

Die politisch-ökonomische Struktur des Gesundheitswesens
Zwölf Thesen zur System-immanenten Korruption am Beispiel der Onkologie
Arno Thaller

Gliederung

Die Hauptdarsteller der System-immanenten Korruption:

1. Politiker

1.1. Politiker in den Aufsichtsräten der Pharma-Konzernen

1.2. V-Männer der Pharma-Firmen in den Ministerien

1.2.1. zur Firmen-freundlichen *Gestaltung* der Gesetzestexte im Bundesministerium

1.2.2. zur Firmen-freundlichen *Auslegung* der Gesetzestexte in den Landesministerien

1.3. Qualifikation des Gesundheitsministers

1.4. „Geheimräte“ im Wissens- und Interessen-Konflikt

1.5. Politiker als Geld-*Geber* der Korruption

2. Die Leitlinien-Ersteller

3. Die Ehe von Industrie und Universität

4. Die Dreierbeziehung von Industrie, Krankenkassen und Kunden

4.1. Der Betrug der Privatversicherungen

4.1.1. Die Tücke des Wissenschaftsbegriffs: Wissenschaft kontra Kunst

4.1.2. Kollektiv kontra Individuum

4.2. Der Betrug der gesetzlichen Versicherungen

5. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK)

5.1. Fachliche Qualifikation

5.2. Das Auswahlverfahren

5.3. Der Träger dieser Berufsgruppe

6. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)

7. Die Rolle der Gerichte

7.1. Die Strafgerichte

7.2. Die Zivilgerichte

7.3. Die Sozialgerichte

Die Nikolaus-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts und die Kunst ihrer Auslegung

7.3.1. Was heißt „lebensbedrohlich“?

7.3.1.1. im palliativen Stadium

7.3.1.2. im adjuvanten Stadium

7.3.2. Was heißt „wissenschaftlicher Standard“?

Das Scheitern wird Gesetz! Abhilfe der sinnwidrigen Auslegung

7.3.2.1. durch Einfügung des fehlenden Wunderwörtchens „kurativ“

7.3.2.2. durch Präzisierung des Wissenschaftsbegriffs

7.3.2.2.1. die personale Methode: wir fragen Wissenschaftler nach dem Wesen der Wissenschaft

7.3.2.2.2. wir orientieren uns an „Leitlinien“

7.3.2.2.3. wir orientieren uns am Selbstverständnis der Wissenschaft, was als „wissenschaftlich“ zu gelten hat. Die Stufen wissenschaftlicher Erkenntnis in der Medizin:

7.3.2.2.3.1. die Kasuistik

7.3.2.2.3.2. die Statistik

7.3.2.2.3.3. die ärztliche Erfahrung als Basis jeder verantwortungsvollen Entscheidung

7.3.3. Was heißt „nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Erfolg“?

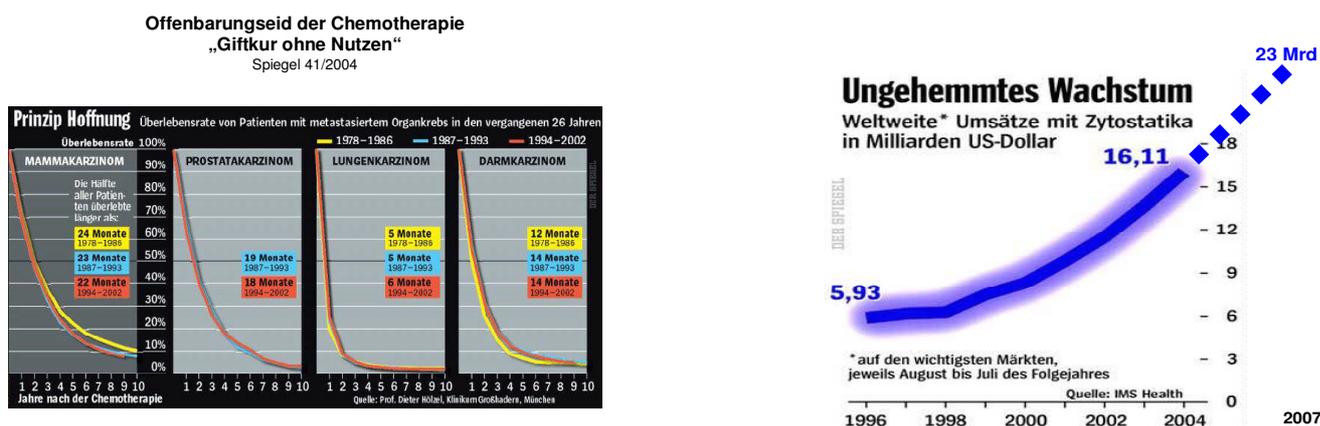
8. Das Heilmittelwerbegesetz**9.**

Weltweit werden Billionen von Euro jährlich in die Forschung gesteckt, ohne dass sich wirklich ein Durchbruch bei den Volkskrankheiten „Krebs“, „Rheuma“, „Allergien“ und degenerative Erkrankungen des Nervensystems (Alzheimer), der Blutgefäße (Herz- und Hirninfarkt) sowie der Gelenke (Arthrosen), ereignete. Allein in Deutschland verschlingen diese Krankheiten Hunderte von Milliarden, von dem Unmaß an Leiden ganz zu schweigen!

Woran mag dieses Missverhältnis zwischen Aufwand und Erfolg der Forschung liegen?

Und wenn die Forschung endlich einmal erfolgreich war, dann klappt zwischen Kosten und Nutzen nicht selten ein Abgrund, der volkswirtschaftlich kaum mehr zu tragen ist. Ein Beispiel sind die Kosten für den monoklonalen Antikörper Bevacizumab (Avastin^R) zur Behandlung des Dickdarmkrebses. Er verteuert die Therapie um jährlich 40.000,- Euro. Beim metastasierten Dickdarmkrebs lebten nach 18 Monaten noch 10%, ganz gleich, ob sie Bevacizumab erhalten hatten oder nicht. 10% verstarben an Nebenwirkungen.

In drei Jahrzehnten hat sich kein fassbarer Fortschritt bei der Behandlung fortgeschrittener Karzinome ereignet. Der einzige fassbare Fortschritt ist die Kostenexplosion für Chemotherapeutika.¹



Dieses Missverhältnis liegt nicht in der Natur der Sache, sondern in der Struktur des Gesundheits-Wesens oder besser: seines Unwesens. Dazu gehört auch seine politische und ökonomische Struktur:

Die treibende Kraft in der medizinischen Forschung und Versorgung ist *nicht* die Not des Patienten! Die treibenden Kräfte heißen vielmehr: „Kapital“ und „Karriere“, wobei die „Karriere“ keine vom „Kapital“ unabhängige Größe darstellt (s.u.).²

Diese Kräfte bilden in der Gesellschaft gezwungenermaßen - auch ohne jede Absprache - ein Kartell, dem kein Arzt und kein Patient mehr entkommt. Es ist ein Drama. Wir *tun* sein Textbuch und sind darin Hauptdarsteller oder Statisten.

Dies sind die Hauptdarsteller der System-immanenten Korruption:

1. Politiker

1.1. Politiker in den Pharma-Konzernen

Politiker sitzen in den Aufsichtsräten der Pharma-Firmen. Als Aufsichtsräte aber vertreten sie nicht die Interessen des Volkes, sondern der Pharma-Firmen und sorgen dafür, dass die Gesetze nicht Patienten-, sondern Firmen-freundlich gestaltet werden: Sie sind genau *so* formuliert, dass sie nur noch von Chemie-Giganten erfüllt werden können.

Und sie kriminalisieren *den* Arzt, der sich bedingungslos für seine Patienten einsetzt: der sich Gedanken macht, wie auch jenen Patienten geholfen werden kann, die durch das Raster „Evidenz-basierter“, „Leitlinien-gestützter“ Medizin durchfallen und der den Mut hat, seine Gedanken in die Tat umzusetzen!

Ihren Wählern aber werden die Politiker das Gegenteil weismachen: dass sie deswegen in den Aufsichtsräten sitzen, um *in* den Pharma-Giganten die Belange des kleinen Mannes zu vertreten!

Dies ist die erste und oberste System-immanente Korruption, denn es gilt: „Wes Brot ich ess’, des Lied ich sing.“

1.2. V-Männer der Pharma-Firmen in den Ministerien

1.2.1. zur Firmen-freundlichen Gestaltung der Gesetzestexte

Diese firmengerechte Formulierung der Gesetze wird gleich doppelt gesichert: nicht nur dadurch, dass die Politiker in den Firmen sitzen, sondern dass die Firmenvertreter *zu Hunderten* in den Ministerien sitzen!³ Dort erfahren sie aus erster Hand, welche Gesetzesentwürfe überhaupt geplant sind und bieten auch sofort ihre unschätzbare Hilfe bei der Ausformulierung an. Dadurch nehmen sie den Ministern und Ministerialräten jede Menge Arbeit ab! Die Entwürfe sind so perfekt ausgearbeitet, dass sie die Minister nur noch unterschreiben müssen. So tragen sich die Firmen in das Gemeinwesen ein! Bezahlt werden diese V-Männer durch die Industrie. So spart der Staat sogar noch Geld! Er bekommt eine „kostenlose“ Beratung!

De facto schreiben sich die Pharma-Firmen selbst ihre Gesetze, und der Gesetzgeber fühlt sich noch gut beraten!

1.2.2. zur Firmen-freundlichen Auslegung der Gesetzestexte

Wie gut auch diese Aufgabe erfüllt wird, zeigt folgendes Beispiel: Politiker und verbeamtete Ärzte dienen sich an, der „Giftkur ohne Nutzen“ jede ernsthafte Konkurrenz vom Leibe zu halten:

Dendritische Zellen (DZ) waren in einer Phase-3-Studie beim metastasierten Malignen Melanom bei Studien-Ende ebenbürtig mit der Chemotherapie.⁴ Sie kosten die Hälfte und sind so gut wie frei von Nebenwirkungen. Wäre das Wohl des Patienten im Mittelpunkt unseres Gesundheitswesens, dann wäre die Dendritische Zelltherapie sofort zur S3-Leitlinie erhoben und die Chemotherapie abgesetzt worden.

Weil dies aber nicht so ist (s.u.), behält die Chemotherapie bei dieser Indikation weiterhin das Prädikat des „Mittels der ersten Wahl“. Vor diesem Hintergrund gewinnt das Wort „Gold-Standard“ eine ganz neue Bedeutung...

Wer die Details dieser Studie kennt, staunt über das gute Ergebnis, denn sie schöpft keineswegs das damals bereits zur Verfügung stehende Wissen aus:

Erstens sind die Dendritischen Zellen mit Peptiden, d.h. mit verhältnismäßig schwachen Antigenen, beladen worden und nicht mit dem Tumor des Patienten, um den es doch geht!

Zweitens ist nach einem streng standardisierten Protokoll behandelt worden, d.h. alle Dendritischen Zellen sind im Labor immer gleich behandelt worden, ganz gleich wie gut oder schlecht sie waren!

Solcher „Standardisierung“ rühmt sich die Schulmedizin, statt sich ihrer zu schämen!⁵

Jede Optimierung bedeutet in der Medizin immer auch eine Individualisierung, weil wir es eben mit Individuen zu tun haben. Die Behandlung des Menschen als Herdenwesen verstößt nicht nur gegen seine Würde: Sie verstößt auch gegen die einfachsten Gesetze der Immunologie!⁶

Dem wird jeder zustimmen, auch ein Schulmediziner. Aber diese Zustimmung ist ohne jegliche Folgen, denn die Individualisierung ist unvereinbar mit einer strikten Standardisierung. Weil der Mensch in der herrschenden Medizin aber wie ein Herdenwesen betrachtet wird, darum werden seine Dendritischen Zellen zumindest in einer Studie nach einem einheitlichen Protokoll behandelt, auch wenn sie alle Notrufe ausschicken, dass ihnen diese Behandlung überhaupt nicht gut tut!

Die dritte Schwachstelle dieser Studie war, dass der Dendritischen Zelltherapie keine Milieu-Sanierung vorausging. Seit geraumer Zeit aber konzentriert sich das Augenmerk auf chronische Infekte, teils im klassischen Sinn als „Herderkrankungen“ (Nebenhöhlen, Zähne, Mandeln, Blinddarm, Gallenblase, Dickdarm), die es zu sanieren gilt, weil sie durch Übersäuerung und Überschwemmung mit freien Radikalen ein Milieu schaffen, in dem die Killerzellen nicht gut arbeiten können, teils aber in dem modernen Sinn, dass die Krebszelle selbst in Symbiose mit intrazellulären Mikroorganismen lebt: atypische Tuberkelbakterien, Mykoplasmen und Chlamydien, die die Krebszelle als „Gegenleistung“ für „freie Kost und Logis“ vor dem Angriff des Abwehrsystems schützen.⁷

Trotz dieser Einwände waren die Dendritischen Zellen bei Studien-Ende zumindest ebenbürtig der Standard-Chemotherapie.

Eine Nachuntersuchung zeigte jedoch, dass alle Langzeit-Überlebenden Dendritische Zellen erhalten hatten. Alle, die Chemotherapie erhalten hatten, waren tot.⁸

Wer nun meint, wenigstens behördliche Unterstützung für seine Tat zu erhalten, dem einzelnen Patienten diese menschenfreundliche Therapie zukommen zu lassen, irrt: Es werden ihm alle Steine in den Weg gelegt und alle Prügel zwischen die Beine geworfen, bis er einknickt!

Diese ministerielle Attacke arbeitet natürlich mit der Begründung, den Patienten zu schützen! Dazu bedarf es keiner Argumente. Es geht allein um das Ergebnis: Verbot! Eine inhaltliche Auseinandersetzung findet nicht statt. *Wie* der Patient geschädigt werden soll, wenn er seine eigenen Dendritischen Zellen erhält, muss das Ministerium nicht darlegen. Das Angebot, mit den namhaftesten Forschern der Dendritischen Zelltherapie nach München zu kommen, um dem professoralen Sachbearbeiter durch Sachwissen die Entscheidung zu erleichtern, wird einfach ausgeschlagen, denn das Ziel steht ja schon fest!

Damit macht sich das Amt zum Anwalt der Chemotherapie, ob ihm das nun bewusst ist oder nicht! Hinter dem Vorwand, den Patienten zu schützen, verbirgt sich das Gegenteil!⁹

Über 200.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an Krebs. 20 – 30%, d.h. 40 - 60.000 Menschen könnten durch die Dendritische Zelltherapie Hilfe erfahren, durch Linderung, Lebensverlängerung und in einzelnen gut dokumentierten Fällen sogar durch Heilung! Im adjuvanten Stadium, d.h. im Stadium geringer Tumorlast, haben die Dendritischen Zellen aus theoretischen Überlegungen vermutlich eine noch größere Wirksamkeit, d.h. bei weiteren 150.000 Patienten hätte diese Therapie den Sinn, die Gefahr eines tödlichen Rückfalls nahezu ohne Nebenwirkungen zu verringern. Aber dieser Weg passt nicht ins politisch-ökonomische Konzept!

1.3. Qualifikation des Gesundheitsministers

Ein Justizminister sollte „Jura“ studiert haben, ein Wirtschaftsminister „Wirtschaft“. Ein Verteidigungsminister sollte nicht gerade Kriegsdienstverweigerer sein. Für einen Gesundheitsminister aber ist jeder recht. Da werden nicht die geringsten Anforderungen an Vertrautheit mit der Materie gestellt! Einer Sonderschul-Lehrerin sind die Geschicke der *Gesundheit* in den Schoß gelegt! Das gleicht einem Paris-Urteil! Da wissen wir, wie es ausgegangen ist!

Was sind die Folgen? Ein solcher Minister braucht für jede fachliche Frage einen Berater. Er ist wie ein Blinder, der für jeden Schritt einen Führer braucht! Dieser Führer ist der eigentliche Minister. Von seiner Darstellung hängt alles ab.

Aber *wen* und nach welchen Kriterien wählt eine völlig fachfremde Gesundheitsministerin ihre Berater aus?

1.4. „Geheimräte“ im Wissens- und Interessen-Konflikt

Sie hat Herrn Professor Lauterbach zum intimsten Berater erwählt. Wie zeichnet sich dieser Professor aus?

Gleich nach dem Medizinstudium ist er in die Vereinigten Staaten gegangen und hat dort Verwaltung studiert. Nie war er Hausarzt, nie Tag und Nacht erreichbar! Nie war er bereit, *sein* Schicksal mit dem des Patienten zu verbinden: die Freude über die Genesung und die Trauer über das Scheitern *mit* ihm zu teilen und ihn auch auf dem schwersten Weg nicht zu verlassen! Er weiß also nicht, wie einzelne Patienten-*Schicksale betreut*, sondern wie Patienten-*Kollektive* - und dazu noch amerikanisch - *verwaltet* werden. Dieses System stülpt er nun *en bloc* mit dem dazugehörigen Wortschatz dem deutschen Volk über. Da gibt es keine Einzelschicksale mehr, nur noch Schubladen, genannt Diartschies (DRGs, *Disease related groups*). Das Gesundheitswesen ist zum *Disease management* degeneriert!

Da hat die Frau Ministerin den richtigen Fang getan: Der biedere Professor bietet das Bild eines blinden Blindenführers, ein Thema, das Pieter Bruegel sehr anschaulich dargestellt hat.¹⁰



So wird die Entscheidung begreiflich, nur noch Heilmittel zu bezahlen, die ein ausreichendes Gefahrenpotential haben! Die Freiheit von Nebenwirkungen ist diesen mächtigsten Verwaltern unseres höchsten Gutes *kein Argument für, sondern gegen ein Heilmittel!*

Es ist leider keine Polemik: Nebenwirkungs- und damit rezeptfreie Heilmittel sind von der Kostenerstattung grundsätzlich ausgeschlossen, so gut sie durch Erfahrung und Wissenschaft auch belegt sein mögen! Beispiele aus dem Bereich der Onkologie sind Selen,¹¹ Enzyme¹² und Thymus.¹³

Hätten wir einen erfahrenen *Hausarzt* als Gesundheitsminister, dann wäre ihm **die oberste ethische Maxime, bei der Beurteilung eines Heilmittels nicht allein die Wirksamkeit, sondern immer das Verhältnis zwischen Wirkung und Nebenwirkung** ins Auge zu fassen, eine Selbstverständlichkeit, die er sich nicht erst mühsam vergegenwärtigen muss, weil sie ihm in Fleisch und Blut übergegangen ist: Es ist sein *Wesen*, seine Patienten zu schützen! Die Freiheit von Nebenwirkungen wäre ihm ein gewaltiges Argument *für* und nicht *gegen* ein Heilmittel, wie das ja auch der gesunde Menschenverstand gebietet. In der gegenwärtigen Gesundheitspolitik dagegen ist er ganz offenkundig außer Kraft gesetzt!

Der Professor hat noch eine **zweite** Schwachstelle: Er sitzt im **Aufsichtsrat eines Klinik-Konzerns**. Das macht ihn zum **Firmenvertreter** und raubt ihm gleich zweifach jede Glaubwürdigkeit: durch **Inkompetenz und Korruption!**

So blind ist er also gar nicht: Er weiß sehr wohl, wo es hingeht!

