normalen SUV Wert im PET. Dies bedeutet, dass es zwar zu keiner Tumormassenreduktion kam, dafür aber zu einer signifikanten Abnahme der Aktivität des Tumors. Bei 8 Patienten gab

es ein weiteres Tumorwachstum, jedoch ohne eine Verschlimmerung der Lebensqualität und nur 3 Patienten von 36 berichteten, dass es ihnen derzeit schlechter ginge als bei der Entlassung. Alle 6 Patienten die ohne Tumore angereist waren, ging es sehr gut und kein einziger hatte ein Rezidiv.

Summary

Auch wenn die Studie mit nur 73 Patienten durchgeführt wurde und zwischen Erstaufnahme und der letzten Erhebung (31. Mai 2010) nur maximal 23 Monate lagen, kann man aus den vorhandenen Daten wichtige Rückschlüsse ziehen.

1. Niemals aufgeben

Allen acht Patienten die heute ohne Tumore sind und auch die Patienten, bei denen es zu einem Stillstand des Tumorwachstums kam, war zuvor von ihren behandelnden Ärzten keine oder nur noch eine palliative Therapie vorgeschlagen worden. Dass es jedoch möglich ist, auch in einem sehr späten Stadium wieder gesund zu werden oder aber noch viele Jahre mit einer hohen Lebensqualität zu leben, zeigt diese Studie und die gesammelten Dokumentationen des Autors. Patienten sollten verstehen, dass die Aussage eines Arztes: „Ich kann Ihnen nicht mehr helfen“, ausschließlich bedeutet, dass er mit den ihm bekannten konventionellen Therapien wie Chemotherapie, Bestrahlung oder Anti-

körper nur noch einen rein palliativen Weg einschlagen kann. Diese Therapien können leider bei metastasierendem Krebs nicht mehr kurativ eingesetzt werden. Es bedeutet jedoch nicht, dass es grundsätzlich keinen Weg mehr in die Heilung gibt.

2. Fünf Prozent =

100 Prozent?

Wenn es um Überlebensraten geht, werden üblicherweise Prozentzahlen angegeben. Doch eine Überlegung wird hierbei oft vergessen. Wenn z. B. 15 Patienten der Studie fünf Jahre überleben, dann sind dies lediglich 20 % aller Patienten. Doch für diese 15 Patienten bedeutet es, dass sie zu 100 % und nicht zu 20 % überlebt haben. Und statistisch gesehen wäre es eine Steigerungsrate von 1500 % gegenüber konventionellen Therapien. Der Autor möchte hier die Fragen in den Raum stellen: „Und was wäre wenn nur ein einziger Patient überleben würde? Hätte sich die Arbeit dann auch gelohnt?“

3. Keine Prognosen erstellen

Obwohl sich der Autor jetzt seit vielen Jahren intensiv mit aufgegebenen Krebspatienten beschäftigt, ist es auch ihm immer noch unmöglich, eine genaue Prognose zu erstellen, welcher Patient überleben wird. Die Multikausalität einer Krebserkrankung ist deutlich komplexer als häufig angenommen wird. Aus diesem Grund sollten Ärzte unbedingt

damit aufhören, ihren Patienten mitzuteilen, wie lange diese schätzungsweise noch zu leben haben. Damit werden ausschließlich zusätzliche „Todesprogramme“⁽¹³⁾ ausgelöst, die einen Patienten nur belasten und ihm manchmal sogar die letzte Heilungschance nehmen. Dies widerspricht auf jeden Fall dem Grundsatz der Medizin: Primum non nocere, (zuerst einmal nicht schaden).

4. Notwendige Disziplin

In der Studie zeichnete sich deutlich ab, dass Überlebende eine hohe Disziplin benötigen um ihre (neu) gefundenen Lebensziele in Richtung Lebensglück anzugehen und die anstrengende Entgiftungsarbeit (Einläufe, Bäder...) bzw. eine strikte Ernährung einzuhalten. Je disziplinierter die Patienten sich an das 3E-Programm hielten, desto größer waren deren Überlebenschancen. Viele Krebspatienten haben jedoch Herausforderungen mit den hohen Anforderungen an die tägliche Disziplin oder/und mit der Umsetzung der notwendigen Lebensänderungen vor allem im mentalen Bereich.

