

6. Offener Brief

An Frau Ellen Höhn,
Leiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes
Stadt-Jugendamt Bamberg,
Geyerswörthstrasse 1
96047 Bamberg

An Herrn Amtsrichter Herbst,
Amtsgericht Bamberg
Synagogenplatz 1
96047 Bamberg

An Herrn Vormundschaftsrichter Dr. Lassmann,
Amtsgericht Bamberg
Vormundschaftsgericht
Synagogenplatz 1
96047 Bamberg

An Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Rascher,
Klinik mit Poliklinik
Für Kinder und Jugendliche
Loschgestrasse 15
91054 Erlangen

An Herrn Dr. Strauch,
Landratsamt Bamberg
Gesundheitswesen und Ernährungsberatung
Ludwigstrasse 25
96052 Bamberg

An Herrn Prof. Dr. Dr. med. Dipl.-Psych. Günther,
Leiter der Psychiatrischen Abteilung der Nervenklinik Bamberg
Sankt-Getreu-Strasse 14 – 18
96049 Bamberg

18. Februar 2006

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Rascher!
Sehr geehrter Herr Vormundschaftsrichter Dr. Lassmann!
Sehr geehrter Herr Amtsrichter Herbst!
Sehr geehrte Frau Ellen Höhn!
Sehr geehrter Herr Dr. Strauch!
Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Dr. med. Dipl.-Psych. Günther!

Wir stellen fest:

Das Gutachten vom 18.08.2004 und die Stellungnahme vom 13.09.2004 von Prof. Dr. med. Dr. h. c. Rascher zuhanden des Amtsgerichtes in Sachen Aeneas Heller entbehren jeder Wissenschaftlichkeit. Zitate werden falsch wiedergegeben, wesentliche Tatsachen werden weggelassen, Beweise werden konstruiert, Patientenunterlagen manipuliert und es wird in unverantwortlicher Weise ungenau oder gar nicht recherchiert. Die Gutachten widerlegen sich aufgrund der in ihnen befindlichen Widersprüche selbst.

FORTSETZUNG

**DER ANALYSE DES GUTACHTENS VON PROF. DR. RASCHER VOM 18.08.2004
UND SEINER STELLUNGNAHME VOM 13.09.04**

Zitat aus einem Artikel eines Mitglieds von ILADS (eine nicht profitorientierte, internationale multidisziplinäre medizinische Vereinigung, die sich einer angemessenen Diagnostik und Behandlung von Borreliose und verwandten Krankheiten widmet), Dr. Virginia T. Sherr, Psychiatrieärztin, USA, DLFAPA (Distinguished Life Fellow of the American Psychiatric Association), in der Fachzeitschrift „medical hypotheses“, April 2005, Verlag Elsevier: „Münchhausen-by-proxy-Syndrom und Lyme-Krankheit: Ärztliche Hexenjagd oder diagnostisches Rätsel?“ (S. 3):

„Obwohl Anklagen des ‚MSBP‘ [Münchhausen-by-proxy] reichlich vorhanden sind, werden gut dokumentierte Fälle in den USA und im Ausland von vielen Forschern und Autoren als selten betrachtet. Anhörungen vor Gericht, die das MSBP betreffen, werden für gewöhnlich unter

totaler Geheimhaltung geführt, so daß man keinen Zugriff auf Statistiken erhält und angewiesen ist auf die „Schlußberichte“ der Beteiligten, auf die Aussagen von Politikern und auf investigative Zeitungsberichte.