1.5. Politiker als Geld-Geber der Korruption

In der Regel werden Politiker bestochen. Sie sind also *Opfer* der Verführung und *lassen* sich – wie Adam – *gerne* verführen! Sie zeigen sich dafür erkenntlich, formulieren Gesetze oder *lassen* sie besser gleich von den Betroffenen formulieren, die – wie der Schlüssel ins Schloss – der *Großindustrie* passen und sorgen auch noch für die exklusive Auslegung, d.h.: Leistung gegen Bezahlung!

Wesentlich seltener dürfte es sein, dass Politiker zahlen – und als Leistung „Loyalität“ für hilfsbedürftige Gesetzesentwürfe erhalten.

Der Formenreichtum der Korruption ist fast unerschöpflich: Auch diese Variante kommt vor. Eben bezeugen wir dies:

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen setzen jährlich 58,6 Milliarden Euro um. Der Chef des AOK-Bundesverbandes, Herr Ahrens, einer der mächtigsten Männer des Gesundheitswesens, erhält unter den Fittichen des Gesundheitsministeriums 208 589.- € Jahresgehalt neben einer ganzen Reihe von Vergütungen und Steuervergünstigungen, die jedem guten Geschmack zuwider sind!

Ein Schneeballsystem von gegenseitigen Patenschaften lassen auch die Chefs der Landesverbände an dem Geldsegen teilnehmen.

Das schafft schon einmal eine gute Atmosphäre für die bevorstehenden Verhandlungen zur Gesundheitsreform! Es ist zu erwarten, dass bei solchem Geldsegen nun auch die Kassen ihren Segen zu der fragwürdigen Reform geben!¹⁴ „Zum Wohle des Patienten“ verstehen sich diese gegenseitigen Segnungen!

2. Die Leitlinien-Ersteller

90 – 100% der Leitlinien-Ersteller, d.h. jener Wissenschaftler, die sagen sollen, was heute Stand der Technik ist, sind allein auf der Basis einer Befragung Gehaltsempfänger der Pharmaindustrie.¹⁵ Sie legen verbindlich für jeden Arzt, für jede Versicherung und für jeden Richter fest, was heute gelten soll, z.B. Chemotherapie mit Dacarbazine beim metastasierten Malignen Melanom, s.o. Das bedeutet, dass sie über ihre eigenen Geldgeber urteilen.

Ein Richter, der von einer Partei ein Geschenk annimmt, ist sein Amt schlagartig los.

Ein Leitlinienersteller, der viel weiter reichende Kompetenzen als ein Einzelrichter hat, weil er rechtsverbindliche Normen für alle Richter erstellt, darf dagegen ohne jede Regelung die Ernte seines Tuns in seine Scheune fahren.

Während solche Berater-Funktionen bei Pharma-Firmen zwar äußerst anrühlich sind, aber nicht notwendig die Korruptheit des Gutachters in Bezug auf eine konkrete Entscheidung beweisen, sind Fälle bekannt geworden, wo die Zulassung eines fragwürdigen Mittel in frecher Manier durch Schmiergeldzahlungen beschleunigt worden ist. Da war der Professor dann doch bereit, etwas Schamhaftigkeit zu wahren und das beträchtliche Selbstmord-Potential des Antidepressivums nicht gar so peinlich bloßzustellen! Die irregeleiteten Ärzte verordneten im Vertrauen auf die Gesundheit unseres Gesundheitssystems das Mittel recht flott und trieben so manchen Menschen in den Tod.¹⁶

Es ist klar: Wenn wir diese Mordserie *wirklich* stoppen wollten, dann wären dazu zwei Maßnahmen nötig:

1. Die Leitlinien-Ersteller müssten als Objekte äußerster Begehrlichkeiten „gläsern“ werden. (Das würde das Interesse an diesem Amt gewaltig verringern!)
2. „Zerschlagung der Zirkel. Diese Gutachter müssen regelmäßig ausgetauscht werden – nicht nur von Gremium zu Gremium verschoben. Es ist ein Unding, dass sich dieselben Gutachter über ein Jahrzehnt in regionalen, nationalen und internationalen Gremien wiederfinden.“¹⁷

Kein Mensch an der Macht aber ist an einer Änderung wirklich interessiert. Er läuft ja Gefahr, dass er sie selber verliert! Darum gilt es, emsigen Reformwillen zu *demonstrieren* - und an den entscheidenden Stellen - im entscheidenden Augenblick - das gerade Gegenteil zu *tun*! Nur so funktioniert unsere Demokratie. Die Toten sind zu bedauern, aber dem Erhalt des Systems untergeordnet! Politiker, die einen Vorabdruck dieses Aufsatzes erhielten, haben entwe-

der gar nicht oder höflich geantwortet. Für eine Änderung dieses ganz normalen Wahnsinns fühlten sie sich jedenfalls nicht verantwortlich.

So viel zu den mächtigsten Medizin-Männern im Urwald unserer Demokratie, die eine geradezu gesetzgeberische Machtfülle haben und die *Normen festlegen*, die hier und heute gelten sollen: „Das Gefühl, an den Hebeln der Macht und den Quellen von Geldern zu sitzen, wirkt wie eine Droge und trübt sein Bewusstsein.“¹⁸

Aber auch der *Erfüller dieser Normen* soll nicht leer ausgehen. Für ihn wird lediglich ein Konto in Europas Schatzkammer eingerichtet: ganz diskret und ganz legal! Oder es flattern Flugbillets für ein „Fortbildungs- und Wohlfühlwochenende“ für ihn und seine Frau auf den Tisch: ein wundersames Manna, er weiß nicht von wannen!

Das weiß nur der Apotheker, der die Namen attraktiver Verordner teurer Präparate dem Hersteller preisgibt, damit er weiß, wem er zu danken hat!¹⁹

Oft stehen solche Bestechungsgeschenke in keinem Verhältnis zu dem Nutzen, den sie bringen, wie die moderne Korruptionsforschung zeigt:²⁰ Schon ein goldener Füllfederhalter von Aldi, mit eingraviertem Namen des hochedlen Spenders und seines untertänigsten Empfängers schafft schon eine ganz andere Verordnungsatmosphäre!

Dies ist die zweite System-immanente Korruption, denn auch hier gilt:
„Wes Brot ich ess’, des Lied ich sing.“

3. Die Ehe von Industrie und Universität

Den Medizinstudenten wir heute noch folgendes Märchen erzählt:

Die Forschung gliedere sich in „industrielle“ Forschung und „unabhängige“ Forschung (an Universitäten und anderen staatlich geförderten Instituten wie den Max-Plank-Instituten, am Robert-Koch- und Paul-Ehrlich-Institut). Die industrielle Forschung verfolge ökonomische Ziele, die andere nicht. Sie sei „frei“!

Aber: Über zwei Drittel der universitären Forschung in der Medizin sind „*Drittmittel*“- , d.h. in den meisten Fällen „*Industrie-finanziert*“!

Das klingt harmlos, hat aber verheerende Folgen: Die meisten Geldgeber sind ja nicht selbstlos. Sie geben das Geld nicht etwa nur für eine „gute Sache“ her. Die „gute Sache“ muss sich schließlich rentieren! Mit dem Geld geben die Geldgeber auch den Zweck vor: Es sind patentierbare Lösungen. Sie dienen in der Regel dem Gewinnstreben, aber nicht notwendig dem Patienten!

**Der Unterschied zwischen „freier“ und „industrieller“ Forschung geht gegen null:
*Es gibt keine freie Forschung mehr!***

Durch die wirtschaftliche Abhängigkeit von der Industrie verliert die Universität ihre Freiheit. Der Patient wird verraten. Was für die Leitlinien-Ersteller gilt, gilt für alle medizinischen Fakultäten landauf, landab: fast alles fest in Pharma-Hand!

Da mag sich die Gesundheitsministerin durch publikumswirksame Maßnahmen gegen die „Pharma-Lobby“ wehren, wie sie will: durch den Einsatz von Arzneimittel-Kommissionen und durch „Festbeträge“ zur angeblichen Gewinnbeschneidung.

Das sind alles nur Scheingefechte! Hat sich nicht Kanzler Schröder gerühmt, der Industrie Zugang zu den Universitäten verschafft zu haben, um deren Forschung „realitätsnäher“ zu gestalten? Nun *hat* er diese Realität!

Wer sich an diesen öffentlichen Einrichtungen seine Unabhängigkeit bewahren will, ist massiven Repressalien ausgesetzt: bis zum Verlust seines Arbeitsplatzes. Ganze Lebenswerke werden vernichtet. Wertvollste Forschungskapazitäten fliehen noch in diesen Tagen ins Ausland und werden dort mit Handkuss aufgenommen.

So stellt sich der „Forschungs-Standort Deutschland“ in Wirklichkeit dar!

Ein Professor berichtet: Wer seine Karriere zerstören will, braucht nur den Antrag zu stellen, eine biologische Strategie anders erforschen zu wollen als mit dem klar erkennbaren Ziel, sie der Lächerlichkeit preiszugeben! So gleichgerichtet sind die Gehirne an deutschen Universitäten! Sie fühlen sich dabei noch frei und merken gar nicht mehr, wem sie gehorchen!

Dies ist die dritte System-immanente Korruption, denn nach wie vor gilt:

„Wes Brot ich ess, des Lied ich sing.“

4. Die Dreierbeziehung von Industrie, Krankenkassen und Kunden

In den Aufsichtsräten der Krankenkassen sitzen ungestraft Vertreter der Pharma-Firmen. Auch hier liegt ein klarer Interessen-Konflikt vor: Die Krankenkassen sollen versuchen, dass die Therapie möglichst billig wird. Die Pharma-Firmen sollen möglichst hohen Gewinn erwirtschaften. Dieser Widerspruch kann nur durch Lügen überbrückt werden. Dem Gesetz der Zeit entsprechend sind also auch die Krankenkassen fest in der Hand der Pharma-Industrie. Das heißt, dass die Struktur der Krankenkassen nun selber erkrankt ist. Auch sie ist vom Profit-Virus infiziert.²¹

Dies ist die vierte System-immanente Korruption, denn es gilt:

„Keiner kann zwei so ungleichen Herren gleichzeitig dienen!“

Die Pharma-Firmen fahren die größten Gewinne durch flächendeckende, standardisierte Strategien ein, z.B. durch Cholesterin-Senkung bei möglichst niedrigen Grenzwerten, oder durch Impfungen von möglichst großen „Risikogruppen“, so dass ein großer Teil der Bevölkerung ohne viel Federlesens in den „Genuss“ dieser Medikamente kommt.²²

Biologisches Denken ist bei Pharma-Firmen aus zwei Gründen unbeliebt:

- Es zielt auf Änderung des Lebensstils, beseitigt also manche Voraussetzung für eine Dauermedikation.
- Es individualisiert zu sehr, sträubt sich also gegen Leitlinien, d.h. Massenabfertigungen durch ärztliches Reflex-Verhalten, z.B. palliative Chemotherapie fortgeschrittener Karzinome, obschon der Nutzen wissenschaftlich kaum belegt ist oder adjuvante Chemotherapie bei Brustkrebs, obwohl sich der Nutzen in Anbetracht gravierender Nebenwirkungen mit 7,5 bis 10% sehr schmalbrüstig darstellt und die harmlose Mistel in einer vergleichenden Untersuchung nicht schlechter abschnitt als die Standardbehandlung.²³
- Biologische Verfahren sind nicht oder nur schwer patentierbar.

Biologische Verfahren sind bei Patienten sehr beliebt,

- weil sie oft nachhaltiger wirken und
- weil sie weniger Nebenwirkungen haben verglichen mit vielen schulmedizinischen Verfahren. Über 20.000 Tote gehen jährlich auf das Konto von Arzneimittel-Nebenwirkungen, weit mehr als der Straßenverkehr zu den schlimmsten Zeiten der Bundesrepublik gefordert hat!

Die Interessen der Pharma-infiltrierten Versicherungen und ihrer Kunden sind nicht in Einklang zu bringen. Dennoch brauchen sie einander: Kunden brauchen eine Versicherung. Eine

Versicherung braucht Kunden. Beide Partner gleichen einem verkrachten Ehepaar: „Ich kann nicht mit dir und nicht ohne dich leben!“

Diese Zerreißprobe kann auf Dauer nur durch einen System-immanenten Betrug gemildert werden.

Wie sieht dieser Betrug am Kunden im Konkreten aus?

4.1. Der Betrug der Privatversicherungen

Der Kunde schließt einen Versicherungsvertrag ab. Dabei wird ihm versichert, dass sogar Heilpraktiker bezahlt werden.

Der Kunde schließt aus dieser verheißungsvollen Nachricht,

- dass die Versicherung der Naturheilkunde gegenüber aufgeschlossen sei, etwas, was er schon seit langem gesucht hat!
- dass naturheilkundliche Leistungen natürlich auch bezahlt werden, wenn sie von einem Arzt erbracht werden, der doch i.d.R. ber eine weitaus gediegenere Ausbildung verfügt als die meisten Heilpraktiker,
- und dass sie v.a. dann bezahlt werden, wenn sie ihm nach vergeblicher schulmedizinischer Behandlung in seinem konkreten Einzelfall geholfen haben. Er fühlt sich als Individuum, d.h. im wahrsten Sinne des Wortes als „Einzelfall“. Seine Erkrankung ist folglich immer ein „Einzelfall“ und seine Heilung naturgemäß auch!

Kaum aber hat er die Unterschrift geleistet und reicht seine Rechnungen ein, kann es ihm geschehen, dass die Kostenerstattung mit dem Hinweis verweigert wird,

4.1.1. dass die gewählte Maßnahme nicht wissenschaftlich fundiert sei, (sie sei nicht „evidenzbasiert“),

4.1.2. und dass es weder auf seine Beschwerden ankomme, noch auf den Heilerfolg in seinem Einzelfall. Seine Beschwerden werden als „subjektive Ansichten“ nahe der Einbildung angesiedelt, und der konkrete Heilerfolg, das Einzige, auf das es ihm bei Vertragsabschluss und erst recht in jedem Krankheitsfall ankommt, wird als versicherungsrechtlich völlig unerheblich der Lächerlichkeit preisgegeben!

Ein Text-Baustein belehrt ihn:²⁴

„Als medizinisch notwendig gilt eine Heilbehandlung dann, wenn sie sowohl in begründeter und nachvollziehbarer wie wissenschaftlich fundierter Vorgehensweise das zu Grunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine adquate, geeignete Therapie anwendet. Entscheidende **Voraussetzung** ist die auf medizinischen Erkenntnissen beruhende **Wirkungsweise** sowie eine erfolgreiche Bewährung in der Praxis. Die Beurteilung der medizinischen **Notwendigkeit** einer konkreten Heilbehandlung ist gemäß der geltenden Rechtsprechung nach **objektiven** Gesichtspunkten zu beurteilen. Medizinische Gründe lassen sich nur nach allgemein gültigen und anerkannten medizinischen, **nicht** aber nach **subjektiven Ansichten** bzw. **Beschwerden des Patienten** oder der **persönlichen Meinung** des **Behandlers** bestimmen. Solche Umstände können zwar Anhaltspunkte für die medizinische Notwendigkeit bieten, müssen sich aber eine Überprüfung ihrer Vereinbarkeit mit objektiven Erkenntnissen gefallen lassen. Deshalb ist zu beachten, dass das, was **rztlicherseits** ohne weiteres **indiziert** sein mag, erst dann in den vertraglich vereinbarten Versicherungsschutz fällt, wenn es sich nach allgemeinen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen im Hinblick auf das zu behandelnde Leiden als **medizinisch notwendig** erweist. **Es entscheidet nicht** der – immer erst ex post festzustellende – **Heilerfolg im Einzelfall, sondern nur die generelle Eignung der Behandlungsmaßnahme.**“²⁵ (Ich ergänze sinngemäß: auch wenn diese Behandlungsmaßnahme sich im konkreten Einzelfall als völlig ungeeignet erwiesen hat!)

Zu 4.1.1., dem Argument der wissenschaftlichen Fundierung:

Es unterstellt drei Dogmen:

4.1.1.1. Was „Wissenschaft“ ist, sei aus sich selbst heraus klar, d.h. evident.²⁶

4.1.1.2. Je mehr „Wissenschaft“ in der Medizin, umso größer die Heilungschancen.

4.1.1.3. Die herrschende Schulmedizin sei eine „Wissenschaftsmedizin“.²⁷ An ihr müssten sich alle Heilweisen orientieren.

Zumindest das dritte Dogma ist schnell widerlegt:

Wenn man alle Handlungen im konventionellen Medizinbetrieb nach den beiden Kriterien „wissenschaftliche Fundierung“ (*evidence*) und „Verbreitung“ (*prevalence*) untersucht und dabei drei Stufen unterscheidet, nämlich „wenig“, „mäßig“ und „gut fundiert“, bzw. „weit verbreitet“, dann kommt man zu einem erstaunlichen Ergebnis: Der Glücksfall, dass eine wissenschaftlich gut fundierte Methode auch weit verbreitet ist, trifft auf glatte 4% aller Handlungen im schulmedizinischen Bereich zu! Bei etwa der Hälfte aller Handlungen müssen wir uns mit einer mäßigen wissenschaftlichen Fundierung begnügen, und bei der anderen Hälfte fehlt sie ganz.²⁸ Die Annahme, die herrschende Schulmedizin sei eine „Wissenschaftsmedizin“ hält einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht stand. Sie ist schlicht falsch! Medizin beruht auch heute noch zum größten Teil auf Erfahrung!

Zum zweiten Dogma, je mehr „Wissenschaft“, umso größer die Heilungschancen:

Warum schaudert es so viele Menschen in den „Gesundheitsfabriken“ der Universitätsmedizin? Sind das nur Hypochonder, oder haben sie sich einen gesunden Instinkt für das „Rechte“ und für menschliche Verirrungen bewahrt?

Wir wissen auch, warum es sie schaudert: In diesen Fabriken wird der Mensch in eine Denkstruktur gezwängt, in der er sich nicht wieder erkennen kann. Er ist in seinem Wesen ein Schicksal und kein Gegenstand. Unsere große Aufgabe wird sein, der Wissenschaft in einer humanen Medizin einen angemessenen Platz zuzuweisen, statt sich, wie heute gefordert, ihr zu unterwerfen!

Ein Arzt, der im Kranken jenen Weg- und Schicksalsgefährten sieht, der ihn mit der Bitte ehrt, ihm zu helfen, wird eine andere Haltung an den Tag legen als ein Arzt, der als Subjekt ein krankes Objekt analysiert und repariert...

Die Geschichte der Spontanheilungen bei Krebs zeigt denn auch, dass die Geheilten meist andere Wege gewählt haben als die Leitlinien...²⁹

Zum ersten Dogma, der Evidenz des Wissenschaftsbegriffes:

Diejenigen, die den Begriff „Wissenschaft“ am sorglosesten verwenden, haben die geringste Ahnung von ihrem Wesen. Eine genaue Begriffsdefinition fällt aus dem Rahmen dieser Arbeit. Nur so viel sei festgehalten:

Jede wissenschaftliche Erkenntnis setzt die Spaltung der einen Welt in „Subjekt“ und „Objekt“ voraus. Sie muss unabhängig von „Ort“, „Zeit“ und „Individuum“ sein, d.h. von all jenen Kategorien abstrahieren, die für mich heute in meiner Einzigkeit wesentlich sind!

Bereits aus dieser einfachen Überlegung folgt, dass Medizin in ihrem Wesen nie Wissenschaft sein kann, wenn sie nicht ihren Auftrag, einem Menschen in seiner Einzigkeit zu helfen, vertreten will.

