



15. 09. 2010

Herrn Advocat
Erik Bryn Tvedt
Stargata 11
3229 Sandefjord

Nachrichtlich
an das Jugendamt, D – *Name d. Ortes*

Betrifft:

Das auf der Flucht vor den deutschen Behörden und Gerichten befindliche 12jährige Mädchen *Name d. Pat.* aus *Name d. Ortes*, das z.Zt. mit seiner Mutter *Name* in Sandefjord weilt, weil sie der lebensgefährlichen Knocheninzision und Chemo bei Ewing Sarkom entfliehen wollten.

Auf Veranlassung des Rechtsanwaltes Erik Bryn Tvedt aus Sandefjord, Stargata 11, erstattet die kleine Universitet Sandefjord durch ihren Rektor, Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer, Facharzt für Innere Medizin mit Berufsverbot wegen (wörtlich) Nichtabschwörens der Eisernen Regel des Krebs und sich nicht Bekehrens zur Schulmedizin, das nachfolgende Vorgutachten als sog. 3. Meinung.

Das endgültige Gutachten, in Zusammenarbeit mit der Universität Oslo und der Universität Sevilla soll in etwa 4 – 6 Wochen erfolgen, wenn der Heilverlauf bei dem Kind *Name d. Pat.* entsprechend fortgeschritten, möglicherweise bereits abgeschlossen ist.

Gestern hat uns freundlicherweise der Vater der kleinen Patientin per E-Mail die MRT Aufnahmen geschickt, die am 23. 8. 2010 im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf angefertigt worden sind und die uns zu einem vorläufigen Gutachten gefehlt hatten.

Gutachtenfrage: Ewing Sarkom linker Oberschenkel,
1. was ist ein Ewing Sarkom,
2. was darf man nicht tun, was muß man tun?

Das 12jährige Mädchen (bisher keine Menarche) ist in sehr gutem Allgemein- und Ernährungszustand, Größe: 164 cm und einem Gewicht von 46 kg. Irgendwelche körperlichen, speziell neurologischen Auffälligkeiten bestehen nicht.

Lokal: Der linke Oberschenkel ist mäßig aber deutlich geschwollen, war nach Aussage der Mutter nie auffällig überwärmt. Die Farbe ist auch nicht unterschiedlich gegenüber rechts. Als **Name d. Pat.** am 06. 09. 2010 nach Norwegen gefahren kam, tat der linke Femur (=Oberschenkelknochen) noch weh, jetzt nicht mehr.

Hintergrund: Siehe Gedächtnisprotokoll der Mutter **Name** vom 07. 09. 2010.

Am 26. Juni spürte die Patientin nach einem Ausfallschritt ein Stechen in der linken Oberschenkelmuskulatur. Der Hausarzt stellte den Verdacht auf einen Muskelfaserriß. Sie hatte mäßige Schmerzen in der linken Oberschenkelmuskulatur. Eine Woche später (3. Juli 2010), offenbar weil sie den linken Oberschenkel schonen wollte und sich deshalb ungeschickt bewegte, rutschte sie im Schwimmbad von der Badematte im Spreizschritt ins Wasser. Von da ab hatte sie einen Schmerz im Oberschenkelknochen, von anderer Qualität als von dem vermuteten Muskelfaserriß.

Danach machte die Familie Urlaub in Österreich, der bis Ende Juli dauern sollte. **Name d. Pat.** machte den Urlaub mit, hatte aber immer wieder im linken Oberschenkelknochen Schmerzen. Der Oberschenkel war nicht angeschwollen. Später wurde im Nachhinein eine Fissur des linken Oberschenkels vermutet.

Es war geplant, daß **Name d. Pat.** am 7. August noch mit 2 Freundinnen zu „Reiterferien“ fahren dürfe. Darauf hatte sie sich schon ein ganzes Jahr gefreut.

DHS: Aber am 29. 07. 2010 waren die Schmerzen im linken Oberschenkel bei **Name d. Pat.** so stark, daß sie nicht mehr mit der Familie spazieren „humpeln“ konnte. Da entschied die Mutter, daß sie die Reiterferien absagen mußten. Das war für **Name d. Pat.** ein DHS, d.h. ein biologischer Selbstwerteinbruch-Konflikt für den linken Oberschenkel (=daß sie nicht mehr fähig war zu reiten). Die zugehörige Knochenentkalkung (Osteolyse) hätte auch am rechten Oberschenkel auftreten können. (Oberschenkel wegen Prädilektion für Reiter.) Aber **Name d. Pat.** ritt „besonders für die Mutter“, an der sie sehr hängt. Die Mutter freut sich darüber, daß **Name d. Pat.** reitet. Aus diesem Grund schlug der Biologische Selbstwerteinbruchkonflikt („ich kann nicht zu den Reiterferien fahren“) in den linken „Mutter-Oberschenkel“ ein, und zwar dort, wo auch die Fissur war.

CL: Von etwa Mitte August 2010 an setzte die Konfliktlösung mit Schwellung ein, da der Beginn der Reiterferien ja nun passè war. Die Heilung scheint durch Rezidive unterbrochen worden zu sein.

Am 02. 08. war eine Röntgenaufnahme des linken Oberschenkels angefertigt worden, die man schlecht beurteilen konnte.

Am 23. 08. wurde in der Universitätsklinik Hamburg/Eppendorf mit Kontrastmittel-Injektion eine MRT-Aufnahme angefertigt, daraufhin in Hamburg die Diagnose Ewing Sarkom gestellt.

Die Eltern wurden ultimativ aufgefordert, ihr Kind am 02. 09. 2010 zur Kinderklinik Hamburg/Eppendorf mitzubringen. Am 03. 09. sollte stationär die Inzision des Knochens stattfinden, unmittelbar danach Chemo-Gift-Applikation.



Die Eltern baten das Jugendamt, eine 2. (und 3.) Meinung einholen zu dürfen, wohl wissend, daß alle schulmedizinischen Meinungen stets gleich sind, wie es denn auch war (Universitätsklinik Kiel). Das Einholen einer 2. und 3. Meinung wurde den Eltern vom Jugendamt gestattet. Schließlich flüchtete die Mutter in wilder Panik vor der gefährlichen Knocheninzision über Dänemark nach Norwegen, um die 3. Meinung von der Universität Sandefjord, d.h. der Germanischen Heilkunde einzuholen.

Zur Sache:

Grundsätzliche Vorbemerkung:

Ewing Sarkom ist eine willkürliche Umbenennung, früher für Tibiakopf „Morbus Schlatter“ (= Schlattersche Erkrankung) genannt, jetzt Omoblastom, Peritheliom, diffuses Endotheliom, undifferenziertes Rundzellensarkom des Knochens etc. etc., nach Pschyrembel lauter Namen, Namen, Namen. Aber niemand wußte bis zur Germanischen Neuen Medizin® die Ursache. Man meinte nur, daß das Ewing Sarkom unendlich vielgestaltig sei und der dritthäufigste „Knochtumor“. In Wirklichkeit gibt es, wie gesagt, gar kein Ewing Sarkom, denn alle Osteolysen (= Knochenschwund) in der Heilungsphase könnte man Ewing Sarkom nennen denn alle Osteolysen in den verschiedenen Stadien der pcl-Phase sind im Prinzip gleich. Aber eben nur im Prinzip, denn kaum eine Heilungsphase verläuft nach Schema. Die allermeisten haben viele Konfliktrezidive, daher stammt die Polymorphie.

Alle medizinischen Abhandlungen über Ewing Sarkom beruhen auf einer astronomischen oder vorgetäuschten Ignoranz. Da man die 5 Biologischen Naturgesetze der Germanischen Neuen Medizin® (= Germanischen Heilkunde) seit 29 Jahren nicht zur Kenntnis nehmen will oder darf, arbeitet man weiter mit 5000 Hypothesen in rein deskriptiver Weise. Aus diesen albernem, rein deskriptiven sog. Diagnosen, ergeben sich dann die genauso albernem, aber tödlichen Prognosen und tatsächlichen Cemo-Verläufe, die ein einziger pseudowissenschaftlicher Betrug sind, betrügerische Zauberlehrlingspielchen.

Die Germanische Neue Medizin® (Germanische Heilkunde) ist die einzige strenge medizinische Wissenschaft (ohne eine einzige Hypothese) die alle, scheinbar ohne Zusammenhang dastehenden Phänomene nicht nur lückenlos kohärent einordnen kann, sondern auch die Ursache samt Verlauf genau angeben kann. Damit ist nicht nur das sinnlose schulmedizinische Flickwerk der verschiedenen Phänomene, sondern auch die schulmedizinische Therapie ad absurdum geführt.

