

Quelle: <https://www.naturepower.de/vitalstoff-journal/fakten-widerreden/medizinbetrieb/haben-aerzte-und-patienten-noch-therapiefreiheit/print.html>

Haben Ärzte und Patienten noch Therapiefreiheit?

Seit vielen Jahrhunderten gibt es eine breite Palette von Heilungsarten; von Kräutertherapie, Balneotherapie, Bewegungstherapie bis hin zu Homöopathie und Allopathischer Medizin. Letztgenannte ist heutzutage bekannt als die moderne Schulmedizin. Sie ist dadurch in Schwung geraten, dass der Ölmagnat John D. Rockefeller einen großen Markt für seine auf Mineralöl basierten pharmazeutischen Produkte sah. Er sponserte mit großen Summen ausschließlich medizinische Fakultäten, die pharmazeutische Forschungsprojekte durchführten. Für die Homöopathische Schule gab es dagegen kein Geld.[1] Diese Finanzierung der pharmazeutischen Forschung gab der allopathischen Medizin eine Monopolstellung.

Die Ausbildung unserer Ärzte ist heute gänzlich pharmazeutisch orientiert. Tatsächlich fehlt einem schulmedizinischen Arzt das grundlegende Wissen über den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit und damit auch das Wissen über Vitamine und andere essentielle Nährstoffe fast vollständig. Die vielen Möglichkeiten alternativer naturheilkundlich ausgerichteter Therapien – die uns auch unter dem Begriff „Erfahrungsmedizin“ bekannt ist - sogar komplett. Es wundert deshalb nicht, dass die Erfahrungsmedizin (die gute alte Volksheilkunde) als unwissenschaftlich und als Quacksalberei abgetan wird, denn diese Art von Heilbehandlung ist nicht mehr Gegenstand des Studiums der Ärzte.

Schulmedizin: wenig wissenschaftlich bewiesen

Oft hört man, dass die alternative Medizin - im Gegensatz zur Schulmedizin - unwissenschaftlich sei. Doch nach *Clinical Evidence*, einem laufenden evidenzbasierten Medizin-Projekt von The BMJ, weisen nur 11% von 3.000 selektierten medizinischen Interventionen eine solide wissenschaftliche Grundlage auf. Weitere 24% wirken wahrscheinlich, 7% sind ein Kompromiss zwischen Schädlichkeit und Heilsamkeit und mit den restlichen 58% ist es unklar, während ein Teil sogar sogar schädlich ist.[2]

Nichtsdestotrotz zweifeln die meisten Ärzte keinen Moment lang an der Wissenschaftlichkeit der Schulmedizin und der Unwissenschaftlichkeit der „alternativen“ Medizin.

Falsche Theorien

Wahrscheinlich ist der Prozentsatz in der Praxis sogar noch niedriger, da die Theorien, auf deren zum Beispiel die Anti-Cholesterin-Medikamente und Antidepressiva basieren und auf deren alle „wissenschaftliche“ Forschung nach Medikamenten vorgesehen ist, bis heute komplett unbewiesen sind. Sie beruhen nicht auf harter Wissenschaft. Die erste basiert auf der „Sieben-Länder-Studie“, wobei Ancel Keys die verfügbaren Daten aus 15 anderen Ländern ignorierte, da seine Theorie sonst nicht stimmen würde. Die Daten aller 22 Länder zusammen weisen absolut nicht auf einen Zusammenhang zwischen gesättigten Fettsäuren in der Ernährung und dem Serumcholesterin einerseits und kardiovaskulären Erkrankungen andererseits hin.[4,5,6]

Antidepressiva konzentrieren sich auf das sogenannte chemische Ungleichgewicht im Gehirn. Wussten Sie, dass überhaupt keine Labortests, Prüfungen, Punktationen, Biopsien, Röntgenbilder oder was auch immer existieren, um dieses Ungleichgewicht zu prüfen?[7.8] Es ist daher nicht überraschend, dass die entwickelten Medikamente manchmal verheerende Folgen haben.

Medikamente wie SSRIs können sogar zu Selbstmord und Mord führen![9]

Die Theorien zu den Medikamenten werden aus der Marketing-Box der Pharmaindustrie hervorgebracht und sind nichts als Lobby und Marketing (dazu gehören Manipulation von randomisierten kontrollierten Studien durch Protokoll, Endpunkte, "Cherry picking" [die Kombination von positiven Ergebnissen von verschiedenen Studien], statistische Bearbeitung und Ghostwriter), wodurch die Statine und SSRIs Bestseller geworden sind und warum sie auf der Liste der erstattungsfähigen Arzneimittel stehen.[1,10,11]

Medizinische Entscheidungsprozesse bei Ärzten unsicher

In der niederländischen Zeitschrift für Ärzte Medisch Contact vom 9. Oktober 1987 beklagte Prof. Dr. med. J. Ridderikhoff der Erasmus Universität in Rotterdam, die medizinischen Entscheidungsprozesse von Ärzten: „Dass die Ärzte sich entscheiden, sollte bekannt sein, aber wie sie es tun, ist eine ganz andere Frage. Nichts in der medizinischen Ausbildung konzentriert sich hierauf. Jeder Arzt benutzt scheinbar seine eigene ‚Eselsbrücken‘, seine eigene Intuition und Erfahrung, seinen eigenen ‚klinischen Blick‘. Aber wie es in der Praxis funktioniert, bleibt unsicher.“

Er rief auf zur Einrichtung von Behandlungsprotokollen: „Dass ein paar Dinge falsch mit der Effizienz der menschlichen Entscheidungsprozesse sind, wurde zuvor (auch von der Wirtschaft und der Politik) bemerkt. Versuche sie zu optimieren, führten zu der Erstellung und Definition von Methoden, die entworfen wurden, um eine maximale Leistung zu ergeben.“[12]

Nun sind diese Protokolle selbst nicht so schlimm, wenn sie nicht das Recht auf freie Wahl des Arztes und des Patienten untergraben würden.