Was ist das Wesen der Kunst? Es beruht in der Originalität: Jedes wahre Kunstwerk ist einzig! Wie jeder Mensch!

Also ist Medizin eine Kunst. Sie *bedient* sich der Wissenschaft, ohne sich ihr zu unterwerfen!

Es ist klar, dass mit der kunstvollen Begründung der Landeskrankenhilfe alles genehmigt und alles abgeschmettert werden kann! Es ist der Willkür der Versicherung überlassen, solche inhaltsleeren Begriffe wie „Wissenschaft“, „begründet“, „nachvollziehbar“, „hinreichend“, „adäquat“, „allgemein gültig“ und „anerkannt“, im Einzelfall zu konkretisieren. Welcher Kunde würde je einen Vertrag mit einer Versicherung abschließen,

- die sich das Recht anmaßt, zu entscheiden,
 - ob er überhaupt objektiv und nicht nur subjektiv, d.h. eingebildet, krank ist,
 - ob seine Heilung objektiv und nicht nur subjektiv erfolgt ist!³⁰
- die einen Unterschied zwischen „ärztlich indiziert“ und „medizinisch notwendig“ macht,
- die die Kostenerstattung eines Verfahrens oder Medikaments vom Nachweis der **Wirkungsweise** und nicht ausschließlich der **Wirksamkeit** abhängig macht!
- und die den Heilerfolg im konkreten Einzelfall des Kunden als völlig unerheblich abtut!

Jeder Kunde würde augenblicklich die Unterschrift verweigern, wenn ihm der Vertreter reinen Wein einschenkt, dass ihm die Kostenerstattung auch dann verweigert werden kann, wenn ihm die Therapie in seinem konkreten Fall geholfen hat, nur weil der letzte Beweis aussteht, dass sie auch einem anonymen Kollektiv helfen kann, wobei es dem Belieben eines Sachbearbeiters obliegt, das Beweinsniveau, d.h. die Höhe der Messlatte, festzulegen ...

Was schert sich der leidende Mensch um kunstvolle Erklärungsmodelle zur *Wirkungsweise*! Sein einzig legitimer Wunsch ist die *Wirksamkeit*, genauer: ein günstiges Verhältnis zwischen Wirkung und Nebenwirkung!³¹

Fazit: Das Versprechen, Heilpraktiker zu bezahlen, diente dazu, den Kunden in eine Falle zu locken!

Wenn die tückische Wissenschaftsklausel konsequent angewandt würde, dann wäre das Heer von Erkrankungen, das nicht objektivierbar ist, oder nur eine vage Beziehung zu objektiven Veränderungen aufweist, von der Kostenerstattung ausgeschlossen. Dazu zählen solche Volkskrankheiten wie die Migräne, viele andere chronische Schmerzzustände,³² die meisten Ohrgeräusche, von den seelischen Erkrankungen ganz zu schweigen!

Bei dieser sittenwidrigen Vertragsgestaltung, die den Kunden im Krankheitsfall dem Gutdünken des Sachbearbeiters ausliefert, hat es die Versicherung leicht, „ohne Anerkennung einer Rechtspflicht“ dem entrechteten Kunden „kulanterweise“ entgegenzukommen, wenn sie nur ihre Pflicht tut!

Da die Unbestimmtheit des Wissenschaftsbegriffs den Versicherungsschutz völlig aushöhlen kann, hat ihn der Bundesgerichtshof (BGH) in versicherungsrechtlichem Zusammenhang verboten!³³

Keine Versicherung hat sich je daran gehalten. Dies ist der letzte Beweis der provokanten These eines System-immanenten Betrugs! Der Betrug ist unausweichlich und System-erhaltend!

zu 4.1.2. *mein* Recht auf *meine* Gesundheit:

Was schert sich der leidende Mensch um das abstrakte Wohl eines Kollektivs, das nur in den Hirnen der Statistiker existiert? Es geht ihm um *sein* Leiden und um *seine* Genesung in *seiner* Einzigkeit! Darum hat er den Versicherungsvertrag abgeschlossen! Der Textbaustein ist an Zynismus nicht zu überbieten! Er offenbart eine Realität, die sich in den äußersten Gegensatz zur Intention des Versicherungsnehmers und des Grundgesetzes begibt.

Im Grundgesetz, Artikel 2, steht, dass jeder ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat. Die Frage ist nur, wer mit „jeder“ gemeint ist. Ist dieser „Jeder“ eine statistische Größe, also der „mehrheitliche Jeder“, oder jeder Einzelne, d.h. ich in meiner Jemeinigkeit³⁴? Es ist klar, dass dem Geist des Grundgesetzes nur Heideggers Interpretation des „Jeder“ als „je der“ entspricht. „Jeder“ ist keine statistische Größe, sondern „ich“ in meiner „Jemeinigkeit“! Das ist ja gerade der Unterschied zwischen Totalitarismus und Demokratie, dass dem Ich in beiden Systemen ein ganz unterschiedlicher ontologischer Rang zukommt: Das Verhältnis zwischen Einzelnem und Gesellschaft ist in beiden Systemen genau umgekehrt: Während im Totalitarismus die „Gesellschaft“ absoluten Vorrang vor dem „Einzelnen“ besitzt und seine Entfaltung nur zulässt, wenn es die „Gesellschaft“ nicht stört, ist es in der Demokratie umgekehrt: Es geht um die Entfaltung des Einzelnen, die nur durch Rücksichtnahme auf andere Einzelne beschränkt wird!

**Was wir nun im Versicherungswesen bezeugen,
ist der Sieg totalitärer Grundideen in westlich demokratischem Gewande!**

Und niemand nimmt daran Anstoß!

Der Grund für diese Nivellierung der Unterschiede zwischen individualistischen und kollektivistischen politischen Systemen ist eine völlig unreflektierte Haltung der Wissenschaft gegenüber.

Für den Bundesgerichtshof ist die „Unbestimmtheit“ des Wissenschaftsbegriffs der Grund, ihn aus dem Begriffsarsenal der Krankenversicherungen zu verbannen.

Wesentlicher wäre die Begründung, dass Medizin in ihrem Wesen keine Wissenschaft, sondern eine Kunst ist, weil sie mit immer einmaligen Menschen zu tun hat und nicht mit Vieherden, denen das Merkmal der Einzigkeit gerade abgeht!

Wissenschaft ist der faktische Religionsersatz, der beiden Systemen gemein ist. Erst wenn wir anfangen, die Grundlagen der Wissenschaft kritisch zu bedenken, sind wir nicht mehr nur ihre Sklaven. Dann können wir darangehen, ihr einen sinnvollen Ort in der Medizin wie im Ganzen unseres Daseins zuzuweisen, ohne ihr ausgeliefert zu sein! Wie heißen die unheilvollen Mächte in Michael Endes „Wunsch-Punsch“? Der Zauberer Beelzebub Irrwitzer und seine Tante, die Geldhexe Tyrranja Vamperl: seelenlose Wissenschaft und Geld!

Der Geheimrat unserer Gesundheitsministerin vereint beide Charaktere in *einer* Person: ein Blattschuss, ein Jackpot der *modern times*!

Der Satz in dem erwähnten Textbaustein der LKH „Es entscheidet nicht der Heilerfolg im Einzelfall, sondern nur die generelle Eignung der Behandlungsmaßnahme“ ist mit dem Grundgesetz und der Entscheidung des BVG vom 6.12.05 nicht in Einklang zu bringen. Er heißt im Klartext: Dein Einzelschicksal, lieber Klient, ist völlig gleichgültig! Es entscheidet

allein das Kollektiv! Wer aus dem Kollektiv fällt, hat jedes Recht auf Gesundheit und Leben verwirkt!

In dieser Grundsatzentscheidung des BVG wird klar unterschieden zwischen „konkretem“ und „abstraktem“ Wirksamkeitsnachweis. „Abstrakt“ heißt: durch Studien wissenschaftlich belegt. „Konkret“ heißt: durch den Erfolg im Einzelfall belegt. Das BVG würdigt erstmals in der Rechtsgeschichte der BRD das, worauf es letztlich ankommt: auf den Erfolg im Einzelfall!

Die Privatversicherungen indessen lassen sich weder durch den BGH noch durch das BVG beeindrucken. Sie schaffen sich ihren eigenen Rechtsraum und lassen es auf einen Prozess ankommen. Sie rechnen mit der Schwächung des Patienten, dem alles ferner liegt, als neben seiner Erkrankung noch eine zweite, juristische Front zu eröffnen! Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen spielen sie auf Zeit und hoffen insgeheim, dass sich das Problem von selber „löst“.

Solcher Zynismus ist leider Alltag im „Kampf mit den Kassen“! Es ist der klare Wille erkennbar, die Entscheidungen der obersten Gerichte nicht etwa zu erfüllen, sondern zu umgehen!

Bis dieser regelhafte Verstoß vor das Bundesverfassungsgericht gebracht ist, darf er mit Unterstützung der Judikative und Exekutive nach Herzenslust wüten!

So wird der Mensch mit kunstvollen Argumenten regelrecht vorgeführt.

Selbst Ombudsmänner, die den Bürger davor bewahren sollen, dass er bei Versagen des Systems unter die Räder kommt, finden an dem Vorgang nichts Merkwürdiges. Sie gehen den Weg des geringsten Widerstandes. Sie stellen sich auf den Standpunkt der mächtigen Versicherungen und sprechen ganz ihre Sprache, als wäre es das Selbstverständlichste auf der Welt!³⁵

4.2. Der Betrug der gesetzlichen Versicherungen

Er schließt den MDK und den GBA arbeitsteilig ein, s.u.!

Die Versicherungen verstecken sich hinter diesen Strukturen und versichern ihren Mitgliedern, dass sie eine biologische Behandlung bezahlen würden, aber dass diese wissenschaftlich nicht anerkannt sei und deshalb nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft gehen dürfe. So wird jede biologische Krebsbehandlung abgeschmettert. Der Patient wird auf Leitlinien verwiesen, auch wenn diese Leitlinien keine bessere wissenschaftliche Fundierung haben, dafür aber ein geradezu grausiges Nebenwirkungsspektrum!³⁶ So wird der Patient dem Interesse der Pharma-Industrie geopfert!

Mit der Nikolaus-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts³⁷ hat sich die Rechtslage grundlegend zugunsten des Patienten und seiner freien Entscheidung geändert. Die bedauernde Maske der Kassen ist gefallen. Nun zeigen sie ihr wahres Gesicht: Mit Händen und Füßen wehren sie sich gegen alles, was nicht Chemotherapie ist. Sie wehren sich sogar gegen Urteile der Sozialgerichte³⁸ und zeigen so, dass alles nur Vorwand, dass die Berufung auf die „Rechtslage“ eine feige Lüge war! Finster entschlossen gehen sie mit allen Mitteln gegen ihr tödlich bedrohtes Mitglied vor, verweigern ihm die Hilfe und verweisen es auf das „Hiroshima“ einer wissenschaftlich völlig ungesicherten Chemotherapie.

**Diese irrationale Chemo-Sucht der Kassen
ist nur durch eine metastasierende Korrrruption zu erklären...³⁹**

5. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) soll in seiner Entscheidung „frei“ sein. Er sei nur seinem Gewissen verpflichtet!⁴⁰

Es sind Ärzte. Sie haben den hippokratischen Eid geleistet. Der verpflichtet sie, sich ganz für das Wohl des Patienten einzusetzen. Im Konfliktfall verpflichtet er sie sogar, *Vorschriften* zu *missachten*, wenn sie dem Wohl des Patienten zuwiderlaufen. *So* revolutionär ist der hippokratische Eid nur in Deutschland angesichts seiner Vergangenheit formuliert: „Ich werde ... selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.“⁴¹ „Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.“⁴² Im Spannungsfeld der Krankenkassen und ihrer Mitglieder soll der MDK das wohlverstandene Anliegen des Patienten vertreten!

Er ist aber gem. § 91 Abs. 9 SGB V an die Richtlinien des GBA gebunden und wird *de facto* von den Krankenkassen *bestellt* und *bezahlt*!

Diese Bindung aber ist mit dem hippokratischen Eid unvereinbar! Demgemäß sehen viele seiner Entscheidungen aus: Einem Patienten mit Kolonkarzinom und drohendem Darmverschluss wird das Recht auf stationäre Behandlung *verweigert*, nur weil sich die Klinik dieses völlig austerapierten Patienten zu einer Immuntherapie mit Dendritischen Zellen bereit erklärte! Wir sind nicht sehr weit von der Horrorvision entfernt, dass Patienten vor den Toren einer Klinik sterben: in Amerika, weil sie nicht zahlungsfähig sind, in Deutschland, weil sie von ihrem Selbstbestimmungsrecht⁴³ Gebrauch machen!

Während 70% der Versicherten bei vergleichbarer Wirksamkeit einer biologischen Behandlung den Vorzug geben, sind dem MDK Leitlinien und fertige Text-Bausteine an die Hand gegeben, *wie* er jede biologische Therapie abzuschmettern hat. Es ist gar keine Frage, *ob* er sie ablehnt. Es ist nicht einmal eine Frage, *wie* er sie ablehnt! So „frei“ *ist* er in seinem Urteil! Kollegen erzählen von dem massiven Druck, dem sie ausgesetzt sind: Die Bewilligung einer biologischen Therapie gefährdet ihren Arbeitsplatz!

So wird die „Kontrolle“ zur Selbstkontrolle! So wird eine demokratisch angedachte Kontrollinstanz schon durch ihre Gestaltung außer Kraft gesetzt! So ist schon in der Struktur des MDK der *hippokratische Meineid* angelegt. Es ist sinnlos, den Einzelnen dafür anzuklagen! Das System ist krank! Es erklärt die absolute Fixiertheit des MDK auf eine Chemotherapie auch in den Fällen, wo sie keinerlei wissenschaftliche Belege der Wirksamkeit bei schwersten Nebenwirkungen vorzuweisen hat: gnadenlos!

Dies ist die fünfte System-immanente Korruption, denn auch für den MDK gilt:
„Wes Brot ich ess, des Lied ich sing.“

Drei Sofortmaßnahmen wären zur Sanierung des „MDK“ nötig:

5.1. Fachliche Qualifikation

Es ist das erste Übel, dass zur Begutachtung biologischer Fragestellungen reine Schulmediziner berufen werden, die nicht die geringste Ahnung von der besonderen Denkweise der biologischen Medizin haben, z.B. dass das Auftreten verschiedener Erkrankungen in ein und demselben Menschen nur selten ein Zufall ist, sondern einer inneren Gesetzmäßigkeit folgt

und dass auch die Heilung in einer bestimmten Ordnung erfolgen muss, um von Dauer zu sein. Die erste Forderung lautet also:

Kandidaten für den MDK müssen eigene *Erfahrung* auf dem Gebiet vorweisen, das sie zu begutachten haben.⁴⁴

Diese einfachste Forderung der Gerechtigkeit wird i.d.R. bei allen Fachfragen berücksichtigt: Orthopädische Fragen werden von Orthopäden bearbeitet, neurologische von Neurologen, gynäkologische von Gynäkologen. Von dieser Regel gibt es *eine* Ausnahme: In Fragen der biologischen Medizin ist jeder Gutachter recht, denn klar: Die Ablehnung steht ja schon fest! Warum soll man sich das Leben schwer machen! Sachkunde stört! Da käme man ja in Erklärungsnot! Und so wird ein gedungener Gutachter angesetzt, der nicht mehr Sachkenntnis hat als eine googelnde Hausfrau, der oft nicht einmal das Wort „Dendritische Zellen“ richtig schreiben kann,⁴⁵ geschweige denn eine Ahnung von der Vielfalt der Herstellungsprotokolle und Qualitätskontrollen hat, um die vorhandenen Publikationen richtig einschätzen zu können!

Dieser Verstoß gegen die einfachsten Regeln der Gerechtigkeit wiegt umso mehr, als die meisten Ärzte an den Universitäten keinerlei Ausbildung in biologischer Medizin erhalten haben: keine theoretische und schon gar keine praktische!

5.2. Das Auswahlverfahren

Es ist ein zweites Unding, den Kassen die Wahl ihrer Prüfer zu überlassen. Sie werden einen charakterlosen Diener wählen, der ihre Korruption mit der nötigen Diskretion deckt! Wenn die Kassen überhaupt ein Mitspracherecht haben sollen, dann höchstens eine von drei Stimmen: So wäre ein Gremium denkbar, das aus Patienten-, Kassen- und Ärztevertretern besteht, wobei der Ärztevertreter in Sachen der biologischen Medizin nicht einfach ein Schulmediziner sein dürfte, sondern seine Qualifikation durch entsprechende Erfahrung und Veröffentlichungen nachweisen müsste!

5.3. Der Träger dieser Berufsgruppe

Es ist das dritte Unding, dass die Kassen ihre eigenen Kontrolleure bezahlen! Der Bund, die Länder oder die Gemeinden, d.h. öffentliche, demokratisch legitimierte Instanzen, müssten Träger des MDK sein, um ihm den nötigen Freiraum zu gewähren, den Egoismen von Industrie, Kassen und Patienten gleichermaßen die Stirne bieten zu können!⁴⁶(s.o.)

6. Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (GBA)

Der MDK beruft sich bei seiner Entscheidung auf die Richtlinien des „Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Beurteilung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“, kurz **GBA** oder auch **NUB** genannt. Ihm kommt eine geradezu gesetzgeberische Machtfülle zu, denn er entscheidet über Wohl und Wehe, Leben und Tod. Welche Kontrollmöglichkeiten hat der Gesetzgeber bei einer solch gefährlichen Machtfülle vorgesehen?

Ist es ein Zufall, dass schon im Namen dieser Einrichtung der, um den es geht, fehlt?

Der GBA besteht aus zwölf Mitgliedern. Sechs werden von den Ärzten gewählt und sechs vom Verband der Krankenkassen. **Patientenvertreter** sind in diesem Organ nicht etwa vergessen worden: Sie **haben ausdrücklich kein Stimmrecht!**⁴⁷

Was brauchen wir noch für Beweise, dass der Patient in Forschung und Versicherungswesen nur eine Randerscheinung darstellt?

Die Namen der *Krankenkassenvertreter* sind *geheim*. Selbst auf Anfrage sind sie nicht zu erfahren. Hier ist auch nicht im Ansatz eine demokratische Struktur zu erblicken, im Gegenteil: Diese Struktur erinnert an eine Loge mit okkulten Sitzungen!

Die Namen der ärztlichen Vertreter sind dagegen durchaus zu erfragen. Sie werden von der Bundesärztekammer (BÄK) entsandt. So scheint der GBA wenigstens zur Hälfte demokratisch legitimiert zu sein.

Aber schon beim einfachsten Versuch, diese Kammer auf ihre demokratische Struktur hin zu befragen, fallen wir ins Leere! Die *Landesärztekammern* sind eingetragene Vereine und Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Satzungen, welche ihre Tätigkeiten auf nachprüfbarer Weise regeln, nicht aber die *Bundesärztekammer*. Auch hier stoßen wir also auf den Logencharakter. Hier ist eine Crème de la crème ganz unter sich!

Auch den Ärztevertretern fehlt somit jede demokratische Legitimation! Der GBA, auf den sich jedes Gerichtsurteil beruft, ist völlig außer Kontrolle geraten! Und so sehen seine Entscheidungen aus! Kein namhafter Vertreter der biologischen Medizin ist dabei. Sachkunde stört! Das Ergebnis steht ja schon fest!

Dies ist das sechste Dokument System-immanenter Korruption:

Das mächtigste Organ hat null Legitimation!