Ich habe von 1968 - 1972 4½ Jahre in der Med. Universitätsklinik Heidelberg gearbeitet und meine Facharztausbildung zum Facharzt für Innere Medizin gemacht. In dieser Zeit habe ich (als „Badearzt“) auch die Bäderabteilung betreut sowie die Ausbildung und Prüfung der med. Bademeister und Masseur geleitet.

In diesen Jahren gingen viele hundert Fälle wie der von Name d. Pat. (Ewing Sarkom), dazu unendlich viele Fälle von akutem Gelenkrheumatismus, Morbus Schlatter, sog. Osteodystrophien aller Art (z.B. Paget-Syndrom), primär chronischer Gelenkrheumatismus (PCP), Morbus Bechterew, Morbus Sudeck etc. etc. durch meine Hände. Denn alle diese nicht operationsnotwendigen Knochenveränderungen und –erkrankungen waren damals noch ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Niemals haben wir einen einzigen von solchen Fällen punktiert oder inzidiert. Das war streng verboten. Auch die Orthopäden, mit denen unsere Abteilung ja eng zusammengearbeitet hat, haben das m.W. nicht



gemacht. Alle Patienten wurden in Sanatorien überwiesen, wo sie konservativ, d.h. durch Ruhigstellung des betroffenen Skeletteils behandelt wurden, was oft Monate dauerte. Aber wir haben nie von einem Todesfall gehört, von seltenen, durch begleitende Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Lungenembolie abgesehen.

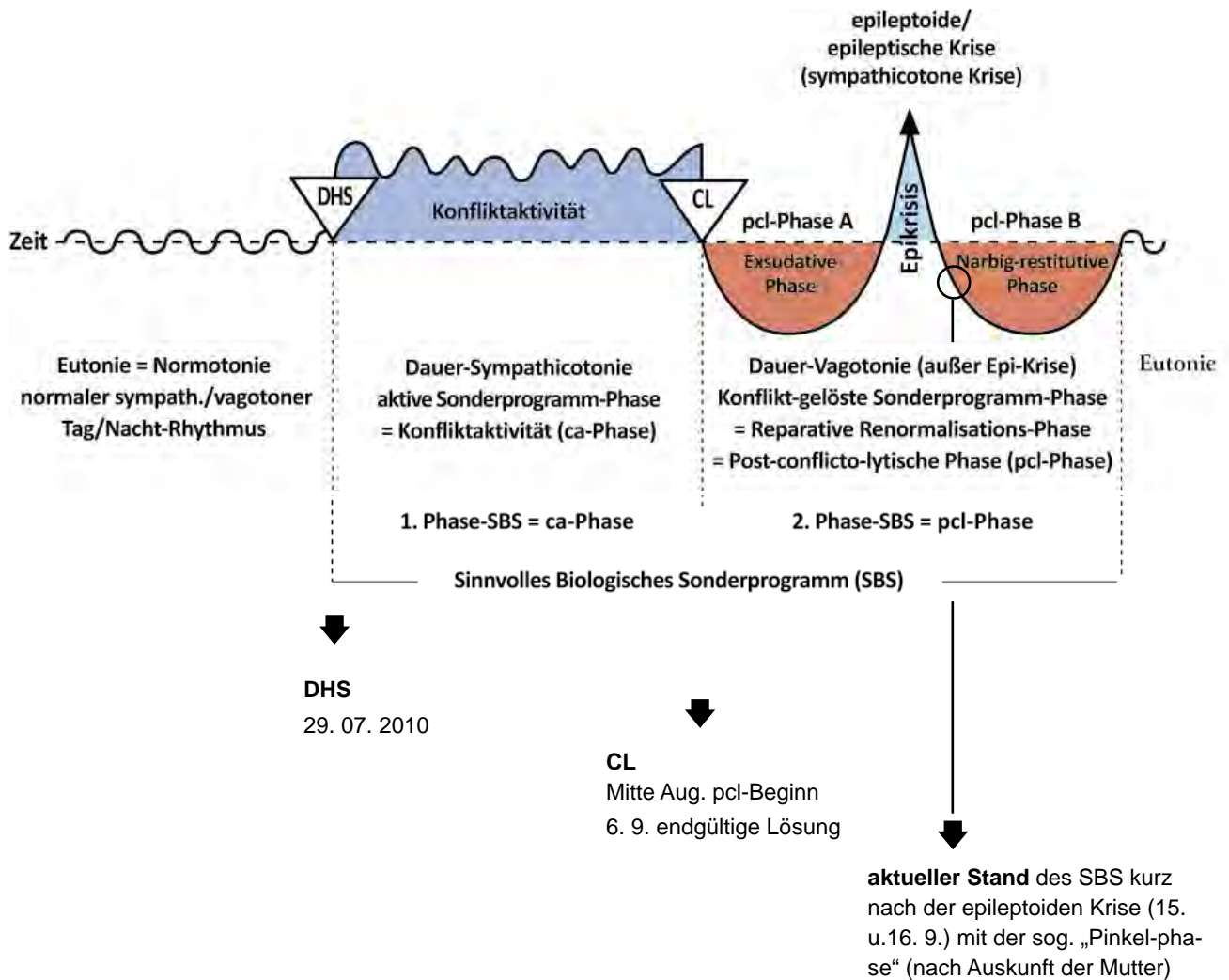
Dann kam die grausam dumme Zeit der Onkologen, die aber seit 29 Jahren (seit 1981) eine verbrecherische ist, denn alle Onkologen wissen seit 1981, daß alle jüdischen Patienten seit 1981 (heimlich) nach der Germanischen Neuen Medizin® (Germanische Heilkunde) behandelt werden und dort maximal 1% der Patienten an Krebs und auch den o.g. Erkrankungen sterben (siehe Veröffentlichung der israelischen Botschaft). Dagegen liegt laut aller großen internationalen Studien die Mortalität für Chemotherapie bei 95-98% . Gegenüber nichtjüdischen Patienten lügen die Onkologen auf die Frage der Patienten nach der Überlebensrate nach Chemo schamlos: „60-80% (der sog. „standardisierten Gruppe ohne Metastasen“)“. Da von 100 Patienten nach Chemo immer nur maximal 5 übrig bleiben und diese „ohne Metastasen“, so werden die 5 Überlebenden für die standardisierte Gruppe als 100% gerechnet. Wenn dann noch einer daraus am Herzinfarkt stirbt oder an Verblutung, dann fädeln die Onkologen schamlos von 60 oder 80% Überlebenschance. Diesen onkologisch betrügerischen Taschenspielertrick mußte erst kürzlich (im April 2009) der oberste Onkologe Norwegens, Prof. Smøland, Oslo, peinlicherweise vor dem Tingrett Sandefjord in aller Form zugeben. Den Zuhörern blieb vor Erstaunen der Mund offen stehen. Ähnlich wie in Dresden aus 1-2 Millionen am 13. Februar 1945, 25000 („identifizierte“) Tote gemacht wurden, werden hier aus 3 überlebenden Patienten 60% Überlebende gemacht. Das muß man wissen, um abschätzen zu können, welches gigantische Verbrechen bei dem Kind Name d. Pat. geplant war und noch ist.

Im Nachfolgenden will ich nach der Germanischen Neuen Medizin® alle aufgezählten Knochen-„Erkrankungen“ darstellen, also akute Poly- oder Monoarthritis, sog. primär chron. Polyarthritis, sog. Morbus Schletter, sog. Ewing Sarkom und all die vielen anderen Knochenalterationen. Desweiteren alle Osteolysen, bzw. fälschlich genannten „Knochenmetastasen“, was im Grunde alles der gleiche Vorgang ist, nur in verschiedenen Stadien.

Natürlich hatten wir in den 60er Jahren in Heidelberg nicht gewußt, daß alles mit der Psyche zusammenhängt weil wir ja damals die 5 Biologischen Naturgesetze der Germanischen Neuen Medizin® noch nicht kannten. Deshalb konnten wir die Patienten nicht ursächlich richtig behandeln. Aber die konservative Therapie in den Fällen, die ja zumeist schon in der Heilungsphase waren, hatte ja immerhin eine 100%ige Überlebensrate. Das wissen die heutigen Onkologen und Kliniker auch ganz genau. Deshalb ist ihre vorsätzlich mortale Pseudotherapie ein rein religiös motiviertes Verbrechen, dem bisher (seit 1981) in Deutschland 25 Millionen Patienten zum Opfer gefallen sind. Das ist 1/3 unserer Bevölkerung.