Mütter, die des MSBP bezichtigt worden waren, entließ man erst aus dem Gefängnis, nachdem die wahre Ursache der Krankheit ihrer Kinder ans Licht kam, wenn ein Kind tragischerweise an der eigentlich zugrundeliegenden Krankheit starb, während es in staatlicher Fremdpflege war. Deswegen wird das Konzept des MSBP in der Öffentlichkeit sowie in gerichtlichen und wissenschaftlichen Kreisen kritisch diskutiert“

(w. u. S. 3):

„In einem Zeitungsinterview in Großbritannien sprach die Kinderministerin von der „über großen Belastung, die entstehen würde, wenn Tausende von fälschlicherweise des MBP (Münchhausen-by-proxy; Anm. d. Verf.) angeklagte Familien nach Jahren der Trennung wiedervereinigt werden müßten“. Der Artikel zitiert die Kinderministerin: ‚Wir können nicht Tausende von Müttern mit den Kindern, die ihnen zu Unrecht weggenommen wurden, wieder zusammenführen.‘ (Dieser Artikel von Melissa Kite im Daily Telegraph vom 18.12.2004 spricht von wahrscheinlich 5000 MBP-Fällen in den letzten 15 Jahren in Grossbritannien).“

Über die Anforderungen, die ein fachgerecht erstelltes gerichtsmedizinisches Gutachten erfüllen muss; Zitat aus dem oben genannten Artikel der **Psychiatrieärztin V. Sherr, USA:**

„Die ‚Vereinigung amerikanischer Psychologen für ethische Prinzipien‘ und die ‚Richtlinien für gerichtsmedizinische Psychologen‘ sagen aus, daß ein Gutachter verpflichtet ist, über einen Gesundheitszustand, der in einem gerichtsmedizinischen Zusammenhang betrachtet wird, alle logischen Alternativhypothesen über die Natur und die Ursachen dieses Gesundheitszustandes und der behaupteten erfundenen Krankheit darzulegen.“ (S.6)

Wie jedoch gerichtsmedizinische Gutachten bei Unterstellung eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms erstellt werden; Weitere Zitate aus dem oben genannten Artikel der

Psychiatrieärztin Virginia Sherr, USA:

„Krankenversicherer, Ärzte, gekaufte Zeugen als „Experten“ und sogar Vertreter von Schulbehörden können ökonomische Anreize darin sehen, eine MSBP-Diagnose zu begünstigen. Das kann besonders dann zutreffen, wenn eine MSBP-Diagnose zukünftige kostenintensive diagnostische Tests, teure Behandlungen oder Erziehungshilfen vermeiden würde, oder wenn die Diagnose aufgeblasene Gebühren für ärztliche Konsultationen als Entgelt für Gerichtszeugnisse gegen die Eltern versprechen würde.“ (S.5)

„In allen Fällen des Verdachts eines MSBP, die mit einer Lyme-Borreliose oder einer anderen von Zecken verursachten Krankheit in Verbindung gebracht werden, sollte die Zweitmeinung eines professionellen Heilbehandlers verlangt werden, der jährlich mindestens hundert Patienten mit einer persistierenden, durch Zecken verursachten Krankheit betreut.“ (S.7)

„Die Mütter, die ihrer grundlegenden Wahlmöglichkeiten beraubt sind, aber doch nicht anders können, als im Sinne ihrer Kinder zu handeln, wurden und werden heute noch gerichtlich verfolgt. Medizinisch gefährdete Kinder werden ihren Müttern weggenommen ohne jeden Beweis, daß ihnen zuhause Schaden zugefügt wurde oder zugefügt werden könnte. Es wurden sogar Kinder plötzlich weggenommen aufgrund der Aussage schlecht informierter Ärzte, ohne daß ihre Eltern überhaupt konsultiert wurden.“ (S.5)

„Viele Ärzte und Erzieher haben sich z. B. nicht mit der Komplexität von Diagnose und Behandlung der sich ausbreitenden Seuche der neurologischen Lyme-

Krankheit (Neuroborreliose, sub-akute Borrelioseenzephalitis und zerebrale Vaskulitis) bei Kindern vertraut gemacht. Oft wissen sie nicht um die substantiellen durch Beurteilung unabhängiger Fachkollegen bestätigten wissenschaftlichen Beweise, die die Notwendigkeit einer Langzeitbehandlung dieser persistierenden multisymptomalen, multisystemischen Infektionen belegen – einer antibakteriellen Langzeitbehandlung, die bei der Behandlung von Tuberkulose, Akne und Q-Fieber als vollkommen anerkannt gilt.“ (S.5)

