



## Liebe Mitglieder unserer BIT-Ärztegesellschaft, liebe Anwender energetischer Therapieverfahren, liebe interessierte Leser!

**Die besten Geschichten schreibt das Leben selbst. Auch wenn sich in dieser Zeitschrift die meisten Beiträge der positiven Bewältigung von Krankheitsproblemen widmen, müssen auch einmal die Schattenseiten unseres Gesundheitssystems angesprochen werden. Der laute Ruf nach einem Paradigmenwechsel in Wissenschaft und Medizin und dessen Notwendigkeit ist absolut begründet. Es geht um das Grundrecht auf Unversehrtheit sowie optimale Hilfe und Unterstützung im Krankheitsfalle nach bestem Wissen und Gewissen, ohne den Patienten zu schaden (nihil nocere). Glaubwürdigkeit kann dabei am besten durch eigene Erfahrung vermittelt werden.**

Der folgende Bericht ist authentisch und beruht detailgetreu auf reinen Tatsachen, die sich erst kürzlich in einer mittleren deutschen Großstadt abspielten. Er wird deshalb anonymisiert widergegeben, um niemanden persönlich anzugreifen. Es handelt sich dabei um ein Paradebeispiel für ähnlich gelagerte Vorkommnisse und stellt deshalb keineswegs den Ausnahmefall dar.

Ein 91-jähriger, geistig fitter Mann bekam im Pflegeheim akute Atemprobleme und rutschte in eine schwere Ruhedyspnoe mit Zynose. Der herbeigerufene Notarzt wies ihn sofort in das große städtische Krankenhaus ein, das Lehrkrankenhaus einer Universität ist. Dort wurden 1,7 Liter Exsudat von der Lunge abpunktiert, was zu sofortiger Beschwerdefreiheit führte. In den nächsten drei Tagen lief der Erguss nach, und es musste erneut punktiert werden. Auf Grund dessen wurde diskutiert, ob eine Dauerdrainage gelegt werden sollte, um dem Patienten weitere Punktionen ersparen zu können. Soweit so gut. Bis hierher korrekte und effiziente Behandlung.

Das Drama beginnt erst jetzt. Denn eigentlich hätte der Patient nun wieder entlassen werden können, mit oder ohne Dauerdrainage. Stattdessen wurde er auf eine Station „für unklare Fälle“ gelegt. Das ist zwar nicht der offizielle Name, darunter fungiert diese Station jedoch intern.

Es passierte in den nächsten Tagen nichts, außer dass weiter beobachtet wurde. Nun versuchte ich, die weitere Strategie mit dem Oberarzt zu besprechen, was aus zeitlichen Gründen jedoch nicht möglich war. Der zuständige Kollege, der ihn eingangs gesehen hatte, war in Urlaub, die Vertretung nicht erreichbar wegen Überlastung. Der noch sehr junge und unerfahrene Stationsarzt zeigte sich ohne Kompetenz und verwies wieder auf den Oberarzt...

*Erneut vergingen einige Tage, ohne dass etwas unternommen wurde. Jeder Tag in der Klinik kostet über 400 Euro.*

Nach etwa 2 ½ Wochen war der Zustand unverändert. Nach wie vor bestand ein Erguss aufgrund der Lungenstauung, jedoch ohne Dyspnoe. Die bisherige Therapie bestand einzig und allein aus Diuretika, worunter der ohnehin niedrige Blutdruck noch weiter sank und es zu zeitweiligen Verwirrheitszuständen wegen zu niedrigem Blutdruck kam.

Auf meine Nachfrage, warum denn die Herzinsuffizienz nicht kausal, d.h. beispielsweise mit Digitalis behandelt werde, weil dadurch das Diuretikum abgesetzt und die Lebensqualität wesentlich verbessert werden könnte, kam die überraschende Antwort, dass dies heute nicht mehr üblich sei. Das Herz werde mit dem Diuretikum druckentlastet, und das würde genügen. Außerdem sei bei einer Rechts Herzinsuffizienz (!) der Einsatz von Glykosiden zu gefährlich und deshalb nicht indiziert (???)