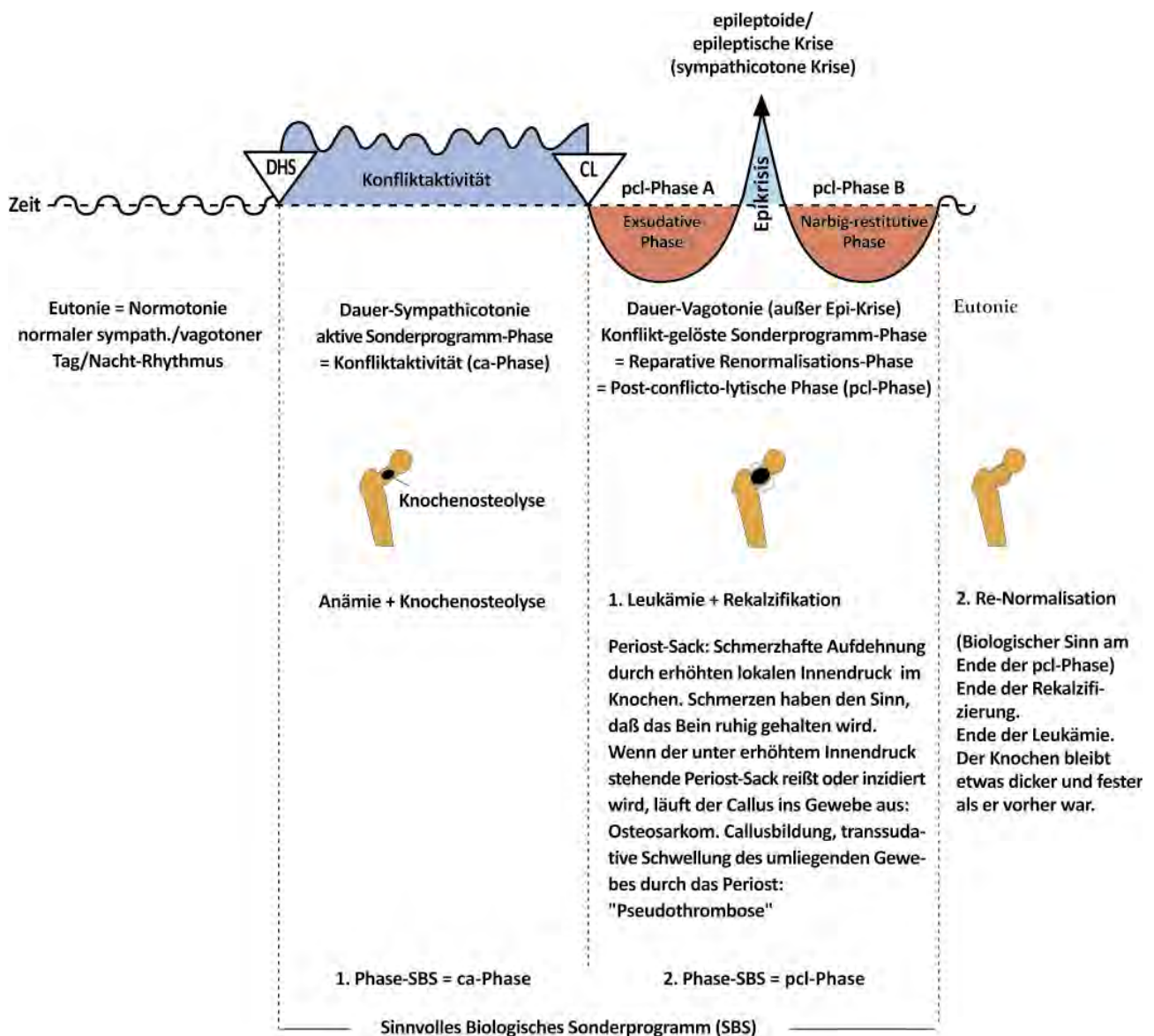
Hinzu kommt ja noch, daß alle diese sog. Skeletterkrankungen samt aller Osteolysen in der pcl-Phase gleichzeitig eine Leukämie machen (ich nenne das „das Glück der Leukämie“), die man im Prinzip auch nicht medikamentös behandeln, sondern schlicht durch Ruhigstellung ausheilen lassen muß.





Auf dem obigen Schema sehen wir DHS, CL und aktuellen Stand in der pcl-Phase von dem Kind *Name d. Pat.* eingezeichnet. Allerdings war Mitte August die CL nicht vollständig wegen der unärztlich bedingten Panikrezidive. Die endgültige Lösung setzte, wie auch die Mutter beobachtet hat, erst mit dem 6. 9., ihrer Ankunft in Norwegen ein („jetzt bin ich in Sicherheit“). Seitdem ist *Name d. Pat.* in voller Vagotonie, schläft gut und viel, hat sehr guten Appetit und ist völlig aus der Panik heraus.





Wenn wir das obige Schema betrachten, dann müssen wir feststellen, daß bei dem Kind *Name d. Pat.* noch etwas mehr abgelaufen ist, wovon die Schulmedizin angeblich keine Ahnung haben will, nämlich eine initiale „echte“ Anämie in der ca-Phase, in der pcl-Phase dann eine initiale Pseudoanämie durch vagotone Aufdehnung der Gefäße mit nachfolgender Leukämie und schließlich mit Leukozytennormalisierung und Erythrozytämie. Diese Phänomene sehen wir natürlich deutlicher bei schweren Verläufen mit länger gedauerter ca-Phase und dementsprechend großen Osteolysen. Dafür sehen wir bei *Name d. Pat.*, weil sie noch so jung ist, einen intensiven Heilverlauf. Aber im Prinzip ist alles gleich.

Soweit das Grundscheina. Die erwähnten zehn, zwanzig oder mehr sog. Knochenerkrankungen, alle möglichst mit Eigennamen als Syndrome beschrieben, gehören jedes Einzelne an irgend eine Stelle in dieser Zweiphasigkeitsgraphik. Insofern sind sie im Prinzip natürlich alle gleich, nur zumeist in der pcl-Phase an verschiedenen Stellen auf der Graphik der Zweiphasigkeit zu finden. Manche,



wie z.B. Morbus Sudeck und die üblichen fälschlicherweise Knochenmetastasen genannten Osteolyse findet man auch im ca-Phasen-Teil der Kurve.

Besonders hervorheben muß man noch, daß eine normale Knochenfraktur ohne DHS sofort in Heilung geht, ohne Osteolyse. Bei einem Biologischen Selbstwerteinbruch-Konflikt (SWE), egal ob mit oder ohne Fraktur, bildet sich in der ca-Phase zunächst einmal die Osteolyse, heißt umschriebene Knochenentkalkung, die wir bei *Name d. Pat.* nur deshalb kaum sehen, weil der Konflikt nur relativ so kurz gedauert hat.

In der pci-Phase setzt dann – unter starkem inneren Gewebedruck! – die Rekalzifizierung dadurch wieder ein, daß in der Osteolyse viel Callus angesammelt wird. Durch den starken Gewebe-Flüssigkeits-Innendruck wird die Flüssigkeit aus dem Knochen, entweder durch die Knochen-Korticalis (= Knochenaußenwand) transsudativ (= durchschwitzend), oder wenn die Korticalis eröffnet ist, aus dieser Öffnung herausgedrückt – füllt sich das umhüllende Periost mit Flüssigkeit und Callus!

Solange die callushaltige Flüssigkeit aus dem Knochen innerhalb der Knochenhaut bleibt oder nur die Flüssigkeit ohne Calluszellen durch die Knochenhaut ins Gewebe durchschwitzt und dort resorbiert wird, ist alles in Ordnung. Aber wehe, wenn man die Knochenhaut eröffnet! Dann ergießt sich der Callus durch die Öffnung ins Gewebe und bildet z.B. um den Röhrenknochen das Osteosarkom.

Wehe, wenn man den Knochen bei akutem Gelenkrheumatismus inzidiert

Im Nachfolgenden möchte ich den Fall eines jungen linkshändigen Mädchens von 16 Jahren berichten, das für sein Leben gern tanzte. Der Freund ihres Bruders war ein sehr guter Tänzer und sie tanzte jedes Wochenende mit ihm.

Das DHS geschah, als der Freund eines Tages "mehr von ihr wollte", sie aber Angst hatte, dann ein Baby zu bekommen. Da war ihr Verhältnis jäh zu Ende. Sie erlitt eine Osteolyse im rechten Knie (weil sie aus Angst davor, ein Baby zu bekommen nicht mehr tanzen konnte weil nun der Tanzfreund weg war). Dieses arme Mädchen ließ sich vom Onkologen überreden den Oberschenkel-Condylus inzidieren zu lassen. Das war der Beginn der Katastrophe!