5. Es gibt keine

Spontanremissionen

Aus konventioneller Sicht gelten Krebskranke, die in einem späten Stadium überleben, als Patienten mit einer Spontanremission. Offiziell⁽¹²⁾ hat jedoch nur jeder 100.000 Patient eine Spontanremission. Umgerechnet auf das 3E-Zentrum würde

dies bedeuten, dass Patienten des 3E-Zentrums eine zigtausendfach höhere Rate an Spontanremissionen haben als vergleichbare Gruppen. Dies ist jedoch sicherlich falsch und hier muss ein Umdenken stattfinden in die Richtung, dass es nämlich gar keine Spontanremissionen gibt.

Der Autor hat in den letzten 12 Jahren viele Länder bereist um Ärzte und Final Stage Survivor zu interviewen. Bei diesen Untersuchungen stellte sich schnell heraus, dass alle Überlebenden ausnahmslos verschiedene nicht-konventionelle Therapien gemacht hatten. Da keine Ernährungs- oder Entgiftungstherapien, und schon gar nicht mentale oder spirituelle Therapien, von konventionellen Ärzten als onkologische Therapien anerkannt sind, wurden solche Patienten immer in die Schublade Spontanremission oder Wunderheilung abgelegt. Dies hat den großen Vorteil, dass man in der konventionellen Medizin Erfolge nicht-konventioneller Kollegen immer als Spontanremission abtun kann, anstatt sich damit auseinander zu setzen, warum diese Patienten gesund geworden sind oder welche Gemeinsamkeiten es bei den Überlebenden gibt.

Abschlussüberlegung

Leider wird auf den Rücken von Patienten immer noch ein Krieg zwischen Schul- und Alternativmedizin ausgetragen. Und ein Ende ist hier wahrhaftig nicht abzusehen. Der Autor erlaubt sich deshalb zum Schluss noch folgende Überle-

gung für eine zukünftige Grundlegendiskussion beizutragen:

„Es ist offensichtlich, dass Patienten, die ihre Krebserkrankung in einem späten Stadium überlebt haben, niemals eine konventionelle Therapie gemacht haben, sondern ausschließlich nicht-konventionelle Therapien. Könnte es nicht sein, dass auch – oder gerade! – Patienten, die sich noch in einem Anfangsstadium ihrer Krebserkrankung befinden, ebenfalls von Konzepten wie dem 3E-Programm oder anderen erfolgreichen nicht-konventionellen Therapien profitieren könnten?“

Literatur:

1. Lothar Hirneise: Chemothe- rapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe
2. Nooren, J.E.A.M. und René van Vliet (1994): Sterfte: een verdeelkenmerk voor normuit- keringen?, in: Tijdschr. Soc. Gezondheidsz, Jahrgang 72, S. 221–230.
3. Lubitz, James D. und Gerald F. Riley (1993): Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life, in: New England Journal of Medicine, Vol. 328, No. 15, S. 1092–1096.
4. Emanuel, Ezekiel J. und Linda L. Emanuel (1994): The Economics of Dying. The Illu- sion of Cost Savings at the End of Life, in: The England Journal of Medicine, Vol. 2, S. 540–543.

5. Dr. Konstantin Beck , Dipl. math. Urs Käser-Meier Mana- ged Care 2003, S. 24-26.)

6. National Confidential En- quiry into Patient Outcome and Death Studie 2008.

7. Lothar Hirneise: Chemothe- rapie heilt Krebs und die Erde ist eine Scheibe S. 527 – 619.

8. [www.krebstherapien.de/ kausanetik.pdf](http://www.krebstherapien.de/kausanetik.pdf)

9. Siehe hierzu auch das Buch: Ein medizinischer Insider packt aus; S. 182 - 183.

10. Vann Williams Donaldson¹ (1) Center for Stress Man- agement, 602-S Jones Ferry Road, Carrboro, North Car- olina

11. (Malignant Melanoma: Ef- fects of Early Unstructured Psychiatric Intervention; Re- currence and Survival 6 Years Later. Archives of General Psy- chiatry: 1003;50)

12. (Tusek, DL et al: Guided Imagery: A Significant Advance in The Care of Patients Under- going Elective Colorectal Sur- gery. Dis Colon Rectum, 1997; 40:172-178)

13. Siehe hierzu auch Publika- tionen von Dr. John Diamond / USA und Dr. Dingyin Huang / Taiwan.

14. Hobohm, U. Cancer Im- munol Immunother 2001) 50: 391-396DOI

Kontaktadresse des Autors:

www.krebstherapien.de