7. Die Rolle der Gerichte

7.1. Die Strafgerichte ignorieren das Faktum korrupter Versicherungen. Sie gehen – ungeachtet aller vorgelegten Dokumente – von der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit des Versicherungswesens aus und erklären jenen Arzt zum „gewerbsmäßigen Betrüger“, der den Versicherungen nicht die volle Breitseite für ihre Streichorgien bietet, indem er bei der Rechnungsstellung bei einer Analog-Leistung den Buchstaben „A“ weglässt und dadurch die Akzeptanz seiner Rechnung – oft auf dringende Bitte der Patienten - erhöht.⁴⁸ Nicht die Versicherung ist der Betrüger, die den Kunden mit arglistigen Versprechungen zu einem u.U. tödlichen Vertrag verlockt, sondern der Arzt, der diesem Betrug nicht willfährig Vorschub leistet! Das lässt einen Staatsanwalt kalt. Es geht um die Erhaltung des Systems! Denn es ist besser, dass ein Einzelner geopfert werde, als dass das ganze System ins Wanken kommt!

Das war damals der Fall⁴⁹ und so ist es heute. Zweitausend Jahre Christentum haben im Grunde daran nichts geändert.⁵⁰

7.2. Die Zivilgerichte vertrauen blind auf den MDK und schließen sich seiner Einschätzung an, es sei denn, der Patient hat einen engagierten Fachanwalt für Medizinrecht gewählt, der durch ein Gegengutachten das Gutachten des MDK fachgerecht zerlegt. Das ist i.d.R. nicht allzu schwierig, da die Gutachten des MDK oft eine Fülle von Denk- und Sachfehlern bieten! Auf der Basis dieses Gegengutachtens wird dann i.d.R. ein Vergleich abgeschlossen. Das kommt allen drei Seiten entgegen:

1. dem Patienten, weil nun endlich wenigstens ein Bruchteil des Geldes, das ihm zusteht, fließt,
2. der Versicherung, weil ein Urteil zugunsten des Patienten unabsehbare Klagen anderer Patienten nach sich ziehen könnte, und
3. dem Richter, weil er keine Arbeit hat.

Nur: Recht wird so nicht gesprochen!

7.3. Die Sozialgerichte sind *de facto* gleichgerichtet: Das Bundesverfassungsgericht hat am 6.12.2005 in seiner „Nikolaus-Entscheidung“ entschieden, dass die Kassen bei tödlichen Erkrankungen auch nicht allgemein anerkannte Therapien bezahlen müssen, sofern diese „eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder Linderung der Beschwerden versprechen.“ Die Kriterien zur Kostenerstattung hat es so definiert:

7.3.1. Es muss eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegen.

7.3.2. Es darf keine „allgemein anerkannte, wissenschaftlichem Standard entsprechende Behandlungsmöglichkeit“ zur Verfügung stehen.

7.3.3. Die alternative Behandlung muss „eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes“ haben.

Bei der Minimalforderung „einer nicht ganz entfernten Aussicht“ (auf Erfolg) glaubten viele, der Bann über der biologischen Medizin sei gebrochen.

Weit gefehlt: Der MDK und die Sozialgerichte, die ihm blind vertrauen, suchen die Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts nicht etwa zu erfüllen, sondern zu unterlaufen. Die Rechtsbeugung folgt dabei einem recht eintönigen Muster:

7.3.1. Das Merkmal „lebensbedrohlich“

7.3.1.1. im palliativen Stadium der Erkrankung

„Palliativ“ heißt definitionsgemäß, dass es keine heilende Therapie mehr gibt. Das unvermeidliche Ende kann nur noch mit einem „Mantel“ der Barmherzigkeit, mit einem *pallium*, versehen werden, indem die Symptome der Erkrankung, wie Angst, Schmerzen, Auszehrung, gemildert werden. **Der sichere Tod gehört also zur Definition dieses Stadiums.**

Medizinische Dienste und Richter in deutschen Landen sind fähig, einerseits das Merkmal des palliativen Stadiums einzuräumen, andererseits das notwendig damit verbundene analytische Urteil der tödlichen Bedrohung abzusprechen.

Dies gleicht dem Urteil: „Der Schimmel ist braun.“

So wird heute Recht gesprochen!

Was jedem Laien und Kind bekannt ist: der MDK hat das Merkmal der tödlichen Bedrohung selbst im Falle eines metastasierten Pankreaskarzinom in Frage gestellt!

Dies ist eine Erkrankung mit einer medianen Überlebenszeit von sechs Monaten! Der MDK hat den Begriff „lebensbedrohlich“ eben so ausgelegt, dass der Tod schon in den nächsten Tagen erfolgen müsse, um der Intention des BVG „gerecht“ zu werden: formales Recht, inhaltlich schreiendes Unrecht!

Selbst Richter sind zu dieser Rechtsbeugung fähig sind. Sie sprechen *de facto* Todesurteile aus, indem sie dem tödlich Bedrohten die Todesbedrohung absprechen und ihm so die Hilfe verweigern, die das Bundesverfassungsgericht dafür vorsieht.

7.3.1.2. im adjuvanten Stadium

„Adjuvant“ heißt definitionsgemäß, dass Heilung möglich, aber alles andere als sicher ist. Es bleibt also ein gewisses Maß an tödlicher Bedrohung.

Diese Bedrohung wird dem Recht suchenden Patienten vor deutschen Gerichten *regelmäßig* abgesprochen. Das heißt konkret: Eine Frau mit Brustkrebs und Lymphknotenmetastasen hat eine Fünfjahresüberlebenschance von etwa 70% mit Operation, Chemotherapie und Bestrahlung. Damit soll sie sich zufrieden geben! Eine 30%-ige Chance, innerhalb von fünf Jahren zu sterben, wird als nicht „lebensbedrohlich“ interpretiert, eine Auslegung, die subjektiv wie objektiv völlig abwegig ist und nur von einer Unfähigkeit zeugt, sich in die Lage der Betroffenen zu versetzen! (Die so urteilen, leben in dem Gefühl eigener Unsterblichkeit!)

Die Frau wird auf die „leitliniengerechten Chemotherapie“ verwiesen, obschon das Nutzen-Risiko-Verhältnis mit 8 – 10% Nutzen bei einem stattlichen Risiko, das von Haarausfall, Übelkeit, Durchfällen, Knochenmarksschädigung bis hin zu Zweitkarzinomen reicht, nicht gerade verlockend ausfällt! Zu diesem makaberen „Standard“ wird die Frau gezwungen. Eine Entscheidungsfreiheit zugunsten der innovativen und viel humaneren Dendritischen Zelltherapie wird ihr nicht eingeräumt! Der Analogieschluss, dass die Dendritischen Zellen – wie jede Immuntherapie - im Stadium der geringen Tumorlast noch viel aussichtsreicher sind als bei großer Tumorlast, wo sie ihre Wirksamkeit bewiesen haben, wird abgelehnt, obwohl ohne Analogieschlüsse kein Tag praktischer Medizin bestritten werden könnte: Nur in den seltensten Fällen haben wir für unsere Entscheidungen Studien zur Grundlage, die wir ohne Analogieschlüsse eins zu eins in die Praxis umsetzen können!

7.3.2. Was heißt „wissenschaftlicher Standard“?

7.3.2.1. im palliativen Stadium

Die Frage, ob „allgemein anerkannte, wissenschaftlichem Standard entsprechende Behandlungsmöglichkeiten“ zur Verfügung stehen, wird grundsätzlich bejaht, auch wenn gar keine Studien mit unbehandelten Kontrollgruppen vorliegen, welche die Wirksamkeit zweifelsfrei belegen.

Die Wirklichkeit wird dem „Begriff“ angepasst, damit der Buchstabe stimmt. Die Vorgabe des BvG wird eben so luftig ausgelegt, dass alles, was in der Roten Liste steht, als „allgemein anerkannt“ interpretiert wird. Als wäre „Chemotherapie“ an sich „anerkannt“ und jeder Verpflichtung enthoben nachzuweisen, bei *welcher* Krebserkrankung *welche* Chemo(kombination) im Vergleich mit einer unbehandelten randomisierten Kontrollgruppe ihre Wirkung wissenschaftlich zweifelsfrei unter Beweise gestellt hat, wie dies von biologischen Strategien gnadenlos verlangt wird! Die Antwort wäre meistens: keine! zumindest bei ihrer häufigsten Indikation, nämlich im palliativen Stadium.

7.3.2.2. im adjuvanten Stadium

Und im adjuvanten wäre bei fairer Aufklärung beim Mamma-Karzinom zumindest die Mistel-Studie zu erwähnen, die bei 1- 4 Lymphknoten-Metastasen ein ähnlich gutes – oder mageres – Ergebnis wie die Chemotherapie erreichte, nämlich 7,5%; bei mehr als 4 Lymphknoten aber war die Mistel den Zellgiften deutlich überlegen!⁵¹ Wäre der Patient im Mittelpunkt, dann wäre es jedem Onkologen eine Pflicht, auf diese Studie hinzuweisen, auch wenn sich die „Standard-Therapie“ zwischenzeitlich geändert hat: von CMF (Cyclophosphamid, Methotrexat und 5-Fluoro-Uracil) zu EC (Epirubicin und Cyclophosphamid). Die Unterschiede sind minimal, jedenfalls nicht der Rede wert, daraus eine Alternative zur humanen Mistel-Therapie zu konstruieren! Die Frauen verdienen es, fair aufgeklärt zu werden, d.h. die Daten gehören ihnen in einer Weise vorgelegt, dass sie sich *frei* entscheiden können!

Wir sind meilenweit von diesem ethischen Standard entfernt! Der Durchschnittsonkologe kennt die adjuvante Mistel-Studie nicht. Daraufhin angesprochen, sieht er auch keinen Anlass, sich zu informieren, denn er weiß ja schon alles. Er hat ein apriorisches Wissen.⁵² Das enthebt

ihn von der Verpflichtung, sich mit Details überhaupt auseinanderzusetzen. Wenn er gut gelaunt ist, bekommt der Patient ein müdes Lächeln als Antwort. Das Spektrum aber reicht bis zum Wutausbruch mit vegetativer Begleitreaktion, so dass nicht wenige Patienten ernsthaft befürchten, dass ihnen schon aus der Frage Nachteile für die zukünftige Behandlung entstehen! Viele Patienten ahnen diese Haltung und wagen schon gar nicht, eine solche Frage zu stellen. Sie wandern dann nicht selten zu Heilpraktikern ab, wo sie aufgeklärt werden: mit schwankender Qualität! Ein Kooperationsverbot zwischen Arzt und Heilpraktiker aus der Zeit Adolf Hitlers ist nicht gerade geeignet, die Qualität dieser Auskunft zu erhöhen.

Eine geistige Auseinandersetzung mit wissenschaftlich begründeten Alternativen zur leitliniengerechten adjuvanten Chemotherapie findet jedenfalls innerhalb der Schulmedizin nicht statt! Wenn eine solche Geisteshaltung noch das Prädikat „Wissenschaft“ für sich beansprucht, dann ist jede Hoffnung auf Einsicht vergebens, denn „Kritikfähigkeit“, die zur Grundausrüstung des wissenschaftlichen Geistes gehört, setzt die Fähigkeit zur „Selbstkritik“ voraus!

In der palliativen Situation sieht die Realität nicht besser aus: Jede verwegene Kombination soll noch durchexerziert werden, bevor eine humane Immuntherapie in Frage kommt! Damit wird auch hier einer Therapie mit einem äußerst ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis⁵³ der Vorzug gegeben, eine Realität, die mit keiner ärztlichen Ethik in Einklang zubringen ist!

Und zweitens wird damit der letzte Rest Immunkompetenz ausgelöscht, so dass eine Immuntherapie *nach* einer Chemotherapie, wie es heute noch leider die Regel ist, kaum eine Chance hat! Sie gleicht dem Versuch, auf verseuchter Erde einen biologischen Garten im Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte der Natur anzupflanzen ...

Humaner und medizinisch sinnvoller wäre der umgekehrte Weg: zunächst mit einer Immuntherapie zu beginnen und nur im Falle des Versagens eine Chemotherapie anzubieten, denn es herrscht Einigkeit: Ob heute oder in sechs Monaten begonnen wird, hat keinen Einfluss auf die Erfolgsaussichten einer palliativen Chemotherapie⁵⁴, wohl aber einer Immuntherapie!

Das wäre eine wahrheitsgetreue, faire Aufklärung. Die heutige Onkologie aber ist zu einem Supermarkt der Chemotherapie entartet!

Abhilfe?

7.3.2.1. In der Nikolaus-Entscheidung des BVG fehlt **das Wörtchen „kurativ“**. Der Text müsste also heißen: wenn keine „allgemein anerkannte, wissenschaftlichem Standard entsprechende *kurative* Behandlungsmöglichkeit“ zur Verfügung steht.

Wenn dieses unscheinbare Wörtchen eingefügt würde, wäre Hunderttausenden von Menschen unendliches Leid erspart.

**Das einfachste Gebot der Menschlichkeit heißt:
Wenn der Patient schon sterben muss,
dann wollen wir ihm wenigstens die Entscheidungsfreiheit lassen,
wie lange er leiden und wie er sterben will!**

Dieser letzte Wunsch sollte uns heilig sein! *Muss* ihm der bittere Trank der Chemotherapie mit allem Nachdruck gereicht werden? Ein teurer Trank noch dazu, mit Jahreskosten von 100.000.-€ im Schnitt! Selbst wenn eine Lebensverlängerung unter Chemotherapie gegenüber Nichtbehandlung wissenschaftlich ausreichend gesichert ist, dann hat der Patient das Recht zu erfahren, um wie viele Wochen oder Monate es sich handelt und wie teuer dieser Vorteil erkaufte wird, d.h. mit welcher Häufigkeit welche Nebenwirkungen zu erwarten sind, damit er

sich entscheiden kann, ob er länger leiden oder lieber eine kürzere Zeit so schön wie möglich leben will!

Meistens aber ist die lebensverlängernde Wirkung wissenschaftlich *nicht* einmal eindeutig gesichert, weil ein Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe fehlt. In diesem Fall ist der Druck, der auf die Patienten ausgeübt wird, besonders makaber!

Die Onkologen begründen das Fehlen einer unbehandelten Kontrollgruppe damit, dass es ethisch nicht zu rechtfertigen wäre, einen schwer kranken Patienten nicht zu behandeln.

Ich würde umgekehrt sagen: Es ist nicht zu verantworten, einem schwer kranken Patienten ein Mittel mit fragwürdiger Wirksamkeit aber schwersten Nebenwirkungen zuzumuten und v.a. ihm keine Entscheidungsfreiheit zu lassen! Je schwerer die Nebenwirkungen sind, umso strenger müssen die Forderungen an den Wirksamkeitsnachweis sein! In einigen kontrollierten Studien lebten die unbehandelten Patienten nicht nur besser sondern sogar länger! Hier war die Chemotherapie also eine sehr effektive Weise, das Leben zu verkürzen, aber nicht auf eine schöne Weise.⁵⁵

Umgekehrt gilt: Je geringer die Nebenwirkungen, umso großzügiger kann ein Mittel – wie die Mistel – verschrieben werden!

Diese ethischen Regeln sind in der zeitgenössischen Onkologie in großem Stil außer Kraft gesetzt. Der Patient wird nicht selten zu einer Chemotherapie überredet wie zu einer Versicherung, von der er keinen fassbaren Nutzen hat!

Hier wird der hippokratische Eid, der uns zur Menschlichkeit und zur Achtung der Persönlichkeit, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, verpflichtet, regelmäßig verletzt:

Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.⁵⁶

Da die Verletzung dieser Grundrechte im Versicherungswesen und in der Rechtsprechung zur Regel geworden ist, bedarf es eines Machtworts des BVG, um die Würde des Patienten, die gleich an zwei Stellen der Berufsordnung mit dem Selbstbestimmungsrecht in Verbindung gebracht wird, wiederherzustellen.⁵⁷ Das Zauberwort „kurativ“ wäre der wichtigste Schlüssel.

7.3.2.2. Ein zweiter Schlüssel wäre eine **nähere Präzisierung, was mit „allgemein anerkanntem, wissenschaftlichem Standard“** eigentlich gemeint ist.

Es gibt drei Weisen, diese Frage zu beantworten:

7.3.2.2.1. **Wir fragen Wissenschaftler**, was „wissenschaftlicher Standard“ sei.

Diese personale Methode hat gewaltige Nachteile. Die Antworten werden in Berlin, München und Hamburg verschieden ausfallen. Der Grund ist die Unfreiheit der Wissenschaftler durch oben skizzierten Interessenkonflikt.

7.3.2.2.2. Wir orientieren uns an **„Leitlinien“**, da sie einen Konsens darstellen, der über die Meinung eines Einzelnen hinausweist.

Aber auch die „Leitlinien“ sind Ausdruck dieses Interessenkonflikts. Gewisse Therapien, wie die individuelle Immuntherapie mit DZ und die Therapie mit natürlichen Viren, die keine Lobby hinter sich haben, werden einfach ausgeblendet!

Wenn wir uns trotz dieser Einschränkung die „Leitlinien“ als Richtschnur nehmen, um zu erfahren, was „wissenschaftlicher Standard“ sei, dann müssen wir differenzieren: Es gibt S₁-, S₂- und S₃-Leitlinien.

S₁-Leitlinien widerspiegeln lediglich die Meinung der Leitlinien-Ersteller. Die wissenschaftliche Datenlage geht über individuelle Heilversuche nicht hinaus. Hier gilt: Bei weitgehend fehlendem wissenschaftlichem *Wirksamkeitsnachweis* hat der Schutz vor *Nebenwirkungen* höchste ethische Priorität.

Leider habe ich noch keine Sozialgerichtsentscheidung gesehen, die sich an diese Maxime gehalten hätte!

S₂-Leitlinien stützen sich bereits auf Pilotstudien, haben also eine, wenn auch schwache, wissenschaftliche Fundierung. Dementsprechend können auch die Nebenwirkungen etwas relativiert werden. Ethischer Grundsatz sollte sein: Der Patient soll sich entscheiden!

Lediglich *S₃-Leitlinien* stützen sich auf Phase-3-Studien, d.h. die Wirksamkeit ist im Vergleich mit dem bisher geltenden Standard belegt, meist aber nicht gegen eine unbehandelte Kontrollgruppe (s.o.). Den Patienten interessiert wenig, ob Chemotherapie A besser als B ist, wenn beide vielleicht schlechter als Nichtbehandlung sind! D.h.: Selbst *S₃-Leitlinien* sind kein Garant für einen wissenschaftlich gesicherten Vorteil *für den Patienten*, sondern nur dafür, dass eine *neue* Behandlung besser als die *alte* ist. Offen bleibt in vielen Fällen, ob Nichtbehandlung besser als Behandlung wäre.

Fazit: Im palliativen Stadium ist der Druck auf den Patienten durch Verweis auf S₁- und S₂-Leitlinien ein schwerer Verstoß gegen das Grundrecht der Entscheidungsfreiheit, weil dem Patienten eine Therapie zugemutet wird, die wissenschaftlich nur einen wenig gesicherten Nutzen nachzuweisen hat, aber die Gefahr schwerwiegender Nebenwirkungen in sich birgt.

Wenn S₃-Leitlinien vorliegen, dann ist immer noch zu fragen, ob es bei den zulassungsrelevanten Studien einen unbehandelten Kontrollarm gegeben hat oder nicht.