Die Patientin zeigt auf die Stelle des rechten Knies, wo man eine 2-3 cm lange Knocheninzision gemacht hatte. Die Ärzte sagten ihr, der Knochen sei "sehr weich" gewesen.



Nach der Knocheninzision gab es nur noch die Frage, welchen Tod sie sterben mußte. Hätte sie sich Chemo geben lassen, dann wäre sie an Chemo gestorben (zu 98%), wie alle großen Statistiken ausweisen. Da sie keine Chemo wollte und verweigerte, floß nunmehr der Callus ungebremst durch die Knochenöffnung und das eröffnete Periost in das Muskelgewebe. Es floß und floß und floß und hörte gar nicht mehr auf. Das Knie wurde elefantisch dick und platzte überall auf. Sie bekam immer größere Schmerzen. Sie starb schließlich an Morphium.

Es ist furchtbar, man könnte sagen: Ein alberner Gelenkrheumatismus (Monoarthritis), an dem uns früher - ohne Knocheninzision - von Tausenden nicht ein einziger Patient gestorben ist, an dem stirbt der Patient mit der Knocheninzision (dem, was man bei *Name d. Pat.* verbrecherischerweise machen wollte) so oder so. Er ist quasi hoffnungslos verloren! Selbst eine Amputation rettet einen Patienten nicht mehr vor den Chemo-Exorzisten. Sie stehen Tag und Nacht vor dem Bett und drohen, die bösen Krebs-krabbel-Zellen des Osteosarkoms würden durch den ganzen Körper schwimmen oder krabbeln und der Patient würde eines gräßlichen Todes (wie das Fegefeuer der Hölle) sterben, wenn er sich nicht augenblicklich Chemo machen lasse. Fast immer bekommt der Patient dann Todesangst und Lungenrundherde und läßt sich die 98%ige, mörderische Chemo machen.



So beginnt das Martyrium - ohne Chemo endet es mit Morphium, mit Chemo ist der 98%ige Vergiftungstod sicher.

Wir müßeh hier mal ein ehrliches Wort zu der verbrecherischen Chemo-Tortur sagen: Das schlaugendste Argument ist, daß kein Jude auf der ganzen Welt nur eine einzige Spritze Chemo nimmt, genauso wie kein Jude die Schweinegrippen-Chips genommen hat ("wg. Schwein"). Wenn man aber öffentlich ausspricht, daß man sich als Nichtjude vor dem Chemotod drücken will, gilt das schon als Antisemitismus. Aber die Juden überleben zu 99% mit der Germanischen Heilkunde (siehe Veröffentlichung der israelischen Botschaft).

Mit Chemo und Morphium wird jeder Heilungsprozeß brutal gestoppt, also auch das Osteosarkom, sowohl das physiologische Osteosarkom zwischen Knochen und Knochenhaut, das im Rahmen der Knochenheilung gebildet wird und oftmals notwendig ist, als auch das künstlich, durch Knocheninzision außerhalb der Knochenhaut im Gewebe entstehende Osteosarkom.

Auf den weiter unten folgenden CT-Schnitten sehen wir den ganzen Irrsinn der Knocheninzision und der Chemo.

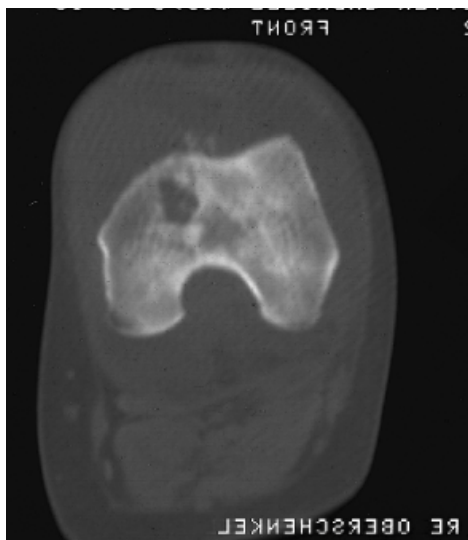
Die Patientin hatte ja ihren Konflikt gelöst, denn der Tanzfreund hatte signalisiert, daß er auch gerne weiterhin mit ihr tanzen wolle. Die Heilung des akuten Gelenkrheumatismus war ja auch schon zur Hälfte gelaufen. Die Schwellungsschmerzen begannen bereits nachzulassen. Eine Tragik, daß sich die Eltern durch Drohung mit Sorgerechtsentzug (wie bei *Name d. Pat.!*) doch noch zwingen ließen,



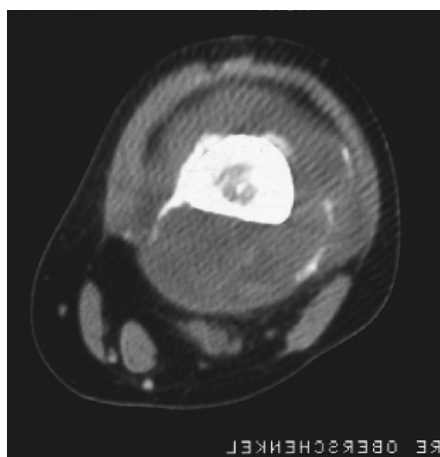
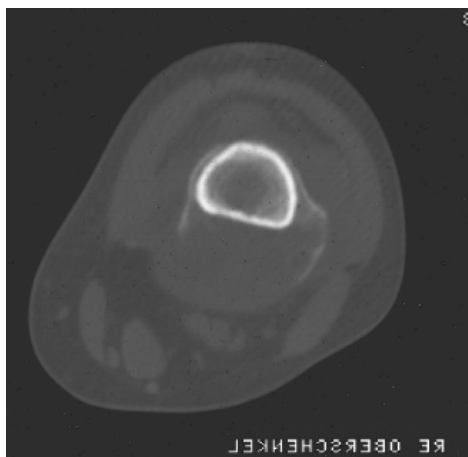
die tödliche Knocheninzision in den weichen (neu gebildeten) Knochen machen zu lassen. Von da ab lief der Callus unwiderstehlich und unaufhaltsam aus dem Knochen durch das Loch der Knochenhaut in das umgebende Gewebe. "Ja", sacheit dann die Schulmedizin, "die Diagnose lautet 'böartig', wir müssen Cemo machen." Chemo würde auch wirklich den Heilungsvorgang stoppen, also das Osteosarkom stoppen. Aber man muß dann die Chemo Jahre lang machen - oder das Bein amputieren. Wenn man mit der Chemo aufhört, macht das Osteosarkom wieder weiter. Das wird wieder mit Fortsetzung der Chemo verhindert. Aber auch die Amputation des Beines der leidenschaftlichen Tänzerin wäre für sie nicht die Rettung gewesen. Denn "sicher sind aus dem 'böartigen Knie' schon tausende böartige Krebszellen ausgeschwemmt." Die gilt es jetzt mit großangelegter Chemovergiftung abzutöten. Das Ende ist fast immer der Tod, nein der Mord.

Nochmals der Irrsinn:

Früher, in meiner Heidelberger Zeit, ist von Tausenden solcher Patienten nicht einer gestorben. In Israel stirbt von Tausenden auch nicht einer. Und unsere armen Patienten müssen zu Tausenden, d.h. zu 98% sterben!, müssen sich ermorden lassen!

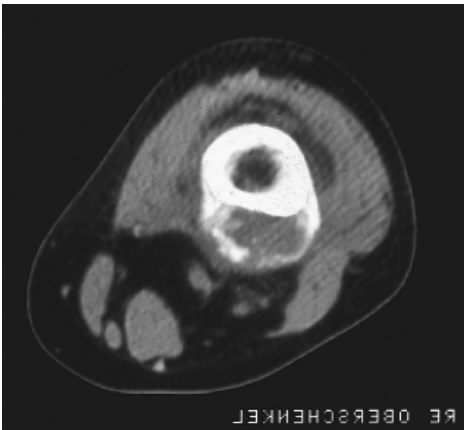


Es war der Condylus des Oberschenkelknochens betroffen. Dort, wo die Patientin auf dem Bild die 2-3 cm lange Inzisionsstelle demonstriert. Der Condylus war, wie man an der Rekalzifizierung sehen kann, schon weitgehend ausgeheilt. Erst durch die Inzision wurde der Heilungsvorgang gestoppt, weil nunmehr der Callus auslief und für innen fehlte.