Protokolle und das Recht auf freie Wahl

Im Gegensatz zu Richtlinien, die nur beraten, sind Behandlungsprotokolle verbindlich. Das heißt, sie bestimmen wie ein Arzt behandeln MUSS. Da diese Protokolle von schulmedizinischen Ärzten zusammengestellt worden sind, bilden sie eine Zwangsjacke für jeden Arzt und Patienten, der eine bessere alternative Behandlung vorsieht. Der Arzt kann auch von der Aufsichtsbehörde bestraft werden, wenn er sich nicht an das medizinische Behandlungsprotokoll hält.¹³ Ein solches Protokoll verstößt gegen Artikel 19 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte: „Jeder hat das Recht auf Meinungsfreiheit und freie Meinungsäußerung; dieses Recht schließt die Freiheit ein, Meinungen ungehindert anzuhängen sowie über Medien jeder Art und ohne Rücksicht auf Grenzen Informationen und Gedankengut zu suchen, zu empfangen und zu verbreiten.“[14]

Zu dieser Freiheit gehört auch die Wahl der medizinischen Versorgung sowohl für Arzt und Patient. Es beginnt mit der medizinischen Ausbildung, die umstrukturiert werden muss. Diese sollte nicht länger rein pharmazeutisch ausgerichtet sein, sondern sollte eine breite Basis haben, um so einem Arzt eine ausgewogene Auswahl aus dem gesamten Spektrum der Medizin zu bieten. Dem Arzt sollte völlige Freiheit bei dieser Auswahl gewährt werden. Das Kostenerstattungssystem sollte überholt werden. So ist in Deutschland die Krankenkasse nicht zur Kostenübernahme der Behandlung von einem Heilpraktiker verpflichtet. Das ist sie nur bei einer Behandlung durch einen Vertrags- bzw. Kassenarzt mit entsprechender Zusatzausbildung in Naturheilverfahren, Homöopathie usw.“, sagt der Rechtsberater des Verlags der Akademischen Arbeitsgemeinschaft.[15]

Manche alternativmedizinische Behandlungen werden trotzdem erstattet, aber es ist eindeutig, dass diese anders beurteilt werden als schulmedizinische. In der Tat, dadurch dass die alternative Medizin - wie wir gesehen haben, in der Mehrzahl der Fälle nicht weniger wissenschaftlich als Schulmedizin - außerhalb des Kostenerstattungssystem gehalten wird, existiert eine Schwelle, die die freie Wahl des Patienten beschränkt.

Es liegt an Ihnen, sowohl als Arzt oder als Patient, für Ihr Recht auf freie Wahl zu kämpfen und nicht mit der pharmazeutischen „Monopols-Zwangsjacke“ übereinzustimmen. Es ist Ihr Recht als Mensch.

Es geht um die Therapiefreiheit, für Sie als Therapeut und/oder Patient!

Nutzen Sie die obigen Daten und schreiben Sie an den Bundesminister für Gesundheit, Herrn Hermann Gröhe (Hermann.Groehe@bundestag.de).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
z.H. Herrn Hermann Gröhe
Rochusstr. 1, 53123 Bonn

oder:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
z.H. Herrn Hermann Gröhe
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin (Mitte)

Referenzen:

1. Dodelijke leugens: artsen en patiënten misleid, C.F. van der Horst, ISBN 978-90-90-27908-4 (wenn es in Deutsch publiziert wird: Gesundheit unerwünscht: wie Ärzte und Patienten betroffen werden).
2. What conclusions has Clinical Evidence drawn about what works, what doesn't based on randomised controlled trial evidence? The BMJ Clinical evidence
3. Seven Countries, A Multivariate Analysis of Deatyh and Coronary Heart Disease- Angel Keys, Commonwealth Fund Book, 1980
4. Yerushalmy, J., Hilleboe, HE.: Fat in the diet and mortality from heart disease; a methodologic note. NY State J Med. 1957 Jul 13;57, (14):2343-2354
5. The Great Cholesterol Myth, Dr. Stephen Sinatra, ISBN: 978-1-592-33521-3
6. The Cholesterol Myths, Uffe Ravnskov, M.D., Ph.D., ISBN 0-9670897-0-0
7. Allen J. Frances and Thomas Widiger, Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV Past and Cautions for the DSM-5 Future, Annu. Rev. Clin. Psychol. 2012. 8:109–130, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102
8. Mental illness: is 'chemical imbalance' theory a myth? Joe Hall, Toronto Star
9. Deadly Psychiatry and Organised Denial, Peter C. Gotzsche, ISBN: 978-87-7159-623-6
10. Blaming the Brian, Elliot S. Valenstein, Ph.D. ISBN 0-684-84964-X
11. The Emperor's New Drugs: Exploding The Antidepressant Myth, Irving Kirsch, Ph.D., ISBN: 978-0465022007
12. Dr. J. Ridderikhoff, Medische besluitvorming bij artsen, Medisch Contact, Nummer 41 - 9 oktober - 42e jaargang
13. Interview dr. Moolenburgh
14. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Vereinte Nationen ,10. Dezember 1948
15. Alternative Heilbehandlung – wer zahlt dafür? Akademische Arbeitsgemeinschaft Verlag