Wenn es keinen unbehandelten Kontrollarm gegeben hat, ist der Verweis auf eine S₃-Leitlinie im palliativen Stadium genauso verwerflich wie der Verweis auf eine S₁- und S₂-Leitlinie.

Und selbst *wenn* ein unbehandelter Kontrollarm vorgelegen hat, dann ist noch sorgfältig abzuwägen, wie groß der Vorteil der Behandlung gegenüber der Nichtbehandlung war und zu welchem Preis an Nebenwirkungen dieser Vorteil erkaufte worden ist.

Diese Entscheidung kann allein der Patient treffen. Jeder Druck von außen stellt zumindest im palliativen Stadium eine schwere Verletzung der Grundrechte dar.

7.3.2.2.3. Wir orientieren uns an jenen Grundsätzen, die die Wissenschaft selber hervorgebracht hat.

1. Stufe medizinischer Erkenntnis: die **Kasuistik**

1.1. die sorgfältige Beschreibung eines erstaunlichen Einzelfalls

1.2. Sammlung mehrerer Einzelfälle zu einem Erfahrungsbericht

2. Stufe medizinischer Erkenntnis: die **Statistik**

2.1. die kontrollierte Studie mit historischem Vergleichsgut (retrospektiver Vergleich)

- 2.1.1. mit geringer Fallzahl: die **Pilotstudie** (<50 Patienten)
- 2.1.2. mit großer Fallzahl: die **Phase-2-Studie**
- 2.2. die prospektive, randomisierte Studie: zwei oder mehrere Gruppen werden verglichen, die sich in keinem prognostisch entscheidenden Parameter (wie Alter, Geschlecht, Erkrankungsstadium usw.) unterscheiden dürfen. Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgt nach dem Zufallsprinzip.
 - 2.2.1. **Vergleich mit bisherigem Standard**
 - 2.2.1.1. offene Studie: sowohl Arzt wie Patient wissen, wer was bekommt
 - 2.2.1.2. einfach blinder Vergleich: der Patient weiß nicht, was er bekommt
 - 2.2.1.3. doppelt blinder Vergleich: weder Arzt noch Patient wissen, wer was bekommt.
 - 2.2.2. **Vergleich mit unbehandelter Kontrollgruppe**
 - 2.2.2.1. offene Studie, s.o.
 - 2.2.2. 2. **die Plazebo-kontrollierte Studie: der Vergleich mit einem Scheinmedikament**
 - 2.2.2.2.1. einfach blind: der Patient weiß nicht, was er bekommt
 - 2.2.2.2.2. doppelblind: weder Arzt noch Patient weiß, wer was bekommt.
- 3. Stufe: die genuine ärztliche Entscheidung: die Abwägung zwischen Nutzen und Risiko und faire Aufklärung des Patienten, um ihm zu einer reifen Entscheidung zu verhelfen.

Dies ist der Stufenplan einer klinisch orientierten Forschung.

Daneben hat sich in der industriellen Arzneimittelforschung und ihrem Bemühen, völlig neuartige und dadurch leicht patentierbare Arzneimittel zu produzieren, ein neuer Stufenplan entwickelt:

- 1.Stufe: In-vitro-Versuche an Zellkulturen
- 2.Stufe: Tierexperimente
- 3.Stufe: Klinische Versuche
 - 3.1. Phase-1-Studien:
 - Dosis-Findungsstudien zur Klärung der Verträglichkeit (Toxikologie-Studien)
 - 3.2. Phase-2-Studien: zur Klärung der Wirksamkeit
 - 3.3. Phase-3-Studien: Vergleich mit bisherigem Standard

Es kann nicht oft genug betont werden, weil der Verstoß gegen den obersten ethischen Grundsatz des *nil nocere* heute fast zur Regel geworden ist:

Je gefährlicher eine Therapie ist, umso höher müssen die Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis sein. Dies gilt umso mehr, je geringer der Anspruch der Therapie ist: Bei einer palliativen Chemotherapie, die also schon von ihrer Zielsetzung her gar keine Heilung ins Auge fasst, kann als Wirksamkeitsnachweis nur ein Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe akzeptiert werden (2.2.2. und aufwärts!).

Die regelmäßige Verschleierung dieser Tatsachen erfüllt den Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung.

Für den Wahrheitsgehalt dieser polemisch wirkenden Darstellung spricht die Tatsache, dass die meisten Chemotherapeuten die Chemotherapie ablehnen würden, wenn sie selbst in die Lage ihrer Patienten kämen!⁵⁸

Da der Verstoß gegen diese ethischen Prinzipien System hat, kann sich heute kein Richter mehr auf Aussagen des MDK oder auf Leitlinien berufen. Er muss selbst die kritischen Fragen an seine „Gutachter“ stellen, um nicht mitschuldig am iatrogenen Leiden und Tod der Patienten zu werden.

7.3.3. Was heißt „eine nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes“?

Aus der Formulierung ist klar: Das BVG wollte sich gegen das Heere der Wunderheiler, Hand-Aufleger, Heilsversprecher abgrenzen. Es wollte ein *Mindestmaß* an wissenschaftlicher Ausrichtung.

Welche Stufen wissenschaftlich begründeter „Aussicht auf Erfolg“ gibt es?

1. Stufe: die Plausibilität.

Es liegt keinerlei Erfahrung vor, aber die Theorie stimmt und lässt somit eine positive Wirkung zumindest möglich erscheinen.

2. Stufe: Zellversuche.

Spinnengifte z.B. können in bestimmten Mischungen und Konzentrationen Krebszellen vernichten und gesunde Zellen schonen.

3. Stufe: Tierversuche, 4. Stufe: Erste klinische Erfahrungen, usw., s.o.!

Bei der Formulierung „nicht ganz entfernt“ müsste die unterste Stufe, die Stufe der Plausibilität, genügen!

Die Wirklichkeit der Gerichte und ihrer Gutachter hat sich weit von dem, was billig ist, entfernt!

Die „nicht ganz entfernt liegende Aussicht“ auf Erfolg, wird bei allem, was nicht Chemotherapie ist, grundsätzlich verneint, gleich wie erdrückend die Datenlage ist:

Die Dendritische Zelltherapie hat zu ihrer wissenschaftlichen Fundierung 57.000 Publikationen vorzuweisen, darunter die erwähnte Phase-3-Studie, und dennoch wird ihr mit unbeirrbarer Monotonie das minimale Prädikat einer „nicht ganz entfernten Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes“ abgesprochen.

Das gleiche gilt für die onkolytischen Viren. Hier liegt eine multizentrische, Plazebo-kontrollierte Phase-2-Studie zu ihrer Wirksamkeit vor.⁵⁹

Diese Studien werden, obschon sie dem Gutachter mit dem Antrag auf Kostenerstattung vorgelegt werden, im Gutachten regelmäßig verschwiegen.

Wenn selbst Therapien, die eine solch massive wissenschaftliche Dokumentation vorzuweisen haben, das Merkmal einer „nicht ganz entfernten Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes“ abgesprochen wird, dann wird es *jeder* komplementären Therapie abgesprochen und damit der Sinn der Grundsatzentscheidung des BVG unterlaufen. Es werden Forderungen erhoben, die nicht einmal die etablierten Therapien erfüllen!

Dieses Verfahren ist, so absurd es scheint, nicht neu. Es haftet der Onkologie-Szene schon seit Jahrzehnten an. Prof. Ulrich Abel, emeritierter Statistiker am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ), der sicher nicht zu der Sekte „grüner Prediger“ gehört, hat bereits 1989 darauf hingewiesen, dass der Vorwurf mangelnder wissenschaftlicher Fundierung, der der biologischen Therapie von der herrschenden Onkologie gemacht wird, so berechtigt er ist, auf diese selbst zurückfällt.⁶⁰

Man kann dieses Verhalten mit einem Sprichwort sehr treffend beschreiben: „Wer selbst im Glashaus sitzt, soll nicht mit Steinen werfen!“

Das Versagen der *herrschenden* Onkologie, ihre „Erfolge“ zu dokumentieren, wiegt umso schwerer, als sie sich wahrlich nicht darauf hinausreden kann, dass ihr die finanziellen Mittel dazu fehlen! Sie schwimmt im Geld: Öffentliche Mittel fließen ihr zu. Die Industrie füttert sie. Nicht wenige Reiche vermachen ihr einen Großteil ihres Erbes in dem guten Glauben, Leidensgenossen in Zukunft zu dienen!

Regelmäßig wird bei dem Verweis auf die Entscheidung des BVG vom 6.12.2005 auch die neue Bedeutung des „**konkreten Wirksamkeitsnachweises**“ unterschlagen. Erstmals in der Geschichte der Rechtsprechung wurde vom BVG *das* gewürdigt, worauf es letztlich bei jedem Heilversuch ankommt: auf den Erfolg im Einzelfall. Dass dies seit der Gründung der Bundesrepublik über ein halbes Jahrhundert gedauert hat, ist schon ein erstaunliches Faktum und zeigt nur, wie verrannt unser Denken im Glauben an die allmächtige Wissenschaft ist!

Bei den untergeordneten Gerichten ist diese Botschaft noch gar nicht angekommen, nicht einmal beim Bundessozialgericht, geschweige denn bei den geringeren Gerichtsbarkeiten oder gar bei den Versicherungen und ihren „Medizinischen Diensten“. Der Hinweis, dass die beantragte Therapie bereits geholfen hat, stößt auf taube Ohren. Der konkrete Wirksamkeitsnachweis wird nicht einmal in Frage gestellt: Er wird überhaupt nicht zur Kenntnis genommen! Stattdessen wird meist abstrakt behauptet, die beantragte Therapie könne gar nicht helfen, weil sie nicht helfen könne! Das enthebt den „Gutachter“ der Pflicht, sich mit den Dokumenten überhaupt auseinanderzusetzen.

Hier ist ganz offenkundig ein **apriorisches Denken** am Werk. Es stammt aus der abendländischen Tradition der Metaphysik.

Seit der Aufklärung sollte dieses Relikt überwunden sein. Das war Kants Hoffnung. Beim Medizinischen Dienst ist die Neuzeit indessen noch nicht angekommen. Dass sich diese archaische Denkstruktur mit den Begriffen der „Wissenschaft“ schmückt, entspringt nur einer weitgehenden Unklarheit über die geistigen Grundlagen des eigenen Denkens. Ein Mediziner lernt tausend Details, aber keine Struktur, die Details in eine sinnvolle Ordnung zu bringen. So bringt dieses Studium serienweise hochinformierte Fachidioten hervor.

Was bedeutet die bewusste Unterschlagung hochrangiger Studien (d.h. in der Sprache des BVG „des abstrakten Wirksamkeitsnachweises“) und ggf. die Ignorierung des Erfolges im Einzelfall, d.h. des „konkreten Wirksamkeitsnachweises“ in nahezu allen Gutachten des MDK?

Juristisch gehört dieses Verhalten in den Bereich der Gutachter-Kriminalität und – weil es System hat – in den Bereich der *organisierten Gutachter-Kriminalität*. Es erfüllt den Tatbestand der wissentlichen und willentlichen Falschaussage in einem für das Gericht bestimmten Dokument. Dass dies strafrechtlich noch nicht gewürdigt worden ist, erschüttert den Glauben an die Rechtsstaatlichkeit der Bundesrepublik.

Manche Richter gehen noch weiter: Sie sprechen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes Hohn, indem sie einem todbedrohten Patienten diese letzte, wissenschaftlich fundierte Hoffnung nicht nur verweigern, sondern ihn sogar noch mit Strafe bedrohen, wenn er seinen Antrag nicht augenblicklich zurückzieht.⁶¹

8. Das sog. „Heilmittelwerbe-Gesetz“ ist so gestaltet, dass es dem Kartell *de facto* das alleinige (Des)Informationsrecht in Bezug auf Krebs zuerkennt. Jedem, der etwas Anderes sagt

und die Kranken sachlich korrekt aufklären will, droht behördliche, ja sogar strafrechtliche Verfolgung!

9. Die Rechtslage ist bei der **Entwicklung neuer Medikamente** „zum Schutz des Patienten“ so streng gefasst, dass **nur noch Unternehmen mit Milliarden-Umsätzen die Auflagen erfüllen können.**

Der Grund für diese Privilegierung ist die Tatsache, dass sich die Pharma-Konzerne selbst ihre Gesetz schreiben (s. 1.2.)

Die Kosten für die Entwicklung eines neuen Medikamentes betragen einschließlich aller Bestechungsgelder rund *eine* Milliarde €.

Eine solche Investition ist auch für ein Multimilliarden-Unternehmen nur möglich, wenn das Ergebnis der Forschung dann **patentierbar** ist. Also schränkt sich der Blickwinkel der Pharma-orientierten Forschung - und das heißt fast *aller* medizinischen Forschung - auf patentierbare Strategien ein. Patentierbar sind neue chemische Formeln. Altbekannte, billige Verbindungen, wie die natürlich vorkommenden Newcastle-Viren oder Individualrezepturen wie die Dendritischen Zellen, haben schon aufgrund ihrer fehlenden Patentierbarkeit keine Aussicht, jemals eine Rolle in der Krebstherapie zu spielen.

Im Gegenteil: die Viren werden als tödliche Gefahr für die goldene „Chemotherapie“ erkannt. Es wird alles getan, jede Gefahr von dieser lebenserhaltenden Quelle abzuhalten: *There are more people living from cancer than dying from cancer.* Ich bin Zeuge, wie ein deutscher Pharma-Konzern versucht hat, die Therapie mit Newcastle-Viren „einzueisen“.

Wie hat er das gemacht? Durch einen Lizenzvertrag, sicherlich gut dotiert! Der Vertrag hatte nur einen ganz kleinen Haken: Mit der Lizenz hat der Konzern auch die Publikationsrechte erworben. Nur: weder das Virus noch irgendeine Publikation sind seither erschienen. Der Sinn des Vertrags war ganz einfach, die Sache in einer Schublade verschwinden zu lassen. Als die Lizenzgeber das wahrnahmen und das „Schweigegehalt“ zurückgaben, wurde die ganze Abteilung aufgelöst: Der Leiter wurde in eine opulente Rente geschickt und die dreißig Mitarbeiter wurden entlassen. Sollte der Konzern jemals die ernsthafte Absicht gehabt haben, den Virusstamm MTH68 zur Produktreife zu bringen,⁶² so scheiterte das ganze Unternehmen entweder an inneren Widerständen oder am Widerstand verschwisterter Konzerne, denn längst sind die großen Konzerne zu einem einzigen Kapital-Konglomerat verschmolzen, wie das der Biologie einer Krebserkrankung entspricht! So wurde der Durchbruch einer humanen Therapie, die 100.000 von den 200.000 Krebstoten vermutlich nützen und 10.000 vielleicht gar in eine Langzeitremission führen könnte, um des lieben Geldes willen verhindert. Der weltberühmte amerikanische Wissenschaftsjournalist Ralph Moss, Glossen-Schreiber der New York Times, hat dies auf die Formel *patents over patients* gebracht.⁶³

10. Das Arzneimittelgesetz macht **keinen Unterschied** zwischen **nebenwirkungsträchtigen Chemotherapeutika** und **biologischen Strategien**, an die wir seit Beginn der Menschheitsgeschichte adaptiert sind: z.B. an tiermedizinische Viren, die die schöne Eigenschaft haben, dass sie alle Tumorzellen angreifen, gesunde menschliche Zellen aber schonen. So werden dem todkranken Patienten nebenwirkungsarme Medikamente unter dem Vorwand vorenthalten, ihn vor Nebenwirkungen zu schützen.

Es ist aber ein schwerer Verstoß gegen die ärztliche Ethik, sowohl bei der Zulassung wie bei der Therapie-Entscheidung nur die Wirksamkeit, nicht aber das *Verhältnis* zwischen Wirkung und Nebenwirkung ins Auge zu fassen! Gegen dieses Gebot verstoßen das Arzneimittelge-

setz, das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte, der GBA, der MDK, die Gerichte und viele einseitig naturwissenschaftlich ausgerichtete medizinische Zeitschriften.

11. Öffentliche Forschungsgelder werden so gut wie ausschließlich *von* obigen Professoren *für* obige Professoren bewilligt. Hier herrscht auf höchster Ebene eine Vettern-Wirtschaft von unglaublicher Provinzialität! Der Patient fällt bei diesem System völlig außer Betracht, schlimmer noch: Er ist der größte Störfaktor! Ein Professor, der an der Chemotherapie reichlich verdient, befindet darüber, ob die Virotherapie förderungswürdig ist oder nicht! Dieses System ist ein geschlossener Kreis, eine Loge! Da kann man nur noch mit Heidegger sagen: "Nur noch ein Gott kann uns retten!"⁶⁴

12. Auch ein großer Teil der **Presse** reiht sich in die Front gegen die biologische Medizin auf völlig undifferenzierte und irrationale Weise ein.⁶⁵

Woran mag das liegen? Warum ist gerade die sog. „kritische Presse“ so gleichgerichtet und bereit, gegen die elementaren Gesetze seriöser Journalistik zu verstoßen? Welchen Interessen gehorcht sie?

Weicht sie dem Druck potenter Lobbyisten und Anzeigen-Kunden oder erfüllt sie nur die Erwartungen ihrer Zielgruppe, von der sie glaubt, dass sie an die totale Erklärbarkeit glaubt? Befürchtet sie den Rückfall in ein magisches Zeitalter? „Medizinmänner der Zukunft“! Eine reichlich irrationale Befürchtung, nicht unähnlich der mittelalterlichen Sorge um das "Seelenheil", die auch vor keiner Maßnahme zurückschreckte! In Wahrheit erfahren wir heute die fraglose Alleinherrschaft einer "Rationalität", die alle anderen Erkenntnisarten und Lebensbereiche verkümmern, um nicht zu sagen "veröden" lässt!⁶⁶

Die Presse ist in einer Demokratie nicht nur „die vierte Macht im Staate“. Sie ist *die* Macht, der alle gehorchen, die gewählt werden wollen.

Es gehört nicht viel Phantasie dazu, die Medien-Macht⁶⁷ mit der Macht der Pharma-Konzerne in Beziehung zu bringen. Beide Macht-Bereiche sind nur zwei Erscheinungsweisen der eigentlichen Macht, der Macht des Geldes, einer Macht, die sich in einer Art Jungfernzeugung selber vermehrt. Rilke sprach vom „Geschlechtsteil des Gelds“.⁶⁸

Die Folge ist ein gewaltiger Wandel unter dem Vorwand, alles zur Rettung des Kranken zu tun! Das geht nicht ohne Opfer. Als erstes wird der Hausarzt geopfert: „Die Hausärzte werden sich warm anziehen müssen!“⁶⁹ Er wird stillschweigend ausgerottet, er wird ausgehungert, derweil die Presse immer noch das Bild des „reichen Arztes“ kultiviert.⁷⁰ An ihre Stelle treten - sprungbereit - Konzerne, nationale, globale Konzerne, welche „Medizinische Versorgungszentren“ (MVZ) errichten und das Gesundheitswesen in eine ununterbrochene „Wertschöpfungskette“ verwandeln: Die Ärzte werden angestellt. Den freien Arzt wird es nicht mehr geben. Dafür sorgt eine entsprechende Gebührenordnung. Facharztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken: alles in einer Hand! Und genauso schnell gehen die Besitzverhältnisse von einer Hand zur andern: Bald wissen wir nicht mehr, wem unsere Gesundheit gehört!⁷¹

Warum steht diesen Plänen der gute alte Hausarzt im Weg?