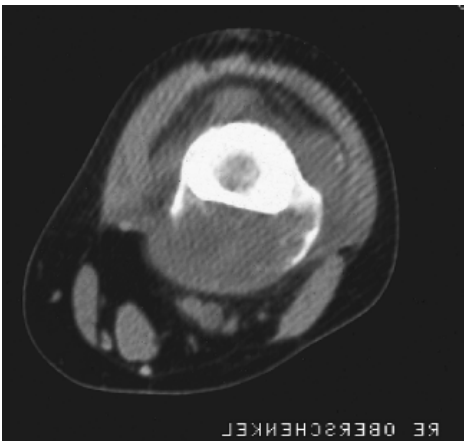


Wir sehen auf nebenstehenden Bildern, daß der Periostsack noch erhalten war. Durch die Inzision schwoll nun das Knie riesig an durch den auslaufenden Callus, genannt Osteosarkom. Es war ein glatter Kunstfehler, der dem Mädchen das Leben gekostet hat.





Auf diesen beiden Aufnahmen oben etwas höhere Schicht, unten etwas tiefere, zeigt sich die ganze Tragik: Der ganze Prezeß war schon weitgehend rekalkifiziert und wäre in nicht allzu langer Zeit ausgeheilt gewesen. Daß in solchen Fällen dann der Knochen durch den mit Callus aufgefüllten Periostsack evtl. dicker ist als vorher, das ist ja gerade der biologische Sinn dieses Sinnvollen Biologischen Sonderprogrammes der Natur.



Durch die Knocheninzision durch das aufgedehnte Periost hindurch und in den unter erhöhtem Gewebe-Flüssigkeitsdruck stehenden Knochen hinein, wird erst die vorgetäuschte "Notwendigkeit zu Chemo" gegeben, um nunmehr den Ausfluß der Callusmasse, sprich Osteosarkom, zu stoppen.

Noch einmal: Früher war Knocheninzision bei akutem Gelenkrheumatismus (Schlatter, Ewing etc.) strikt verboten. Sicher, eine Reihe von Patienten hatte nach der möglichen Defektheilung Beeinträchtigungen der Mobilität des betroffenen Gelenkes, evtl. sogar Versteifungen. Aber gestorben ist nie jemand, soweit ich mich erinnern kann. Jetzt sterben quasi alle an Chemo. Nur die religiöse Gruppe, bei denen und ihren Kindern eine Knocheninzision verboten und Chemo ebenfalls verboten ist, die überleben auch heute noch quasi alle.



Dadurch, daß der Callus nach außen aus dem Periost (= Knochenhaut) ausläuft und um die Knochenhaut das Osteosarkom bildet, kann der Knochen selbst nicht heilen, weil ihm jetzt der Callus fehlt. Dadurch kann sich die eigentliche Knochenheilung auf 1 Jahr oder mehr hinziehen, während das um die Knochenhaut wachsende Osteosarkom auch nicht sinnlos ist, sondern manschettenförmig stabilisierend um den Knochen herum wächst. Allerdings läuft der Callus bei künstlich geschaffenen Öffnungen auch oft einfach in Richtung des geringsten Widerstandes.

Außer diesen Rekalzifizierungsvorgängen im Knochen und zwischen Knochen und Knochenhaut, unter starkem Flüssigkeits-Gewebedruck im Inneren des Knochens, läuft nun noch ein weiterer Vorgang, den wir früher in unserer Ignoranz als eigene „Krankheiten“ fehlgedeutet hatten: Eine Anämie mit Leukopenie in der ca-Phase. Mit Beginn der pcl-Phase, also nach der CL, dehnen sich die Blutgefäße durch die einsetzende Vagotonie auf. Die dadurch bedingte Vermehrung der Serum-Verdünnung im peripheren Blut, müßte man eigentlich Pseudoanämie nennen - analog zur Schwangerschaftspseudoanämie in den letzten zwei Dritteln der Schwangerschaft (= Vagotonie) . Denn es finden sich gleich viele Blutkörperchen im peripheren Gefäßssystem wie vorher, eben nur verdünnt (z.B. Hb 7; Erry 2,5; Hk 22).

Nur die jüdischen Ärzte, die ausschließlich bei ihren Glaubensgeschwistern nach der Germanischen Neuen Medizin® therapieren, wissen, daß dies alles „normale Symptome“ sind die strikte Ruhe erfordern. Aber die Onkologen brüllen bei Nichtjuden: „Anämie und Leukämie“ und töten diese armen Patienten mit Chemo, die normalerweise mit der Germanischen Heilkunde eine Überlebensrate von 99% hätten.

Diese Zusammenhänge sind für jeden Kliniker einfach zu verstehen und für jeden jüdischen Arzt selbstverständlich. Aber die Propaganda der religiös gesteuerten Medien brüllt seit 29 Jahren, das dürfte nicht untersucht ja nicht einmal thematisiert werden für Nichtjuden. Nur durch diese Propaganda kann man weiterhin täglich 2000 Menschen in Deutschland mit Chemo umbringen.



So beschreibt der Pschyrembel ein typisches Ewing Sarkom, was aber vorher ein typischer „Morbus Schlatte“ gewesen war, der mit „Defektheilung“ abgeheilt war. Wir sehen, daß etwa 1 cm unterhalb der Epiphysenfuge eine durchgehende horizontale Osteolyse mit sog. „pathologischer Fraktur“ entstanden war (außer der übrigen Entkalkung des Tibiakopfes), wodurch diese die Epiphysenfuge und die darüberliegende Gelenkknorpelschicht tragende Knochenplatte sich nach medial verschoben hat, was Pschyrembel dann als „Einstauchung“ bezeichnet, die er nicht erklären kann. Wir sehen, daß Ewing, Schlatte und alle anderen Arten von Knochenentkalkungen (= Osteolysen) im Prinzip alles das Gleiche ist. Nur wußten wir früher bei der Vielgestaltigkeit der Phänomene (Polymorphie) noch nicht, daß die Ursache, nämlich ein Selbstwerteinbruch-Konflikt, im Prinzip auch immer das gleiche Phänomen ist. Das wissen wir erst, seit wir die (Germanische) Neue Medizin (1981) kennen.

Pschyrembel 1998, 4. Auflage, Seite 514

Ewing* Sarkom des Unterschenkels bei einem sechsjährigen Mädchen, vier Monate fälschlich als Osteomyelitis gedeutet! Die Klammer begrenzt den betroffenen Bezirk. Etwa 1 cm unterhalb der Epiphysenlinie ist der Knochen eingestaucht [386]





Dr. Hamer 11. 11. 1988

So sah mein eigenes rechtes Knie mit 53 Jahren aus, das linke Knie ist ähnlich. Vom 12. bis zum 17. Lebensjahr hatte ich erhebliche Schmerzen an beiden Tibiaköpfen. Ein Orthopäde gipste dann den „Morbus Schlatte“ abwechselnd ein, was aber nichts half. Erst als die Konflikte mit 16 Jahren definitiv gelöst waren, konnte eine definitive Defektheilung resultieren. Man sieht, daß in der Epiphysenfuge die darüberliegende Knochenplatte um 1-2 cm nach hinten verschoben und in dieser Fehlstellung zusammengewachsen ist. Eine ähnliche Defektheilung sehen wir am Ansatz der Patellarsehne. Auch bei der Kniescheibe sehen wir Defektheilung. Mit 18 Jahren war ich Hochleistungsspoertler (Tennis und Handball). Ich spielte in diversen Univ.-Handballmannschaften und beim Deutschen Meister. Glücklicherweise gab es damals noch keine ignoranten oder boshafte Onkologen, die den „Schlatte“ inzidiert und mit Chemo bearbeitet hätten. Das Mindeste bei dieser schweren Symptomatik wäre die Amputation beider Beine oberhalb der Knie gewesen, vermutlich aber der Tod.



Ich zitiere aus dem sog. „Goldenen Buch“, Vermächtnis einer Neuen Medizin (7. Auflage, 1999)

"Ein 17-Jähriger 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 (Tibia und Femur). 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 Konfliktes, bekam er Schmerzen im linken Knie."