Während meiner kardiologischen Ausbildung in einer auf Herz-Kreislauf spezialisierten Klinik konnten wir mit Digitalis-Kuren i.v. bettlägerige Patienten wieder mobilisieren und Lebensqualität zurückgeben. In der Akutphase, auch beim lebensbedrohenden Lungenödem, wurde Strophantin i.v. eingesetzt, weil es in Sekunden bereits Wirkung zeigte. Erst viel später wurde auf oral umgestellt, weil sich dann auch die Aufnahmefähigkeit im Darm verbessert hatte. Diese positiven Erfahrungen möchte ich nicht missen. Später in der eigenen Praxis, habe

ich diese guten Erfolge in ähnlicher Weise wiederholen können.

*Viele meiner Patienten nehmen heute noch Strophantin oder Digitalis ein und fühlen sich damit leistungsfähig.*

Die internistische Abteilung dieses großen Lehrkrankhauses hat davon leider keine Kenntnis, sondern ist voll getrimmt auf die Leitlinien der Schulmedizin, die nicht selten interessengesteuert an den wahren Grundlagen der Medizin vorbeigehen. Hinzu kommt, dass bei diesem Patienten auch noch Links- mit Rechts Herzinsuffizienz verwechselt wurde. Das ist nur noch schlechte Schulmedizin! Der Patient hatte keinerlei peripheren Ödeme, aber niedrigen Blutdruck und häufiges Husten als Zeichen der Lungenstauung bei Linksherzinsuffizienz. Daraus resultierten auch die Ergüsse. Er wäre also der ideale Patient für eine kausal wirkende Digitalis-Therapie gewesen. Das geschah trotz meiner Intervention jedoch nicht.

*Durch die Bettlägerigkeit wurde der Patient immer schwächer und musste gefüttert werden, was vorher nicht der Fall war.*

Nach etwa drei Wochen (!) Aufenthalt sollte nun doch die Dauerdrainage gelegt werden, obwohl der Erguss nicht größer geworden war. Vielmehr war jetzt die Intention, „etwas machen“ zu müssen. Dazu wurde ein Termin mit den Thoraxchirurgen (?) in der Röntgenabteilung vereinbart. Da Komplikationen nicht auszuschließen waren, wurde der Patient nüchtern gelassen, bekam als Diabetiker aber trotzdem routinemäßig (!) seine Insulinspritze. Die Folgen waren absehbar. Er rutschte in einen hypoglykämischen Schock, der nur deshalb bemerkt wurde, weil er zwei Stunden später für den Eingriff abgeholt werden sollte, was natürlich dann hinfällig war. Sonst wäre er völlig unbemerkt verstorben.

Als Folge des Schocks traten starke Verwirrtheit auf und Appetitlosigkeit, die zu weiterer Gewichtsabnahme des ohnehin schon

kachektischen und kraftlos gewordenen Patienten führte.

Einige Tage später wurde er dann plötzlich abgeholt und zur Röntgenabteilung gefahren, um den geplanten Eingriff vorzunehmen. Dieses Mal musste er nicht nüchtern sein (?). Er kam allerdings nicht mit der Dauerdrainage, sondern einer viel stärkeren Büllau-Drainage zurück, da es zu einem Kollaps der Lunge gekommen war (einseitiger Pneumothorax) und durch ständiges Absaugen ein Unterdruck erzeugt werden musste. Damit war er noch mehr ans Bett gefesselt.

Auch drei Tage später hatte sich trotz Vakuumpumpe der Pneumothorax nicht zurückgebildet, weshalb Ratlosigkeit eintrat. Es wurde nun diskutiert, den 91-jährigen Patienten auf die Thoraxchirurgie zu verlegen. Man hatte inzwischen festgestellt, dass der nachgewiesene Erguss gekammert war. Deshalb sollte in Vollnarkose operiert (!) werden, um die Verklebungen zu lösen.

Inzwischen hatte sich der Allgemeinzustand so weit verschlechtert, dass ein präfinaler Zustand vorlag. Aus diesem Grunde drängte ich auf sofortige Entlassung, um dem alten Mann weiteres Martyrium zu ersparen. Mit dem inzwischen wieder anwesenden Oberarzt wurde deshalb vereinbart, sofort die Vakuumpumpe abzuschalten und am nächsten Tag den Zustand der Lunge nochmals röntgenologisch zu überprüfen, bevor die Büllau-Drainage entfernt wird.

*Niemand konnte vorhersagen, ob er nicht dadurch in eine akute Ateminsuffizienz rutscht, was sein Schicksal endgültig besiegelt hätte.*

Der Oberarzt hatte kaum das Zimmer verlassen, da tauchten zwei Thoraxchirurgen auf und entfernten mit einem Ruck den dicken Drainageschlauch...