Seine Hauptaufgabe ist es, dem Patienten zur Seite zu stehen. Im Unterschied zum Facharzt hat er einen eher bescheidenen Gerätepark, steht also nicht so sehr unter einem Amortisierungsdruck. In erster Linie ist er, wenn Not ist, da!

Diese Anwesenheit ist das größte Geschenk, das wir einem anderen Menschen machen können. Wir schenken ihm unsere Zeit, d.h. uns selber!

In gesundheitspolitischem Zusammenhang aber ist diese Anwesenheit ein Blindgänger. Es springt dabei nichts raus, im Gegenteil: Durch Zuwendung können manche Medikamente und Untersuchungen eingespart werden.

Daran ist – außer dem Patienten – kein Mensch interessiert! Schon den Fachärzten ist der Hausarzt ein notwendiges Übel, weil er *vor* eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme eine Sekunde des Nachdenkens schaltet, *wem* diese Maßnahme dient! Darum verniedlicht der Facharzt den Hausarzt gerne zu einer Art rudimentärem Facharzt, zu einem Iatroiden oder Medunculus!

Eine solche eher mitleidige Betrachtungsweise hatte auch der Durchschnittspatient. Darum schätzte sich der Privatpatient lange Zeit so glücklich, dass er ohne Überweisung zum Facharzt gehen konnte. Der realisierte an ihm dann, weil er ja keinen konkreten Überweisungsauftrag hatte, i.d.R. sein ganzes Leistungsspektrum, und der Patient freute sich darüber, wie ernst seine Erkrankung genommen wurde. Da erfuhr er erst einmal, was er alles *nicht* habe - und war ganz erleichtert darüber, denn das hatte sein Hausarzt ja gar nicht in den Blick gefasst! Fast erschien ihm der Facharzt als eine Art Retter, der ihn an all diesen Gefahren sicher vorbeiführte! Die Aufwertung seiner Beschwerden ließ ihn das immer größer werdende Missverhältnis zwischen Umfang an Maßnahmen und Gesundheitsgewinn lange Zeit *nicht* wahrnehmen, bis ihm allmählich ein Verdacht kam, dass er bei seinen Irrfahrten durch die Facharztpraxen dringend einen Hausarzt an seiner Seite gebraucht hätte!

Dass dieses Unding dann durch den Chipkarten-Tourismus auch bei den gesetzlich Versicherten Einzug hielt, ist nur durch den politischen Willen erklärbar, den Hausarzt kaltzustellen.

Den Wählern aber machen die Politiker in gewohnter Weise weis, dass sie alles zu seinem Erhalt tun! Ein Blick in die Gebührenordnung aber sagt alles: Wenn für einen Hausbesuch noch 12 € bezahlt werden, dann wird diesem Beruf, an den die höchsten Anforderungen gestellt werden, die Schlinge ganz sachgerecht um den Hals gelegt!

Den künftigen Konzernen ist der Hausarzt nichts als eine ärgerliche Bremse, die das große Schwungrad der Wertschöpfung sinnlos behindert. Er wird durch eine Telephonistin ersetzt, die den leidenden Menschen gleich zum richtigen Facharzt schleust, wo sich dann obiges Schauspiel ereignet.

Der Facharzt ist nun Angestellter und hat die Weisungen seines Arbeitgebers zu befolgen. Und die sind knallhart!

Der Patient merkt davon lange Zeit nichts. Es umschmeichelt ihn ein perfektes Praxismanagement. Von diesen *modern times* ist er anfangs sogar angetan, bis er merkt, dass diese Freundlichkeiten geölte Unverbindlichkeiten sind, die ihn in seiner Einzigkeit gar nicht wahrnehmen!

Bis er *das* aber merkt, ist der Hausarzt tot, und am Facharzt fällt ihm auf, dass er bei jedem Besuch ein anderer ist. Dann haben wir das schwedische System der vergangenen vierzig Jahre vor uns, wo jeder Patient nur noch eine Nummer ist, die möglichst schnell durchzuschleusen ist. Da werden nur noch lästige Listen abgearbeitet! Da herrscht die Devise: „Wie werde ich den Patienten möglichst schnell wieder los?“⁷²

Am besten durch einen Untersuchungsauftrag in der Hoffnung, dass der Patient bei der Befundbesprechung auf einen anderen Arzt trifft...

Das schwedische System ist ein staatliches System. Es ist nicht profitorientiert. Was nun auf uns zukommt, ist Gleichgültigkeit, gepaart mit Gewinnmaximierung: im Interesse globaler Aktionäre...

Das neue System schleicht sich unter dem Vorwand ein, Kosten zu sparen, aber die Kosten werden *explodieren*! Der Patient wird seine Arglosigkeit blutig bezahlen!

So erfüllt sich die Weissagung eines Denkers des 19. Jahrhunderts, dass die ökonomischen Gesetze *die* entscheidende Macht geworden sind.

Einige wissen es, viele ahnen es und der Mut, es zu sagen, sinkt mit steigendem Ruhm. Darum dieser Aufschrei von unten! Der Wahnsinn von jährlich 200.000 Krebstoten fordert Reformen v.a. in den Entscheidungsstrukturen unserer Gesellschaft:

1. Nur ein lange gedienter Hausarzt scheint vom Berufsprofil her zum Amt eines Gesundheitsministers berufen.
2. Interessenkonflikte müssen in allen öffentlichen Bereichen unter strenge Strafe gestellt werden, insbesondere muss allen Parlamentariern verboten werden, sich bei der Industrie anzudienen; alle Firmenvertreter müssen aus den Ministerien verbannt werden: medizinische wie nicht-medizinische!
3. Allen Leitlinien-Erstellern sei es verboten, Geld von denen anzunehmen, die von ihrer Entscheidung begünstigt werden,
4. Die Universitäten müssen aus dem Würgegriff der Industrie befreit werden, d.h. sie dürfen keine Firmengelder mehr annehmen, weil jedes „Geschenk“ seinen Tribut fordert!
5. Den Kassen sei verboten, Geld von der Pharma-Industrie anzunehmen und Angestellte zu dulden, die Zuwendungen von der Pharma-Industrie erhalten. Sie müssen ihren Kunden *vor* Vertragsabschluss eine Liste ihrer Leistungen mit dazugehörigen Diagnosen vorlegen, damit die wissen, worauf sie sich einlassen!
6. Die ökonomischen und fachlichen Voraussetzungen müssen geschaffen werden, dass der MDK im Spannungsfeld der Versicherungen und ihrer Mitglieder frei entscheiden kann. In Sachen biologischer Medizin muss der MDK seine Kompetenz durch den Nachweis eigener Erfahrung und Veröffentlichungen nachweisen.
Die Pluralität der Meinungen muss auch beim Thema „Krebs“ geschützt werden, d.h. das Heilmittelwerbe-Gesetz muss neu gefasst werden.
7. Die Evaluierung *nicht* patentierbarer Krebs-Strategien muss großzügig gefördert werden, weil sie nicht den Gesetzen des freien Marktes entsprechen, womöglich aber dem Wohl des Patienten.
8. Die Hauptaufgabe des Arztes, nämlich dem leidenden Menschen *beizustehen*, muss wieder angemessen würdigt, d.h. dass der Hausarzt darf nicht ausgehungert und abgeschafft und durch profitorientierte „Medizinische Versorgungszentren“ ersetzt werden,
9. Das weltweit und durch alle Zeiten gültige Gesetz „Wer heilt, hat recht“ muss möglichst im Grundgesetz, zumindest aber im Sozialgesetzbuch als oberster Grundsatz allen ärztlichen Tuns verankert werden, sodass wir, die wir heilen und helfen, wo gängige, angeblich wissenschaftsorientierte Strategien versagt haben, uns nicht mehr anpöbeln lassen müssen oder gar kriminalisiert werden!
10. Das Arzt-Patienten-Verhältnis muss unter einen besonderen Schutz gestellt werden, nämlich unter den Schutz der Nächstenliebe. Diese kann nur in einem Raum der Freiheit gedeihen. Es ist nicht im Sinne des Grundgesetzes, dass die Therapiefreiheit an den Mauern der Praxis endigt! Die Einheit von Arzt und Patient ist die unantastbare Basis jeder Therapie!⁷³

Ein solcher Strukturwandel ist nötig, um dem hohlen Ruf „Lobbyisten raus aus dem Bundestag“ zumindest im Gesundheitswesen etwas Substanz zu geben!⁷⁴

Sonst bleiben die unheimlichen Umriss einer Unrechtsstruktur im Rechtsstaat bestehen: dieses hermetische System, das absolut „dicht“ ist. Der Patient ist rechtlos, der einzelne Arzt machtlos. Dies ist *der* Grund, warum es bei der Bekämpfung der Volksseuchen schon seit Jahrzehnten keinen wahren Fortschritt mehr gibt!⁷⁵

Von Politikern und Universitäten, von der Industrie und von den Krankenkassen, von den Gerichten und von der Presse und leider auch von der Intelligenz dieses Landes im Stiche gelassen, sind wir zu dem furchtbaren Urteil gezwungen:

Auf vier Dinge kommt es in unserem Gesundheitswesen *nicht* an:

1. auf die Gesundheit
2. auf das Sparen
3. auf das Hirn
4. auf das Herz.

Es kommt vielmehr einzig darauf an, dass die Gelder in die richtigen Kanäle fließen!

All dies darf nicht laut gesagt werden. Nein: Alle Akteure bemühen sich um die Gesundheit, versuchen zu sparen, wo es zu verantworten ist, lassen den gesunden Menschenverstand walten und üben Barmherzigkeit!

Bei diesem Stand des Selbstbetrugs ist die letzte Hoffnung auf Selbstheilung des Systems erloschen. Denn der Gipfel an Unfreiheit ist dann erreicht, wenn der Gefangene das Gitter gar nicht mehr wahrnimmt. Es hat sich in seine Netzhaut eingraviert, und alles kommt ihm ganz natürlich vor! Nur durch eine tiefe Besinnung auf die Realität von Platons Höhlengleichnis könnte ihm vielleicht dämmern, dass da etwas nicht ganz in Ordnung ist: dass bei der stabilen Zahl von über 200.000 Krebstoten pro Jahr - über Jahrzehnte hinweg - Kräfte am Werk sind, die alle Bemühungen ganz lautlos wieder zunichte machen und dass er selber fleißig daran mitwirkt, ohne es zu wissen: nicht ganz unähnlich jenem schaurigen Geschehen, an dessen Ende nur noch ein Haufen herrenloser Brillen übrig war, und jeder hat doch nur seine „Pflicht“ getan: vom Polizisten bis zum Bahnwärter, der die Weichen gewissenhafte stellte, damit ja kein Unglück passiert! Keiner war da, der sein „Halt! durch die Fanfaren des immer sich anpassenden Orchesters“ gerufen hätte!⁷⁶ Und hätte es einer getan, wäre er ganz schnell aus dem Verkehr gezogen worden!

¹ Blech, J., Giftkur ohne Nutzen, Der Spiegel 41/2004

² Diese Aussage gilt für den "Westen" in der alten Aufteilung der Welt. D.h. eine Therapie hat hier nur dann Aussicht auf „Erfolg“ in größerem Maßstab, wenn sie möglichst teuer ist.

Der "Osten" dagegen hatte kein Geld und musste über viele Generationen hinweg Therapien hervorbringen, die möglichst billig sind. Er musste sich in der edlen Kunst üben, aus „nichts“ – „etwas“ zu machen!

Wir ahnen schon aus dieser einfachen Überlegung, welch ungeheurer Schatz hier verborgen ist: v.a. aus der Sicht der Patienten und der Solidargemeinschaft, die allmählich erfährt, dass die moderne Medizin an die Grenzen der Bezahlbarkeit stößt.

Zur Hebung dieses Schatzes sind zwei gewaltige Hürden zu überwinden:

1. eine *deviation conjuguée*, ein fixierter Blick nach Westen, der, vereint mit einer Nackenstarre, verhindert, dass wir uns umdrehen, den Kopf beugen und mit einer ähnlichen Ehrerbietung nach Osten schauen.

2. ein Gesetzeswerk, das diese Behinderung rechtlich verbindlich macht: Es erkennt beim Zulassungsverfahren keine Forschung aus dem Osten an, so dass alle Studien neu gemacht werden müssten, ein Unternehmen, das für jedes Medikament etwa eine Milliarde Euro verschlingt. Das ist aus Gründen eben der Not, die diese Therapien hervorgebracht hat, nicht zu schaffen!

So schützt sich der Westen gegen Konkurrenz aus dem Osten: sehr zum Schaden der Patienten und der Solidargemeinschaft: natürlich immer mit der Begründung, den Patienten vor Schaden zu schützen!

Zwei Beispiele genialer Entdeckungen aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion sind die beiden immunmodulierenden Mittel Immunomax^R, ein Wirkstoff aus der Kartoffelsprosse, und Gepon^R, ein Bruchstück (HEP-1), bestehend aus 14 Aminosäuren, aus dem körpereigenen Stresshormon namens „Ezrin“, das von Pflanzen und Tieren als Antwort auf jegliche Art von Stress gebildet wird. Das Indikationsgebiet von Immunomax^R umfasst chronische Virusinfekte, wie Zervix-Dysplasien, und Krebserkrankungen, wie das hormonrefraktäre Prostata-Karzinom. Das Indikationsgebiet von Gepon^R umfasst Virus-Hepatitis und rheumatische Erkrankungen wie die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn.

Die herkömmliche Behandlung allein dieser kleinen Auswahl von Indikationen verschlingt jährlich Milliarden von Euro, ist mit gravierenden Nebenwirkungen belastet und hat – mit Ausnahme der Konisierung bei Zervix-Dysplasie – nur selten einen kurativen Anspruch.

Die beiden biologischen Strategien aus dem Osten können sich in ihrer Wirksamkeit auf der Basis vorliegender Studien und erster eigener Beobachtungen leicht mit den westlichen Strategien messen, kosten einen Bruchteil und sind frei von Nebenwirkungen! Darum sind sie in Russland in jeder Apotheke rezeptfrei zu kaufen!

Die Firmenvertreter in den deutschen Ministerien wissen, wie diese „Gefahr aus dem Osten“ durch kluge Formulierung der Gesetze abzuwehren ist! (s.u.)

³ Bundesrechnungshof, Empfehlungen zum wirtschaftlichen Einsatz externer Berater in der Bundesverwaltung, Bonn 2007

Adamek, Sascha und Otto, Kim, Der gekaufte Staat? Wie Konzernvertreter in deutschen Ministerien sich ihre Gesetze selbst schreiben, Köln 2008, S. 161ff.

Frenzel, Korbinian, Wie die Lobby Europa regiert, Blätter für deutsche und internationale Politik 6/2008, S. 17 – 20

⁴ Schadendorf, D., Ugurel, S., Schuler-Thurner, B., Nestle, F.O., Enk, A., Bröcker, E.B., Grabbe, S., Rittgen, W., Edler, L., Sucker, A., Zimpfer-Rechner, C., Berger, T., Kamarashev, J., Burg, G., Jonuleit, H., Tüttenberg, A., Becker, J.C., Keikavoussi, P., Kämpgen, E., Schuler, G., Dacarbazine (DTIC) versus vaccination with autologous peptide-pulsed dendritic cells (DC) in first-line treatment of patients with metastatic melanoma: a randomized phase III trial of the DC study group of the DeCOG, *Annals of Oncology Advance Access*, January 17, 2006

⁵ Wir gehen in unserem Arbeitskreis ganz anders vor: Wir suchen die „individuelle Optimierung“ und nicht die „Standardisierung“. Es gibt die Aktivierungsmarker CD 40, 80 und 86, den Reifungsmarker CD 83 für beladene DZ und den Marker CD 1a für die jugendlichen, unbeladenen DZ. Diese Marker werden regelmäßig bestimmt und selbstverständlich bei Bedarf durch geeignete Zytokine und Helfer-Antigene „nachgebessert“, wenn sie nicht gut sind. In besonderen Notfällen testen wir gleichzeitig mehrere Protokolle und wählen dann jenes aus, bei dem das Gleichgewicht der Zytokin-Produktion am weitesten in Richtung Tumor-Immunität verschoben ist. Dieses Herstellungsprotokoll wird dann gewählt. Kein Studienprotokoll kann uns daran hindern! Wir sind dem einzelnen Patienten verpflichtet und nicht irgendwelchen wahnhaften Kollektiv-Vorstellungen! Ich würde mich schämen, minderwertige Dendritische Zellen zu verabreichen, nur weil es das Ordnungsbedürfnis einer wirklichkeitsfremden Denkstruktur befriedigt!

⁶ Das ist ja gerade die Tücke der Immunologie, dass ihre Ergebnisse viel eher die Umstände des Experiments reflektieren als die Intervention. Ein befreundeter Immunologe erzählt von Experimenten am Primaten-Zentrum. Es gibt Tierpfleger, die ein so freundschaftliches Verhältnis zu unseren Artgenossen aufbauen konnten, dass sie willig ihren Arm zur Blutabnahme hinhielten, während andere Tiere Todesängste dabei ausstanden. Dementsprechend verschieden waren auch die Ergebnisse. Die Abweichung, die durch die Intervention verursacht war, war jedenfalls viel geringer als die durch den Stress der Blutabnahme.

⁷ Literaturstelle mit dem Nachweis intrazellulärer Mikroorganismen

⁸ Das Studienziel war nicht, das Langzeit-Überleben zu untersuchen. Es ist aber nicht verboten, einen Blick auf dieses letztlich entscheidende Kriterium zu werfen. Dabei zeigte sich, dass sich die Langzeit-Überlebenden ausschließlich in der Gruppe der Dendritischen Zelltherapie befanden! (Persönliche Mitteilung Prof. Kämpgen)

⁹ Eine nähere Untersuchung macht den amtlichen Eifer begreiflich: Der Ministerialrat, ein junger Medizin-Professor, der von der Klinik in die Politik gewechselt ist, war auf einem Gebiet mit ähnlicher Zielsetzung wie die DZ-Therapie tätig, nämlich auf dem Gebiet der aktiven Immunisierung mit patienteneigenen Krebszellen. Auch er braucht natürlich die DZ, damit seine Impfung wirkt. Dies aber sind die Unterschiede:

1. Die Immunogenität der Krebszelle wird durch Gen-Manipulation erhöht. Es wird ein Gen für γ -Interferon eingeschleust. Dies stimuliert die TH-1-Antwort des Abwehrsystems. Die Gen-manipulierte Krebszelle reizt also das Abwehrsystem zu seiner eigenen Vernichtung.

Bei der DZ-Therapie wird die Immunogenität in jüngster Zeit durch Newcastle-Viren erhöht.

2. Der Kontakt zwischen DZ und Krebszelle wird bei unserem Polit-Professor im Patienten etabliert: Die manipulierte Krebszelle wird in die Haut gespritzt, wo sie auf die DZ trifft.

Bei der DZ-Therapie wird der Kontakt teils im Labor, teils im Patienten etabliert, indem die DZ in die Haut oder in den Tumor gespritzt wird.

Der Leser fragt sich: na und? Warum bekriegen sich zwei Kämpfer, die das gleiche Ziel vor Augen haben und sich dazu noch auf ähnlichen Wegen bewegen?