14. 4. 1989

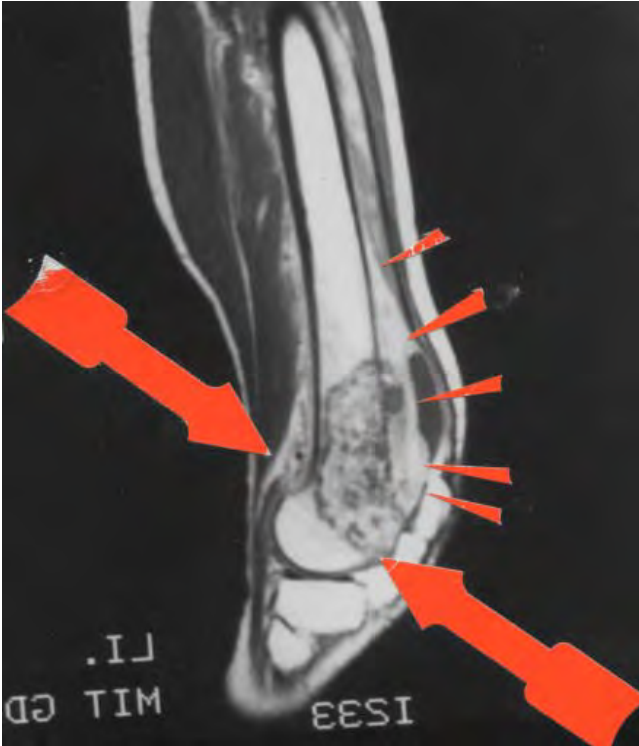
Bei diesem Fall (dem berühmten „Gips-schienenfall“) für den ich in Köln verurteilt wurde zu 4 Monaten Gefängnis wegen Verschenkens einer Gipsschiene als unerlaubte ärztliche Handlung, handelt es sich um eine Kombination von Morbus Schlatter und akutem Gelenkrheumatismus des linken Kniegelenkes. Wie wir (großer Pfeil oben rechts) an der Rekalzifikation des Condylus des linken Femur sehen können, befand sich das Knie bereits seit Monaten in der pcl-Phase und war auch schon geschwollen. Durch eine unvorsichtige statische Belastung des Knies kam es zu einer spontanen pathologischen Fraktur der „Schlatter-Osteolyse“ im Tibiakopf. (Bild v. 14. 4. 1989)



20. 4. 1989

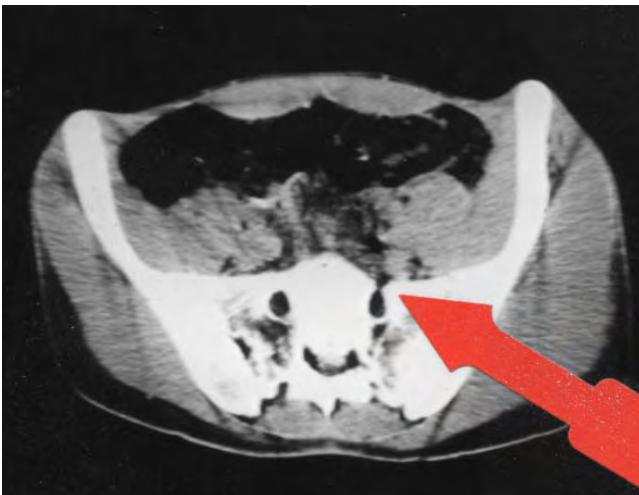
Auf dieser Aufnahme, nur eine Woche später, war es zu einem dramatischen Heilungssprung gekommen. Das ganze Knie schwoll gewaltig an und die „Schlatter-Osteolyse“ im Tibiakopf füllte sich prall mit Flüssigkeit. Dadurch hob sich die, den Gelenkknorpel tragende Knochenplatte, wieder hoch. In diesem Stadium hatte ich zur Ruhe geraten, wie wir das in Heidelberg bei vielen hunderten von Patienten mit Erfolg getan hatten. Aber die Ärzte in HH-Eppendorf amputierten die knöchernen Anteile des gesamten Knies samt Schien- und Wadenbein und nähten den Fuß am mittleren Oberschenkel an. Diesen Schwachsinn rechneten sie sich als Ruhmestat an. Chemo allerdings hat der mißhandelte Patient nach meinen Informationen anscheinend (aus religiösen Gründen) nicht bekommen. Anfangs hat man die Germanische Heilkunde noch nicht so konsequent verfolgt wie heute.





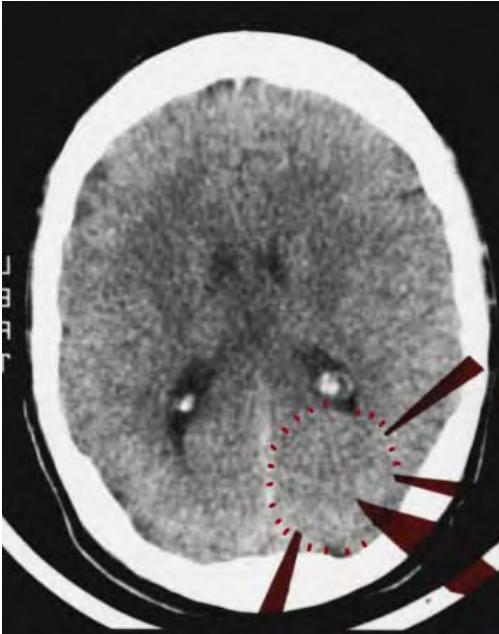
April 1989

Hier ein MRT des Oberschenkels von der Seite gesehen. Wir sehen eine Abknickung des Medialen Condylus durch die pathologische Fraktur im Epiphysenspalt nach hinten. Dieses Bild zeigt deutlich, daß ein solches Bild mit akutem Gelenkrheumatismus statisch nicht belastet werden darf bis zur Rekalzifizierung.



Auch die Krücken zur Schonung des betroffenen Knies sind nicht das Mittel der Wahl, denn es kommt dann rasch zur Deformation des Beckens wie auf nebenstehendem Bild zu sehen ist. Wir haben die Patienten früher eben schlicht ganz immobilisiert (Bett). Dann waren erfahrungsgemäß, auch hinsichtlich der Spätfolgen (z.b. partielle Versteifung) die Erfolge am Größten.





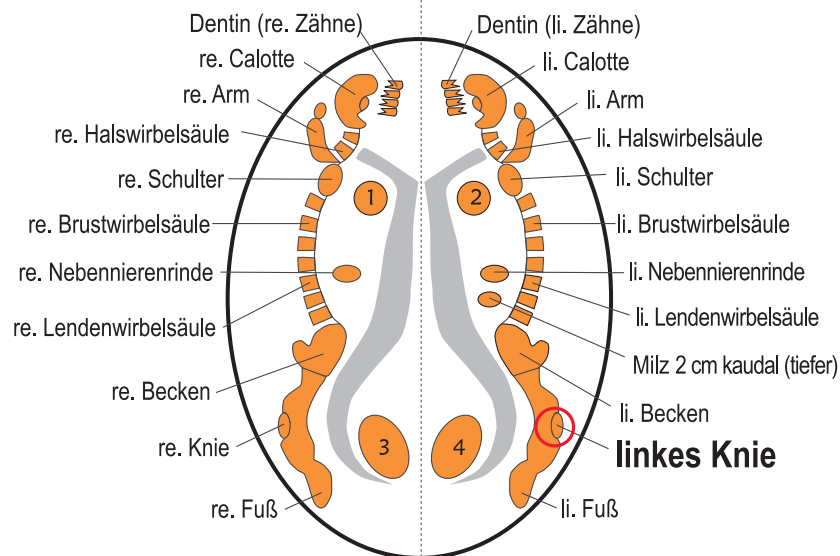
12. 5.89

So sieht die pCl-Phase eines akuten Gelenkrheumatismus des linken Knies im Hirn-CT aus. Das konnten die Ärzte in Eppendorf aber damals noch nicht lesen. Sie glaubten, noch schlauer zu sein als der Entdecker der Germanischen Heilkunde.

GROßHIRN - MARKLAGER - ORGAN - BEZUG

linke Gehirnseite für rechte Körperseite
mit Ausnahme des li. Myokard-HH (1) wg. Herzdrehung.

rechte Gehirnseite für linke Körperseite
mit Ausnahme des re. Myokard-HH (2) wg. Herzdrehung.



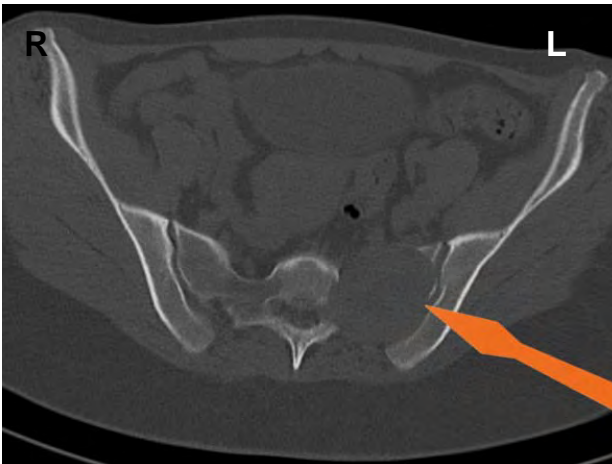
© Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer

Nach obenstehendem Schema ergibt sich der HH für das linke Knie in pCl-Phase.