Was passierte durch diesen Schock? Erstaunlicherweise nicht das, was zu befürchten war. Der Patient spürte überhaupt keine Veränderung. Der tatsächliche Zustand war völlig falsch beurteilt worden! Auch tauchte der Pneumothorax mal auf in der Röntgenbefundung, dann wieder nicht. Ein desaströses, inkompetentes Durcheinander!

Endlich wurde er auf Drängen der Angehörigen am nächsten Tag, nach fast vier Wochen, tatsächlich entlassen und kam zurück ins Heim.

Doch die Story endet hier immer noch nicht. Wie bereits während seines letzten Krankenhausaufenthalts ein Jahr zuvor war er auch dieses Mal wieder hochdosiert (per Infusionem) antibiotisch behandelt worden, und zwar wegen eines banalen, symptomlosen Harnwegsinfektes. Statt ihm begleitend Probiotika als Floraschutz zu geben, geschah nichts dergleichen, wie schon damals. Da war die Antibiose (im gleichen Haus) tatsächlich nur deshalb erfolgt, weil CRP im Blut etwas erhöht war. Ein Keimnachweis erfolgte nicht, geschweige denn eine Resistenzprüfung, so wie es lege artis richtig gewesen wäre.

*Juristisch ist das ganz klar ein Kunstfehler mit Körperverletzung, weil die eingetretene Schädigung des Darmmilieus vorsätzlich und grundlos geschah, ohne diese mit Probiotika abzufangen.*

Noch schlimmer: Der Unterschied von Infektion und Entzündung ist überhaupt nicht bekannt! Jede Entzündung und damit jeder Regenerationsprozess des Organismus wird sofort antibiotisch unterdrückt. Hinzu kommen die oben beschriebenen Fehldiagnosen mit nachfolgenden belastenden Eingriffen ohne Sinn und Verstand – und das in einem Lehrkrankenhaus!

*Ich muss offen gestehen, als Internist habe ich mich für diese miserable Schulmedizin zu tiefst geschämt!*

Erheblich geschwächt kehrte der Patient also zurück, und es passierte genau das, was zu befürchten war: Es kam zu einer schweren Infektion mit einem Norovirus. Vier Tage lang litt er unter heftigen Durchfällen, die ihn völlig auszehrten, aber er überlebte auch das!

Inzwischen ist er wieder mobilisiert und nimmt am Leben teil so wie früher, einfach erstaunlich! Was ihm bei all diesen Strapazen geholfen hat? Die ganze Zeit über wurde er begleitet und betreut von seinen nächsten Angehörigen! Er war in der glücklichen Lage, nicht allein zu sein, sondern konnte

## Dr. med. Bodo Köhler

Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzausbildung in Naturheilverfahren, Homöopathie, Neuraltherapie und Chirotherapie. Seit 1981 Beschäftigung mit bioenergetischen Therapiemethoden und deren Anwendung in Praxis, Forschung und Lehre. Er ist Präsident der BIT-Ärztegesellschaft, Autor zahlreicher Fachbücher und Begründer der „Lebenskonformen Medizin“. Daneben leitet er die Arbeitsgruppe „Stoffwechselforschung“ der NATUM e. V.

### Kontakt:

bit-aerzte@t-online.de

sich geborgen fühlen. Die entgegengebrachte Liebe und Fürsorge war die Heilenergie, die ihm geholfen hat. Wäre er auch nur einen Tag länger in diesem krankmachenden Haus geblieben, hätte das aber wahrscheinlich auch nicht mehr gereicht.

Die unnötigen Kosten, die auf diese Weise unserem Gesundheitswesen (?) aufgebürdet wurden, könnten durch eine gründliche Ausbildung in Lebenskonformer Medizin drastisch verringert werden. Keiner der Kollegen in diesem Lehrkrankenhaus weiß jedoch überhaupt, was das ist, geschweige denn bemüht sich um neue Erkenntnisse in der Medizin.

*Es wird wahrlich Zeit für einen Paradigmenwechsel!*

In diesem Sinne grüßt Sie herzlich



Dr. Bodo Köhler  
- Internist -  
1. Vorsitzender

Viele weitere interessante Informationen rund um die B.I.T. Ärztegesellschaft e.V. finden Sie unter:

[www.bit-org.de](http://www.bit-org.de)