Die Antwort gibt der dritte Unterschied:

3. Die Gen-Manipulation ist patentierbar. Die Forschung des Polit-Professors ist Industrie-gestützt.

Die DZ-Therapie dagegen ist eine Individual-Rezeptur und als „Therapie“ überhaupt nicht patentierbar. Gewisse Verfahrensschritte könnte man vielleicht patentieren. Aber solche „Patente“ können leicht auch umgangen werden.

So entpuppt sich der amtliche Eifer hinter dem Schild des Patientenschutzes als Attacke der Pharmageförderten Forschung gegen einen unkalkulierbaren Konkurrenten auf dem Markt! Er heißt „Arzt“! Da weiß man nie, auf welcher Seite der steht! Viele sind käuflich, aber nicht alle!

Die Strategie ist klar: Das Arzneimittelgesetz (AMG) muss so eng ausgelegt werden, dass die grundgesetzlich garantierte Therapiefreiheit, ein Merkmal, das uns zum freiesten Land der Erde macht, *de facto* aufgehoben wird! Sie existiert nur noch auf dem Papier! Es werden unsinnige Forderungen gestellt, z.B. dass der Arzt seine Dendritischen Zellen bei ihrem Wachstum ständig bewacht.

Das gleicht der Forderung an einen Gärtner, sich vor die Salat-Stauden zu setzen und sie beim Wachsen zu beobachten. Nur so seien die Qualitätsanforderungen erfüllt!

Ralph Moss (www.cancerdecision.com), ein amerikanischer Wissenschaftsjournalist fragte mich, wie es kommt, dass Deutschland als einziges Land der Erde so etwas wie „Therapiefreiheit“ kennt?

Die Antwort ist ebenso einfach wie schmerzhaft: Die Erfahrung mit Adolf Hitler hat die Schöpfer des Grundgesetzes dazu bewogen, den Arzt von jeder Bevormundung freizustellen. Kein Arzt in Deutschland kann sich auf eine Vorschrift berufen, wenn ein Patient geschädigt wird, sei es durch sein Eingreifen oder durch Unterlassung! Der deutsche Arzt ist allein seinem Gewissen und dieses dem Wohle des Patienten verpflichtet!

Darauf können wir stolz sein!

Den Bürokraten aber ist es ein Ärgernis. Sie möchten am liebsten alles „im Griff“ haben. Sie ruhen nicht eher, als bis sie in jedem Augenblick wissen, wo wer was tut!

¹⁰ Neapel, Galleria Nazionale di Capodimonte, Öl auf Leinwand, 86 x 154 cm

¹¹ Selen

¹² Enzyme

¹³ Thymus

¹⁴ Tillack, H.M., „Unter Paten“, *Stern* 36/2008, S. 122 - 123

¹⁵ Editorials, Studien, Leitlinien ... Wie firmenlastig dürfen sie sein? *Arznei-Telegramm* 2006, Jg. 37, Nr. 5, S.45-46

¹⁶ Sendung Des ZDF vom ...

¹⁷ Baenkler, H.-W., Quo vadis, Bioforschung? Die Gerontokratie in der Medizin und ihre Folgen, *Laborjournal* 4/99, S. 14f. Dieser äußerst geistreiche und mit gewitzter Feder geschriebene Aufsatz eines aufrichtigen Professors – auch *das* gibt es! – bietet ein Bild unserer Universitäten, das dem Leser kaum noch zugemutet werden kann. Er ist folgerichtig von der Frankfurter Allgemeinen abgelehnt worden. Auch dort herrschen eben die „Gerontokraten“. Sie sahen zu Recht ihren Stand in Gefahr! „Wahrheit“ ist ein schwaches Argument! „Typisch für die Mentalität des Gerontokraten ist schließlich ein starkes Solidaritätsgefühl mit anderen Gerontokraten. Wo einer in Gefahr ist, eilen schnell die anderen zur Hilfe herbei.“ Fazit: „Wegen der Gerontokratie ist der Fortschritt in der Medizin, gemessen am Aufwand, bescheiden.“

¹⁸ A.a.O. S.15

¹⁹ Ein Apotheken-Großhändler bietet einem Kollegen eine ganze Hyperthermie-Einheit zum Nulltarif an, wenn er sich verpflichtet, mindestens *eine* Niedrigdosis-Chemotherapie pro Woche zu verordnen, nach dem Motto: Schaden tut's nicht, helfen tut's nicht, aber der Rubel rollt!

²⁰ Deutsches Ärzteblatt ...

²¹ Wenn eine Versicherung plötzlich ihre Politik ändert, z.B. von einer aufgeschlossenen Haltung gegenüber der Naturheilkunde zu einer feindseligen, dann ist aller Grund zur Annahme, dass eben eine Wahl stattgefunden hat, des Aufsichtsrats oder besser noch des Vorstands... Im Fall der Technikerkasse konnte dies im Jahre 2000 diagnostiziert werden... Einem Patienten, der von multiplen und rezidivierenden Abszessen und Fistelbildungen im Kieferbereich geplagt war, wurde die Kostenerstattung einer heilenden Fiebertherapie und Luffa-Kur abgelehnt, obschon zwei fachärztliche Gutachten die Machtlosigkeit schulmedizinischer Strategien und den Erfolg der biologischen Behandlung bestätigten!

²² Darum sind die Mitglieder der „Ständigen Impfkommision“ (STIKO) solch unwiderstehliche Objekte industrieller Begehrlichkeiten. Und diese Mitglieder lassen sich auch gerne umwerben und bieten ihre Dienste mit der nötigen Vertraulichkeit an. Die Sitzungen der STIKO sind geheim und ohne störende Protokolle, d.h. alle demokratischen Regeln sind außer Kraft gesetzt. So wird über alle Häupter hinweg über den Patienten „Deutschland“ entschieden: nur zu seinem Besten!

²³ Gutsch, J., Berger, G., Scholz, G., Denk, H., Prospektive Studie beim radikal operierten Mammakarzinom mit Polychemotherapie, Helixor^R und unbehandelter Kontrolle, in: *Deutsche Zeitschrift für Onkologie* 4/88, S. 95-101

²⁴ Hervorhebung durch den Verfasser.

²⁵ Aus einem Schreiben der Landeskrankenhilfe (LKH) V.V.a.G 21332 Lüneburg. Es gehört zum Repertoire aller Privatversicherungen

²⁶ Das deutsche Fremdwort *evident* ist dem Lateinischen entlehnt und bedeutet, dass etwas aus sich selbst heraus klar ist und darum keines Beweises bedarf. Dass ich bin, ist evident. Es braucht nicht bewiesen zu werden und ist auch durch nichts beweisbar. Der englische Begriff *evidence* bedeutet das gerade Gegenteil, nämlich „wissenschaftlich bewiesen“! Wie in vielen Bereichen, ist die englische Bedeutung im Begriff, sich des deutschen Wortes zu bemächtigen!

²⁷ Begriff von Frau Dr. Zink, Wissenschaftsmagazin des ZDF.

²⁸ Field, Lohr, Institute of Medicine. Guidelines for Clinical Practice: from Development to Use. National Academy Press, Washington D. C. 1992; 34, zitiert aus: Gerlach F. M., Bahrs O, Fischer, G. D. und Weis-Plummeyer M., Leitlinien für die hausärztliche Praxis, in: Z. Allg. Med. 1995; 71: 950-956.

²⁹ Barasch und Hirshberg, Gesundwerden aus eigener Kraft. Spontanheilung bei Krebs, München...

³⁰ Der Textbaustein der LKH diene zur Ablehnung der naturheilkundlichen Therapie einer Endometriose mit 2 Herden an jedem Ovar und Analgetika-pflichtigen Schmerzen bei jedem Eisprung, einem endogenen Ekzem der Hände, einer Nahrungsmittel-Allergie mit 2-3 breiig bis wässrigen Stühlen pro Tag und einer jahreszeitlich bedingten Rhinoconjunktivitis allergica, die nur durch Dauermedikation mit Antihistaminika erträglich gestaltet werden konnte. Durch die Sanierung der Nebenhöhlen mit Hilfe der Luffa-Kur und durch spezifische und unspezifische Entgiftung der kausalen Herde und Noxen (chron. Adnexitis, Quecksilber, Chlorierte Kohlenwasserstoffe und Tuberkulin) ist es gelungen, alle Beschwerden um 70% zu bessern. Die Hände waren bei Behandlungsbeginn blutig, für eine Hebamme ein Zustand, der die Berufsfähigkeit gefährdete! Da diese Besserung ohne jede Symptom-Unterdrückung zustande gekommen ist, muss von einem echten Gewinn an Gesundheit, d.h. an Selbstheilungsvermögen ausgegangen werden. Dieser offenbare Genesungsweg ließ die Kasse völlig kalt! Sie weigerte die Kostenerstattung, weil das Ziel mit „falschen“ Mitteln, d.h. ohne Chemie, erreicht worden ist!

³¹ Zu den grundlegenden Begriffen s. Thaller, A., Das "Gute" und das "Wahre": "Wissenschaft" und "Moral" in der Heilkunst, in: *Erfahrungsheilkunde* 10/2003, S. 676-685

³² 1 Million Schmerzpatienten sind allein in Deutschland ungenügend therapiert: und dies nach objektiven Gesichtspunkten! Sie fügen sich schweigend in ihr Schicksal, erfahren sich selbst als „Ausschuss“ und „Wrack“, d.h. sie objektivieren sich selbst, statt *den* Wissenschaftsbegriff in Frage zu stellen, mit dem sie offenbar misshandelt worden sind und sich selbst misshandeln!

³³ AGBG AZ IV ZR 135/92

³⁴ „Dasein überhaupt (ist) durch Jemeinigkeit bestimmt.“ Heidegger, Sein und Zeit, Gesamtausgabe, Frankfurt a. Main 1977ff, Band 2, S. 57

³⁵ Brief des Ombudmannes München für private Versicherungen an einen LKH-Versicherten vom ...

³⁶ Nur S3-Leitlinien beruhen auf vergleichenden Studien mit ausreichender Fallzahl, so dass der Unterschied statistisch signifikant ist. Das heißt aber noch lange nicht, dass der Patient davon einen fassbaren Nutzen hat: Ein Überlebensvorteil von einem Monat, zwei Wochen davon auf der Intensivstation, mag statistisch signifikant sein. Der Patient würde auf diesen „Gewinn“ gerne verzichten, wenn er nur fair aufgeklärt würde! S2-Leitlinien haben eine mäßige wissenschaftliche Fundierung und S1-Leitlinien beruhen nur noch auf einem Konsens, d.h. sie sind nicht besser fundiert als weite Bereiche der „Erfahrungsheilkunde“, vor der die Leitlinien-Ersteller i.d.R. nur die Nase rümpfen! Ausführlich darüber s. 7.2.2.2.2.

³⁷ Az 1 BvR 347/98

³⁸ In einer jüngeren Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 29.11.07. AZ: 1 BvR 2496/07, wird dieses Unrecht Gottseidank angeprangert! Aber an der Front der Kassen und untergeordneten Gerichte hat dies, von wenigen Ausnahmen abgesehen, noch nichts bewegt!

³⁹ Das grundlegende Missverständnis zwischen den Kassen und ihren Mitgliedern ist offenbar ein altes Problem. Eugen Roth hat es auf den Punkt gebracht:

Kassenhass

Ein Mann, der eine ganze Masse
Gezahlt hat in die Krankenkasse,
Schickt jetzt die nötigen Papiere,
Damit auch sie nun tu das ihre.

Jedoch er kriegt nach längerer Zeit,
 Statt baren Gelds nur den Bescheid,
 Nach Paragraphenziffer X
 Bekomme vorerst er noch nix,
 Weil, siehe Ziffer Y,
 Man dies und das gestrichen schon,
 So daß er nichts, laut Ziffer Z
 Beanzuspruchen weiter hätt.
 Hingegen heißt, nach Ziffer A,
 Daß er vermutlich übersah,
 Daß alle Kassen, selbst in Nöten,
 Den Beitrag leider stark erhöhten
 Und daß man sich, mit gleichem Schreiben,
 Gezwungen seh, ihn einzutreiben.
 Besagter Mann denkt, krankenkässlich,
 in Zukunft ausgesprochen hässlich.

⁴⁰ § 275 Abs.5 SGB V

⁴¹ „Gelöbnis“, Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, Bayerisches Ärzteblatt Spezial 2/2005, S. 2 – 11. Die Verfasser haben sich sicherlich nicht gedacht, dass uns Ärzte diese Formulierung heute in Deutschland zu einer heroischen Haltung gegenüber dem herrschenden System zwingt. Sie haben an grausame Systeme der Vergangenheit gedacht und es versäumt, die zeitbedingten Metamorphosen der Grausamkeit zu bedenken: Die Ikonographie hat sich geändert, aber nicht die Ikonologie!

⁴² a.a.O. B. Regeln zur Berufsausübung, I Grundsätze, § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten, Abs. 1

⁴³ In der ärztlichen Berufsordnung ist sie gleich an zwei Stellen verankert: „Jede medizinische Handlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.“

⁴⁴ Das Wort *Experte* kommt von *experior*, „durch Erfahrung kennen lernen, erfahren, erleben“, auch „erleiden“.

⁴⁵ Nicht selten schreibt er „Dendritische Zellen“. Zwar gehören Dendritische Zellen zur Gattung der Fresszellen, aber mit Zähnen haben sie doch nichts zu tun!

⁴⁶ Ähnlich ist es um die Werksärzte bestellt. Auch sie werden von den Betrieben gewählt und bezahlt und sind ähnlichen Ansinnen ausgesetzt: Innerbetriebliche Grausamkeiten sollen nicht selten unter dem Mantel medizinischer Begründungen verübt werden. Wer sich nicht kooperativ zeigt, wird durch „Beutedeutsche“ ersetzt (Fachjargon).

⁴⁷ Und hätten Patientenvertreter ein Stimmrecht, dann wäre immer noch die Frage, *wie* dieser Posten besetzt wird! Bei manchen Entscheidungen der Krankenkassen wirken durchaus Patientenvertreter mit, z.B. bei einem Widerspruch gegen die Ablehnung eines Antrags auf Kostenerstattung für eine biologische Krebs-Therapie. Ein solcher Patientenvertreter ist i.d.R. ein bezahlter Ja-und-Amen-Sager, vielleicht gar ein ehrenamtlicher! Beispiel: Eine 30-jährige Patientin leidet an einem Synovialen Sarkom mit ausgedehnter Lungenmetastasierung, eine Erkrankung, die schulmedizinisch als unheilbar gilt. Chemotherapie ist bereits versucht worden, obschon ihre Erfolgsaussichten minimal sind. Das hat nicht nur nichts gebracht, sondern das Krebswachstum erst so richtig angeheizt! Durch Kombination von Hyperthermie und onkolytischen Viren mit einer Chemo-Embolisation konnte das entgleiste Krebsgeschehen gestoppt und das Volumen sogar um 15% reduziert werden. Trotz der großen Tumorlast ist die Patientin voll arbeitsfähig, mehr noch: Sie legt täglich 350 km zwischen Wohnort, Praxis und Arbeitsplatz zurück ohne je zu klagen! Über ihr schwebt ein doppeltes Damoklesschwert: ein Pneumothorax durch Penetration eines Tumors in den Pleuraspalt und durch Arrosion eines zentralen Gefäßes mit „Blutsturz“ als Folge.

Diese unmittelbare Todesbedrohung hätte der Kasse die rechtliche Möglichkeit gegeben, noch vor einer Entscheidung des Sozialgerichts in Vorleistung zu gehen, wenn sie nur gewollt hätte.

Aber sie *hat* nicht gewollt! Auch der „Versichertenvertreter“, Josef K., dieser Betriebskrankenkasse mit dem lieblichen Namen „Die Persönliche“, unterzeichnet am 22.02.08 die Zurückweisung des Widerspruchs gegen die

Ablehnung des Antrags auf Kostenerstattung ohne jeden Versuch, die Sicht der Patientin wiederzugeben, obwohl zum Zeitpunkt der Ablehnung sowohl eine unmittelbare Todesbedrohung wie ein dokumentierbarer Erfolg der beantragten Therapie vorlagen! Die Ablehnung arbeitete mit der zynisch anmutenden Begründung, dass *keine* unmittelbare Todesbedrohung vorliege, d.h. die Fakten werden *so* zurechtgebogen, dass rein formal Recht gesprochen wird, in Wahrheit aber das Recht mit Füßen getreten wird!

Das ist im deutschen Versicherungswesen Alltag! Während Unsummen verschleudert werden, um hirntote Menschen am Sterben zu hindern und zu einem völlig aussichtslosen und unwürdigen „Leben“ zu zwingen, verweigern Kassen eiskalt Menschen, die mitten im Leben stehen, eine Therapie mit Dendritischen Zellen, die mit 57.000 Publikationen die Forderung des BVGs nach einer „nicht ganz geringen Aussicht“ auf Erfolg um Lichtjahre übertrifft! Bei der Ablehnung wird das BVG durchaus gewürdigt, aber es wird eben behauptet, dass die Dendritischen Zellen diese Minimalforderung *nicht* erfüllen! So werden Formen ohne jeglichen Inhalt erfüllt!

Auch für die Richterin war die bedrohliche Lage kein Anlass, die Patientin zu schützen und die ökonomischen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Fortsetzung des Gesamtkonzeptes zu schaffen, sondern darüber nachzudenken, welcher Teil der verschiedenen Therapie-Facetten wohl den maßgeblichen Anteil am Erfolg hatte. Solche Überlegungen zur *Wirkungsweise* hatten Vorrang vor der *Wirksamkeit*! Dass die vorangegangene Chemotherapie nicht nur unwirksam, sondern sogar schädlich war, hat sie an ihrem Glauben an die „unstreitige ... Wirksamkeit im Hinblick auf die zerstörende Wirkung der bestehenden Lungenmetastasen“ nicht zweifeln lassen: So programmiert sind die Hirne! Sie glauben immer noch an den Endsieg der Chemotherapie, auch wenn die Krebszene mit zweihunderttausend Toten jährlich für jeden besonnenen Betrachter kurz vor der Kapitulation steht! Sie wird nicht durch Erfolg, sondern durch die Eigengesetzlichkeit des Geldes am Leben erhalten!

Die Richter am Landessozialgericht räumten auch ein, dass die beantragte Immuntherapie, die in Zusammenarbeit mit neun Universitäten und Max Plank Instituten entstanden ist, durchaus erfolgreich sein kann, dass mithin auch die zweite Voraussetzung der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung vom 6.12.05 erfüllt ist, nämlich eine „nicht ganz entfernte Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf“. Dennoch wird diese Therapie durch alle Instanzen abgelehnt! Versicherung mit Arbeitgeber- und Versichertervertreter, MDK, Sozialgericht, Landessozialgericht: alle sind sie auf chemische Waffen eingeschworen und verteidigen sie wie ihre eigene Ehre! Bayern nimmt hier eine unrühmliche Führerstellung ein. In anderen Bundesländern ist die Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 6.12.2005 eher gewürdigt worden:

- Sozialgericht Hamburg (AZ: S 34 KR 682/06 ER).

Streitgegenstand war die Kostenerstattung der Dendritischen Zellen und der Hyperthermie

- Sozialgericht Duisburg (AZ: S 11 KR 134/06 ER).

Streitgegenstand war die Kostenerstattung der Hyperthermie.