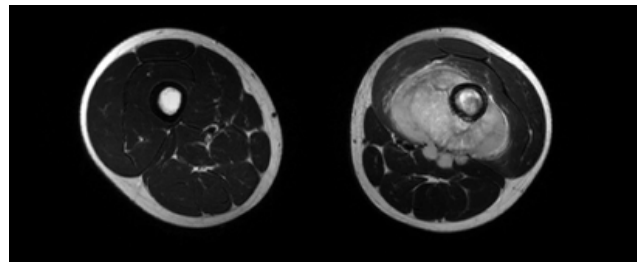
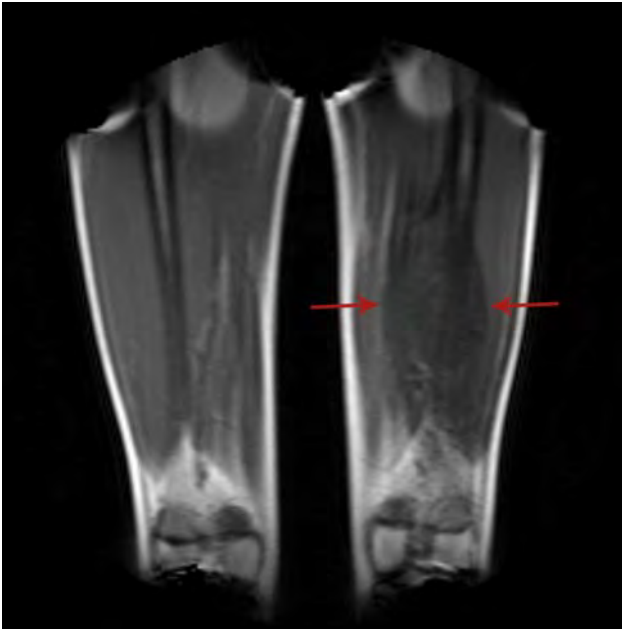
Diese beiden Aufnahmen einer 35jährigen RH Patientin zeigen Osteolysen. Auf dem linken Bild im Acetabulum (= Teil der Hüftgelenkspfanne) und auf dem unteren Bild im Kreuzbein. Der Konflikt war, daß sie bei einem dramatischen Ereignis (= DHS) glaubte, nunmehr kein Baby (wird im Becken getragen) mehr bekommen zu können. Als sie diese Möglichkeit doch wieder sah, kam es zur KonfliktoLyse und damit zum Beginn der pcl-Phase. Die Periostschwellung war aber nicht gleichmäßig. Oberes Bild: Die Acetabulum-Osteolyse ging nur sehr zögerlich in Lösung, die Kreuzbein-Osteolyse (unteres Bild) bekam eine kräftige Symptomatik (starke Schmerzen). Man kann das auch Ewing Sarkom nennen.



Jetzt kommen wir wieder zum Fall *Name d. Pat.* :

Name d. Pat. hatte glücklicherweise nur einen relativ kurzen Selbstwerteinbruch-Konflikt (DHS am 29. 7. 2010, CL am 15. 8. 2010 mit Rezidiven bis 6. 9. 2010) also etwa 4 Wochen Konfliktdauer.

Am 23. 8. (damals war *Name d. Pat.* gut eine Woche in der pcl-Phase) sahen die MRT-Bilder der Klinik Hamburg-Eppendorf folgendermaßen aus:

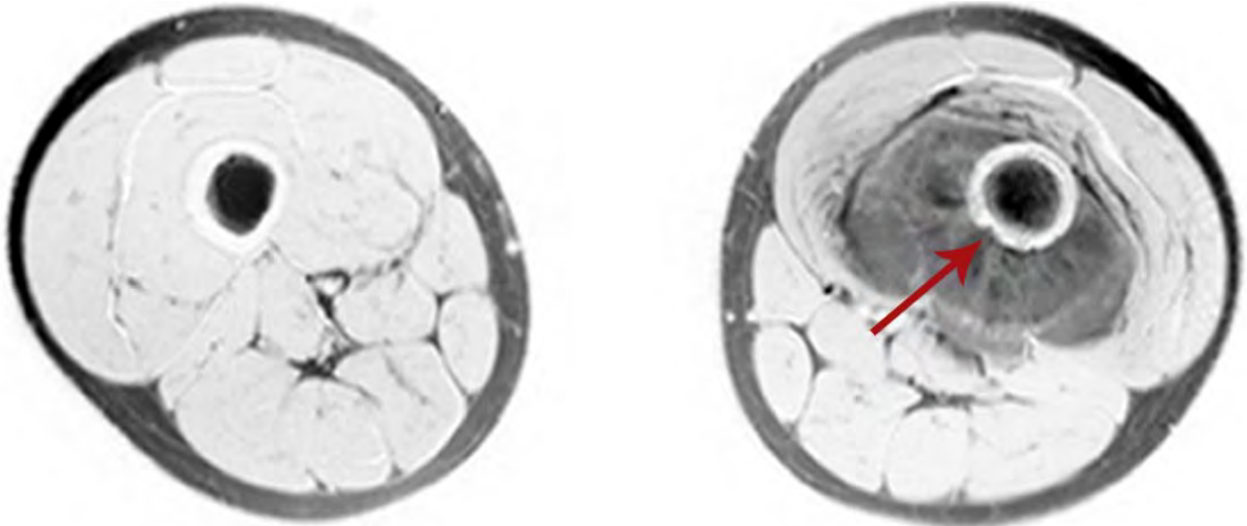


MRT vom 23.8.2010 ohne Kontrastmittel

MRT vom 23.8.2010 mit Kontrastmittel

Schon 1 Woche nach der CL sieht man die kräftige Aufdehnung des Periosts über der vermuteten Osteolyse (Kreis) bei jungen Menschen ist die Knochenhaut sehr elastisch und macht deshalb weniger Schmerzen als beim Erwachsenen.

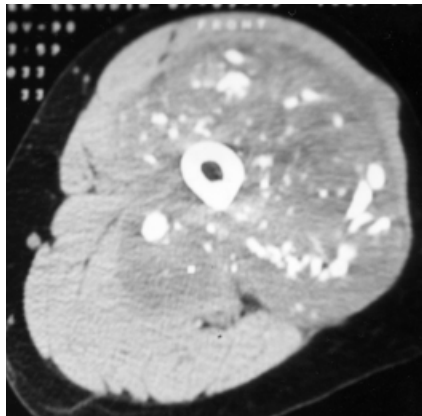




MRT 23. 8. 2010

Hier sehen wir das MRT (Negativbild) in Großaufnahme: Deutlich zu sehen ist die sehr kräftige Aufdehnung des Periosts (= Knochenhaut). Der Pfeil markiert möglicherweise die Fissur der insgesamt, durch den erhöhten Innendruck aufgedehnten Korticalis. Im Inneren des Röhrenknochens sieht man (schwarz) die Osteolyse des Knochens, die durch das DHS entstanden ist (Mutter: „So, die Reiterferien können wir jetzt vergessen.“).

Zum Vergleich hier die Bilder einer etwa gleichaltrigen Patientin, die das Glück hatte, keine Knocheninzision und keine Chemo bekommen zu haben.



Wir sehen auf dem Röntgenbild (rechts außen) und im zugehörigen CT (Mitte), daß sich im linken Bein eine callushaltige, innerhalb des Periosts gelegene Manschette um den osteolytischen Teil des Knochens gelegt hat. Der Callus ist hier also nicht in Richtung des geringsten Widerstandes ausgelaufen, weil das Periost nicht eröffnet war, sondern er ist sinn- und planvoll zirkulär um den ganzen Knochen herumgelaufen, um diesen Knochenabschnitt zu stabilisieren; wohlgemerkt innerhalb des Periosts.

Siehe dazu den Brief der Universität Sandefjord an RA Erik Bryn Tvedt vom 6. 9. 2010



Im Gegensatz zu *Name d. Pat.* hatte der Konflikt aber länger als ein halbes Jahr gedauert. Außerdem war die Knochen-Korticalis arrodirt, sodaß der Callus pflichtgemäß in den Periostsack laufen und eine Art Knochenmanschette bilden konnte. Als der Knochen geheilt war, konnte man das Sarkom heraus operieren. Wir sprechen in solchem Fall von einem „physiologischen Sarkom innerhalb des Periostsackes“ also einer biologisch völlig normalen Sache. Der Knochen, der durch die Osteolyse geschwächt ist, wird für die Dauer der Heilungsphase mit dem Periostsack „ingerüstet“ und mit einer Osteosarkom-Manschette innerhalb des Periostsackes gestützt, bis er wieder verheilt, rekalkifiziert, d.h. wieder funktionsstüchtig ist (wenn auch in manchen Fällen mit Defektheilung).