- Sozialgericht Augsburg (AZ: S 12 KR 413/07 ER), dem Bundesland nach zwar Bayern, aber doch ein eigener Volksschlag, eben Schwaben! Streitgegenstand war die Kostenerstattung der Hyperthermie, der Dendritischen Zellen, der natürlichen Killerzellen und der onkolytischen Viren

- Verwaltungsgericht Hannover (AZ 13 A 321/06)

Streitgegenstand war die Kostenerstattung der Dendritischen Zellen

- Verwaltungsgericht Lüneburg (AZ 1 A 92/03).

Streitgegenstand war die Kostenerstattung der Dendritischen Zellen

- Sozialgericht Magdeburg (AZ: S 13 KR 17/07 ER)

Streitgegenstand war die Kostenerstattung der Dendritischen Zellen

- Landessozialgericht Schleswig-Holstein (AZ: L 5 KR 504/07 KR ER)

Streitgegenstand war die Kostenerstattung der Dendritischen Zellen

- Sozialgericht Dresden (AZ: S 18 KR 257/08 ER)

Streitgegenstand war die Kostenerstattung der Fiebertherapie, der Hyperthermie, der Dendritischen Zellen, der natürlichen Killerzellen und der onkolytischen Viren.

Von diesen rühmlichen Ausnahmen abgesehen, ist eher damit zu rechnen, dass die Gerichte dem todbedrohten Patienten diesen wissenschaftlich begründeten letzten Rettungsring verweigern und so de facto Todesurteile fällen!

Das klingt polemisch! Aber hören Sie sich einmal folgende Gesprächsnotiz mit Frau V., Richterin am Sozialgericht A., Donnerstag Nachmittag, den 20.09.2007, in aller Ruhe an:

Zur Vorgeschichte: Die Patientin S.M. (-56) leidet an einem Mammakarzinom mit ausgedehnter Leber- und Knochen-Metastasierung und hat bereits 6 Serien Chemotherapie, z.T. mit gravierenden Nebenwirkungen, hinter sich. Ein Photo dokumentiert: Die Fußsohlen waren ohne Haut. Die Patientin lief monatelang auf blankem Fleisch... Mit jeder Serie sinken die Aussichten auf ein Ansprechen und steigen die der Nebenwirkungen. Der Grund für diese ungünstige Entwicklung liegt darin, dass die Krebs-Stammzellen hochgradig chemoresistent

sind. Während sie anfänglich nur wenige Prozent des Krebsgewebes ausmachen, werden sie mit jeder Serie Chemotherapie angereichert, sodass es allmählich nur noch aus Krebs-Stammzellen besteht! Viren und Dendritische Zellen sind zwei natürliche Strategien, auch Krebs-Stammzellen zu vernichten! Die Nebenwirkungen sind nahe null: ein scharfer Kontrast gegen die allseits begünstigte Chemotherapie!

Thaller: Sie wissen, Frau Richterin, dass eine Ablehnung der Immuntherapie einem Todesurteil gleichkommt!

Richterin: Das weiß ich, aber dennoch muss ich den Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz bei dem Stand der Dinge ablehnen!

Thaller: Ich habe Ihnen doch vergleichbare Fälle aus meinem eigenen Krankengut und auch Studien zur Dendritischen Zelltherapie vorgelegt, die ganz klar zeigen, dass die Voraussetzung des Bundesverfassungsgerichtes mehr als erfüllt ist. Was wollen Sie denn noch für Beweise, bis Sie die minimale Forderung "einer nicht ganz entfernten Aussicht auf Erfolg" als erfüllt betrachten?

Richterin: Bitte legen Sie mir noch vor Therapiebeginn am 24.09.2007 ein professorales Gutachten vor, das Ihre Therapie befürwortet. Legen Sie mir noch weitere Studien vor und beschreiben Sie die Wirkung der bisherigen Therapie auf das Befinden der Patientin.

Die Forderung eines professoralen Gutachtens innerhalb einer Frist von vier Tagen, wo noch ein Wochenende dazwischen liegt, ist eigentlich uneinlösbar. Aber auch sie wurde erfüllt und zusammen mit einem Begleitschreiben der Richterin rechtzeitig auf den Tisch gelegt: **"Sehr geehrte Frau Richterin, ich bitte Sie inständig, das "Todesurteil", das, wie Sie selber einräumten, mit der Ablehnung der Immuntherapie verbunden wäre, auszusetzen! Geben Sie Frau S. noch eine Chance! Es ist eine junge Frau mit Kindern! Gottes Beistand bei dieser Entscheidung!"**

Daraufhin wurden zwei Monate Immuntherapie bewilligt. Selbst ein Krankenhausaufenthalt wegen eines Hirninfarkts, der zu einer zweiwöchigen Unterbrechung der Immuntherapie zwang, bewegte die Richterin nicht, die Frist um zwei Wochen zu verlängern! Im Klartext heißt dies: Von der biologischen Therapie werden Wunder gefordert. An die Chemotherapie werden keinerlei Forderungen gestellt. **Diese Ungleichbehandlung zeigt nur, welchem Interesse deutsche Gerichte heute de facto dienen!**

Welches Grundverständnis von Rechtsstaat, Menschenwürde und den Grundrechten auf Leben und körperliche Unversehrtheit liegt der Rechtsprechung deutscher Sozialgerichte heute zugrunde! Die Antwort der Richterin auf meine scharfe Formulierung „dass eine Ablehnung der Immuntherapie einem Todesurteil gleichkommt!“ war ja nicht „Das glaube ich nicht! Legen Sie mir weitere Beweise vor!“ und auch nicht „Wenn dies so ist, muss ich natürlich die Immuntherapie bewilligen!“ Nein: „Ich muss sie ablehnen!“ Ich ergänze sinngemäß: „...und das Todesurteil aussprechen, wenn Sie mir nicht eine (eigentlich uneinlösbare) Forderung erfüllen!“ So kämpfen wir – wie im Märchen – gegen Dämonen: Nicht genug, dass wir uns der Aufgabe stellen, unter äußerstem Einsatz auch den Totgesagten die Hand zu reichen und einige davon dokumentierbar zu retten: Wir haben zu allem Überfluss noch die Behörden und Gerichte gegen uns!

⁴⁸ Nach §6 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind wir gezwungen, jede Leistung nach GOÄ zu bewerten, auch wenn sie in der GOÄ gar nicht enthalten ist. Das gilt für eine ganze Reihe naturheilkundlicher Verfahren, z.B. für die niederfrequente Magnetfeldtherapie, denn die GOÄ ist schulmedizinisch dominiert. In diesem Fall sieht die GOÄ die sog. Analogabrechnung vor. Der Arzt wählt eine Ziffer, die dem Aufwand der tatsächlich erbrachten Leistung entspricht, z.B. die Ziffer 555 für die Magnetfeldbehandlung. Die Leistungslegende lautet: „Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen“ zu einem Punktwert von 120, d.h. von knapp 7€, wenn der einfache Satz berechnet wird. Sowohl Leistungslegende wie Leistungsumfang ähneln der Magnetfeldbehandlung. Die Verwendung der Ziffer 555 ist rechters, aber sie muss als Analogziffer gekennzeichnet werden, z.B. durch den Buchstaben „A“ sowie durch die Beschreibung der tatsächlich erbrachten Leistung in Klammern, also „A555 (Magnetfeldbehandlung)“. Es genügt nicht, den Patienten als Vertragspartner aufzuklären und es ihm zu überlassen, diese Aufklärung an die Versicherung weiterzugeben.

Nun gibt es Privatversicherungen, die ungeachtet des Versicherungsvertrags grundsätzlich keine Analogleistungen ersetzen und erteilen ihren Sachbearbeitern die Anweisung, alle mit „A“ gekennzeichneten Leistungen zu streichen.

Auch das steht den Versicherungen frei. Aber sie hätten es dem Klienten vor Abschluss des Vertrags mitteilen müssen, denn diese Erstattungspraxis schränkt den Versicherungsumfang ein, bei lebensbedrohlichen Erkrankungen u.U. mit fatalen Folgen!

Diese Aufklärung ist wohlweislich und regelmäßig unterblieben, oder auf eine Weise geschehen, dass es der Klient nicht merkt, denn es hätte den Vertragsabschluss gestört. Es handelt sich also um eine „versteckte Klausel“, die der Gesetzgeber ausdrücklich verboten hat.

Keine Privatversicherung, die so vorgeht, hat sich je an diese Verbot gehalten! Es ist ein Betrug mit System!

Einige Sachbearbeiter erkennen die kriminelle Struktur dieser internen Anweisung und raten dem Versicherungsnehmer und seinem Arzt, den Buchstaben „A“ wegzulassen, denn dann haben sie vor ihren Vorgesetzten die Freiheit, die Leistung zu ersetzen.

Das ist eine sehr humane und praktische Verfahrensweise. Aber der Arzt tappt damit in eine vernichtende Falle: Er riskiert, dass eines Tages der Staatsanwalt mit einem Aufgebot von 10 Polizisten bei ihm auftaucht und ihn wie einen Terroristen behandelt, von tödlichen Schlagzeilen wie „Arzt als Betrüger“ ganz zu schweigen!

⁴⁹ Joh. 18, 14

⁵⁰ „Was hat Christus verneint? – Alles, was heute christlich heißt.“ Nietzsche, Sämtliche Werke in 12 Bänden, Stuttgart, 1964, Bd. IX, S. 116

⁵¹ Gutzsch et al. a.a.O.

⁵² „Apriorisches Wissen“ ist ein Wissen, das sich nicht der Gefahr der Erfahrung aussetzen muss. Es ist ein Wissen vor jeder Erfahrung. Es ist ein Wissen, das so etwas wie Erfahrung überhaupt erst möglich macht. Das gibt es im Bereich der Metaphysik und der Mathematik. Bei einer Erfahrungswissenschaft wie der Medizin dagegen ist ein solches Ansinnen: Unsinn!

Dieser nahezu ubiquitäre Denkfehler zeigt nur, dass der Durchschnittsmediziner keinerlei Ausbildung in den wissenschaftstheoretischen Grundlagen seines Fachgebiets erhalten hat. Das degradiert ihn von der Intention seiner Ausbildung her gesehen, zum „Fachidioten“. Dementsprechend sehen die Gutachten aus: voll fundamentaler Verstöße gegen die Denkgesetze!

⁵³ Abel, U., Chemotherapie fortgeschrittener Karzinome: eine kritische Bestandsaufnahme, Stuttgart, 1995

⁵⁴ **Fehler! Nur Hauptdokument** „Wir haben für die meisten Tumorleiden keine Behandlungsoption von relevanter Bedeutung für die Überlebensdauer, die nicht auch noch zu einem späteren Zeitpunkt, etwa dem ersten Auftreten von Beschwerden, rechtzeitig genug einzusetzen wären!“

Kleeberg, U.R., Ein Umdenken tut not, in: Achenbach, W., Hinterberger, R., Wander, H.-E., *Ambulante Onkologie*, Teil 9, Kap. 2, S. 1-7.

⁵⁵ Beim Nichtkleinzelligen Bronchialkarzinom Stadium IV war das mediane Überleben in der unbehandelten Kontrollgruppe 27 Wochen, in der Behandlungsgruppe mit Cisplatin und Vandesin dagegen nur 10,5 Wochen! (Quoix et al., 1991, zitiert nach Abel, a.a.O. S. 27.)

⁵⁶ Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, §7, Abs. 1. Bayerisches Ärzteblatt Spezial 2/2005, S.5

⁵⁷ a.a.O. s.o. und S.10: „Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass der Arzt beim Umgang mit Patienten ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert.“
Abschnitt C. Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter Berufsausübung), Abs.1 Umgang mit Patienten.

⁵⁸ Moss, R., Fragwürdige Chemotherapie, Heidelberg, 1997, S.64ff

⁵⁹ Csatory, L.K., Eckhardt, S., Bukosza, I., Czeglédi, F., Fenyvesi, C., Gergely, P., Bodey, B., and Csatory, C.M.: Attenuated Veterinary Virus Vaccine for the Treatment of Cancer, in: *Cancer Detection and Prevention*, 17(6):619-627, 1993

⁶⁰ Abel, U., a.a.O. S.4, Vorwort zur ersten Auflage, im Juni 1989

⁶¹ „Mutwillenskosten“ i.H.v. 225,00 €! D.h. der Patientin, die sich hartnäckig weigert, zu sterben, wird dies als reiner Übermut ausgelegt, mit der sie die Gerichte ganz unnötig belästigt! Az: L 5 B 404/08 KR ER und Az L 5 B 521/07 KR ER

⁶² Diesen Stamm schützt ein amerikanisches Patent. In Deutschland hat es keine Gültigkeit, so dass der Konzern das Virus zumindest für den deutschen, vermutlich aber für den gesamten europäischen Markt auch ohne Lizenz produzieren könnte, wenn er nur wollte. Aber er hat doch kein Interesse daran!

⁶³ Moss, R.W., Patents Over Patients, *New York Times*, 1. April 2007

Moss, R.W., The Moss Reports, Cancer Communications 2005 (www.cancerdecisions.com)

⁶⁴ Spiegel-Gespräch am 23.9.66 mit Rudolf Augstein, veröffentlicht im Spiegel 23/1976

⁶⁵ „Tödliche Therapie“, *Der Spiegel* 42/2006, 58-61. Alle Versuche, die grotesken Vorwürfe richtigzustellen, blieben unerhört. Der Spiegel-Slogan „Aufklärung um jeden Preis“ entpuppt sich so als reine Image-Pflege. Das Flair der Aufklärung verschwindet sehr schnell, wenn eigene Dogmen in Gefahr sind. Dann wird aus dem *Spiegel* „Bild am Montag“. (Der gesamte Vorgang kann beim Verfasser angefordert werden.)

ZDF Sendung mit Joachim Bublath, 05.09.2007, „Medizinmänner der Zukunft“. Dazu Thaller, A., Brief an Frau Dr. Zink, ZDF vom 05.10.07, abgedruckt in *Naturarzt* 1/2008, Verbandsbeilage des Deutschen Naturheilbundes, *DNB aktiv* S. 3-4. Auch dieser Briefwechsel zeigt, dass das „Wissenschaftsmagazin“ bei Bedarf der *Wahrheitsverdrehung* dient. Dies ist umso makaberer, als es sich um ein öffentlich rechtliches Fernsehen handelt, d.h. dass der Bürger seine eigene Desinformation noch bezahlt!

⁶⁶ Thaller, A., Das „Gute“ und das „Wahre“: „Wissenschaft“ und „Moral“ in der Heilkunst, in: *Erfahrungskunde ...* 10/2003, S. 676-685

⁶⁷ AG, Jahresgewinn 2006: 9,7 Mrd. Euro; Umsatz des Konzerns 2005: 16,8 Mrd. Euro, so hoch wie der der nächsten zehn Medienkonzerne zusammen. Ihr gehört die RTL Group, der Gruner&Jahr Verlag sowie die international agierende Arvato, vertreten in 60 Ländern.

⁶⁸ Duineser Elegien, 10.Elegie, im Anblick eines Jahrmarkts ging ihm dies Licht auf: „...wie das Geld sich vermehrt, anatomisch,/ nicht zur Belustigung nur: der Geschlechtsteil des Gelds,/ alles, das Ganze, der Vorgang -, das unterrichtet und macht fruchtbar...“

⁶⁹ Stevens, Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, München

⁷⁰ Die bayrischen Hausärzte hinter Hoppenthaller haben durch ihre Entschlossenheit einen Etappensieg errungen. Die Hausarztpraxis soll kräftig angehoben werden. Gegenwärtig beträgt sie 45.- € pro Quartal, ganz gleichwie oft er Hilfe beansprucht! Dieses „Einlenken“ ist vermutlich ein kluger Schachzug angesichts bevorstehender Landtagswahlen. Für einen grundlegenden Wandel zum Guten sehe ich keine ernsthaften Zeichen!

⁷¹ Nachzulesen in Financial Times vom 27.5.08

⁷² Ich habe in Schweden studiert, geforscht und als Arzt gearbeitet. Ich kenne das System aus zehnjähriger Erfahrung in- und auswendig! (Engberg, I., Thaller, A., On the interaction of picrotoxin with GABA and glycine in the spinal cord, in: *Brain Research*, 19 (1970) 151-154; Engberg, I., Thaller, A., Hyperpolarizing Actions of Noradrenaline in Spinal Motoneurons, in: *Acta physiol. scand.* 1970. 80. 34A-35A)

⁷³ Die weltweit einzigartige und grundgesetzlich garantierte Therapiefreiheit in Deutschland wird seit Jahren durch Gesetze und Gesetzesauslegungen immer mehr eingeengt.

Beispiel: Die „potenzierte Eigenbluttherapie“ ist in geübten Händen eine billige und wirksame Therapie allergischer Erkrankungen, z.B. der Neurodermitis: *Ein* Tropfen Blut wird mit 2 ml 30%igen Alkohol verdünnt und verschüttelt. Mit der so gewonnenen D1 wird in gleicher Weise verfahren bis zur D7 oder noch höheren Potenzierungsstufen. *Ein* Tropfen von der D7 wird dem Patienten auf die Zunge gegeben.

All dies ist rechtens. Aber der Arzt darf die Tropfen der Mutter zur fortgesetzten Behandlung des Kindes nicht mit nach Hause geben. Das Kind müsste täglich oder dreimal wöchentlich in die Praxis kommen.

Die Arzt-Helferin dürfte die Tropfen auch zu Hause verabreichen. Sie handelt im Auftrag des Arztes. Dies ist juristisch gleichwertig damit, dass der Arzt sie eigenhändig verabreicht. Aber die Mutter darf es nicht. Und der Patient selber auch nicht. Das Aushändigen wird als „Abgabe an Andere“ und „In-den-Verkehr-Bringen“ ausgelegt. Dies erfordert eine arzneimittelrechtliche Zulassung, ein Verfahren, das etwa eine Milliarde Euro verschlingt.

Hinter dieser Bestimmung ist kein anderer Sinn zu entdecken, als die Therapiefreiheit zu beschneiden und den Patienten auf die etablierte Pharmakotherapie zu drängen!

Hinter diesem Bestreben stehen die Vertreter der Pharma-Firmen, die ganz legal in den Ministerien sitzen und die Gesetze so gestalten, dass sie nur noch für die Großkonzerne passen.

⁷⁴ Günther Grass als Zugpferd für die SPD. Diese Blindheit des blendenden Rhetorikers hat eine fatale Ähnlichkeit mit Bert Brechts Blindheit der SED gegenüber. Es gehört nicht viel Geist dazu, sich heute über Hitler zu

entrüsten und sich über jene zu ereifern, die nicht einmal dieses Minimum an Geist aufbringen. Eine nobelpreiswürdige Tat wäre es dagegen, den Wahnsinn unseres *heutigen* Alltags mit kafkaesker Schlichtheit darzustellen. Die Ausrede, er habe nichts gewusst, gilt nicht. Auf eine frühe Fassung dieses Aufsatzes hat er nicht einmal geantwortet. Er ist offenbar mit Wichtigerem beschäftigt.

⁷⁵ Wenn wir die Worte „Arzt“ und „Doktor“ als Allegorien des Gesundheitswesens verstehen, dann hat Eugen Roths Gedicht heute noch Gültigkeit:

Gleichgewicht

Was bringt den Doktor um sein Brot?
a) die Gesundheit, b) der Tod.
Drum hält der Arzt, auf dass *er* lebe
Uns zwischen beiden in der Schweben.

Hackethal hat das prosaisch ausgedrückt: Die innere Logik unseres Gesundheitssystems ist es, den Patienten möglichst lange therapiefähig zu halten!

⁷⁶ Kafka, „Auf den Galerie“.