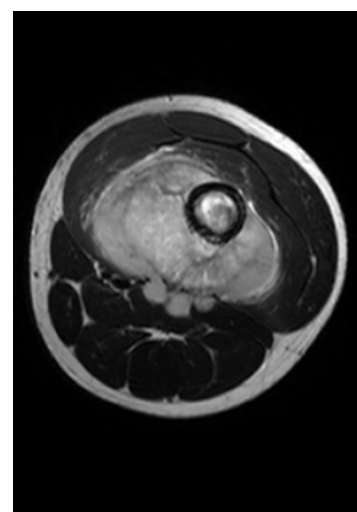
Die Defektheilung kommt dadurch zustande, daß der Patient keine Ruhe hält. Desahalb muß der Organismus als Vordringlichstes zunächst die Funktion wiederherstellen. Dabei muß der Organismus bisweilen auf die optionale, d.h. komplette Heilung (restitutio ad integrum) verzichten.

Ganz etwas anderes ist die künstliche Eröffnung des Periosts und sogar des Knochens durch ignorante Ärzte, die den biologischen Mechanismus des Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms nicht begreifen oder nicht zu begreifen vortäuschen.

In diesem Fall würde nämlich der Callus durch das eröffnete Periost nach außen laufen und ein Osteosarkom außerhalb des Periosts verursachen. Dann läuft der Callus, der durch die Knochenhaut nicht mehr geführt werden kann, in Richtung des geringsten Widerstandes ins Gewebe, bzw. in die Muskellogen (d.h. zwischen die Muskeln) Die Rekalkifizierung des Knochens ist dadurch ganz erheblich kompliziert.



"Außenansicht"



"Innenansicht"

Bild vom 7. 9. 2010 *Name d. Pat.* zeigt auf die Schwellung des linken Oberschenkels an der Innenseite
Auf diesem Bild vom 9. 9. 2010 können wir erkennen, daß der linke Oberschenkel deutlich geschwollen, aber nicht gerötet, d.h. nicht überwärmt ist.



In der Germanischen Heilkunde achtet man auf jede Änderung des Verlaufes des Sinnvollen Biologischen Sonderprogramms (SBS), weil man daraus prognostische Schlüsse ziehen kann.

So berichtete uns die Mutter nicht nur, daß *Name d. Pat.* in voller Heilungs-Vagotonie ist, gut und lange schläft und sehr guten Hunger hat, sondern auch, daß die Schwellung nur noch minimal oder gar nicht mehr zugenommen habe.

Aber am 17. 9. wurden wir alle elektrisiert, als die Mutter erzählte, daß *Name d. Pat.* in den letzten beiden Tagen (sogar nachts) viel Urin gelassen habe (sog. "Pinkelphase"). Nunmehr schwillt der linke Oberschenkel schon wieder langsam ab.

Die gewissenhafte Beobachtung dieser Symptome in der Germanischen Heilkunde ist für uns so wichtig, weil wir jetzt rechnen können, während vorher die Zeit vom 15. August bis 7. September eine Zeit mit Rezidiven, also mit unsicherer Bewertung war. Aber jetzt wissen wir, daß die Heilung höchstens noch 4 Wochen dauern wird. Wenn man sicherheitshalber noch 2 Wochen zugibt, weil man die Träume der kleinen Patientin nicht vorhersagen kann und nicht weiß, was das Mädchen vielleicht noch an Terror unserer Gegner erwartet, dann liegt man richtig.

Als Rektor unserer kleinen Universität Sandefjord, vielleicht der kleinsten, aber wahrhaftigsten Universität der Welt, Vater von 4 Kindern und 13 Enkelkindern und Facharzt für Innere Medizin (mit Berufsverbot), der ich selbst 10 Jahre an deutschen Universitätskliniken gearbeitet habe, möchte ich dem Richter, der am Dienstag, den 21. 9. 2010 über diesen Fall Gericht oder Anhörung halten will, folgende persönlichen Worte sagen:

Herr Richter, wenn Sie redlich urteilen wollen, dann müssen Sie die beiden Universitätskliniken in Hamburg-Eppendorf und Kiel verpflichten, dieses, ich glaube sehr sorgfältige, vorläufige Gutachten der Universität Sandefjord, vom Rektor selbst erstellt, zu widerlegen, sogar die ganze Germanische Heilkunde zu widerlegen. Das können die nicht. Im Gegenteil, ihre Glaubensbrüder praktizieren meine Germanische Heilkunde ausschließlich seit 29 Jahren. Die wissen alle genau was Sache ist, lügen aber, genau wie der norwegische oberste Onkologe Smøland aus Oslo im April 2009 vor dem Tingrett Sandefjord verlogen gebarmt hat: "Ich glaube an die Schulmedizin (mit 5000Hypothesen) und an Chemo." Herr Richter, Sie können genauso gut wie jeder andere Mensch mit gesundem Menschenverstand selbst diese logischen Zusammenhänge verstehen.

Jeder, der etwas von der Materie versteht, weiß inzwischen, daß die Germanische Heilkunde wissenschaftlich richtig ist, sogar geprüftermaßen seit Oktober 1981. Sogar die Universität Tübingen bestreitet jetzt nicht mehr vor Gericht, daß sie schon im Oktober 1981 gewußt hat, daß die Germanische Heilkunde richtig war und ist (AZ: VGH Mannheim 8K 399/08, VG Sigmaringen).

Herr Richter, Sie können doch von den einfachen Eltern von *Name d. Pat.*, die aber gesunden Menschenverstand haben, nicht verlangen, daß sie wider besseres Wissen einer 98%ig mortalen Chemo-Vergiftung zuschwören, wo alle jüdischen Ärzte dieser Welt bei ihren eigenen Glaubensbrüdern ausschließlich diese Germanische Heilkunde praktizieren!

Außerdem: Die Mutter sieht doch, daß bei ihrer Tochter alles exakt so verläuft, wie es die Germanische Heilkunde vorausgesagt hat... Kommen Sie doch selbst nach Sandefjord. Sie sind bei mir herzlich eingeladen. Überzeugen Sie sich selbst! Wir haben hier nichts zu verbergen, denn die Germanische Heilkunde hat eine Überlebensrate von 98-99%, wie Sie aus der Veröffentlichung der is-



raelischen Botschaft ersehen können. Ein Flug von Bremen nach Sandefjord dauert nicht länger als wenn Sie mit der S-Bahn von einem Ende Hamburgs zum anderen fahren. Hier können Sie mit der Mutter von *Name d. Pat.* sprechen, mit der Tochter, mit dem Anwalt Erik Bryn Tvedt und auch mit mir, und zwar in tiefstem Frieden. Sie können auch Professoren aus Hamburg oder Kiel mitbringen, wenn die keine Angst davor haben, daßes ihnen genauso geht wie dem obersten norwegische Onkologen Prof. Smøland vor dem Tingrett in Sandefjord. Aber ich verspreche Ihnen, Herr Richter, daß weder die Universität Hamburg noch die Universität Kiel sachlich-logisch auch nur ein einziges Argument dieses Vorgutachtens bestreiten können.

Eines Mannes Rede ist keines Mannes Rede. Man muß den Ankläger hören aber auch den, der sich verteidigt.

In diesem Sinne mit vorzüglicher Hochachtung



Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer
Rektor der Universität Sandefjord

Anlage:

1. Verifikation der Universität Trnava vom 8. 9. und 9. 9. 1998
2. Gutachten zur Neuen Medizin von Prof. Dr. Hans-Ulrich Niemitz vom 18. 8. 2003
3. Brief an Oberrabbi Dr. med. Menachem Mendel Schneerson vom 22. Juni 1986
4. "Rückgang der Krebsfälle in Israel", Newsletter der Botschaft des Staates Israel vom 29. 10.2008
5. Patientenfall, Zitat aus: Dr. med. Mag. theol. Ryke Geerd Hamer, Vermachtnis einer Neuen Medizin, 7. Auflage, 1999
6. Verifikation vom 8. 3. 1989, Prof. Dr. chem. Dr. med. Jörg Birkmayer,
7. Verifikation vom 24. 6. 1992, Städtische Kinderklinik Gelsenkirchen
8. Gedächtnisprotokoll von Frau *Name d. Mutter* vom 7. 9. 2010
9. Brief der Universitet Sandefjord an RA Erik Bryn Tvedt vom 6. 9. 2010
10. Brief von RA Erik Bryn Tvedt an die Universität Hamburg-Eppendorf vom 7. 9. 2010
11. Bestätigung von RA Joachim I. Koch vom 2. 7. 2010
12. Interview mit Professor Dr. med. Dr. rer. mat. Pfitzer, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf vom 13. 7. 1989