„Helen Hayward-Brown, Ph. D., Australien, eine anerkannte Autorität in diesem Fachgebiet schrieb (persönliche Mitteilung):

'Die üblichen Verhaltensmuster in diesen Fällen sind

Erfinden von Beweisen gegen Mütter,
Manipulation von Patientenunterlagen,
unrichtige Patientenunterlagen oder
Vermischen mit Unterlagen anderer Kinder
sowie böswillige Anschuldigungen,
nachdem sich Eltern beschwert hatten.'“ (S.5)

(Alle Hervorhebungen in Zitaten durch die Verfasser des Offenen Briefes, wenn nicht anders dargestellt)

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Rascher, Ihr Gutachten vom 18.08.2004 und die Stellungnahme vom 13.09.2004 sind genau nach dem Muster, das Frau Helen Hayward-Brown, Ph. D. hier erwähnt, abgefaßt. Wir machen Sie aufmerksam auf „FAZIT“ im Kommentar.

Es finden sich in Ihren beiden hier analysierten Schriftstücken zahlreiche Rechtschreib- und Grammatikfehler. Wir haben die Schriftstücke aus Gründen der Anschaulichkeit und Korrektheit genau zitiert. Um den Leser nicht zu verwirren, haben wir diese Fehler jedoch unterstrichen und teilweise kommentiert. Die Gutachten müssen wohl in großer Eile verfaßt worden sein und so wurde vermutlich auch bezüglich der Rechtschreib- Grammatikgepflogenheiten keine Sorgfalt angewendet.

Namen sind aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes geändert.

Zitate in Normalschrift / <u>Fehler unterstrichen</u> Kommentare in Klammern () und fett gedruckt

FORTSETZUNG DER ANALYSE vom 5. Offenen Brief, 4. Februar 2006

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Es“ [das Bakterium *Borrelia burgdorferi*; siehe 5. Offener Brief vom 04.02.2006; Anm. d. Verf.] „verursacht in spezifischen Stadien relativ charakteristische Krankheitsbilder wie z. B. Wanderröte (*Erythema migrans*), einseitige Gesichtslähmung mit Hirnhautentzündung und Gelenkentzündungen (v. a. der großen Gelenke).“

(WIDERLEGUNG DURCH FACHKOLLEGEN:

1. Dr. v. Lerber, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder und Jugendpsychiatrie FMH, Schweiz: „'Typisch' für Zeckenleiden und ganz allgemein für chronische Mischinfekte ist also, daß es eben gerade keine einheitliche, keine typische Symptomatik gibt, und daß nur derjenige Arzt die Diagnose stellt, der erst einmal an diese Möglichkeit denkt und dann auch hartnäckig genug die entsprechenden Abklärungen durchführt oder veranlaßt.“ [aus dem Vortrag am Symposium in Kassel vom 18. Juni 2003 ‚Zeckenkrankheiten und Neuropsychiatrie‘, S.2]

2. Frau Dr. U, Ärztin für Allgemeinmedizin, Schweiz [Die Ärztin wurde von Aeneas' Familie konsultiert; deshalb ist ihr Name aus datenschutzrechtlichen Gründen geändert], *anerkannte Spezialistin für Borreliose*: „Es ist wichtig zu wissen, daß die Borreliose eine Krankheit ist, die jedes Organ, jedes Gewebe des Körpers befallen kann.“ [aus der schriftlichen Stellungnahme vom 27.09.2004 gegenüber der Anwältin von Frau Heller, die dem Gericht weitergeleitet wurde. Aufgrund umfangreicher Laboruntersuchungen hatte diese Ärztin noch kurz vor der Wegnahme von Aeneas bei dem Jungen eine Borreliose diagnostiziert und die Fortführung der Infusionsbehandlung empfohlen; siehe 5. Offener Brief vom 04.02.2006]

3. Dr. Virginia T. Sherr, Psychiatrieärztin, USA: „Die Merkmale [der Borreliose; Anm. des Verfassers] scheinen oft unvereinbar mit dem etablierten Wissen über neurologische Dermatome. Dem konventionellen ärztlichen Blick erscheinen sie als anatomisch unmöglich; dadurch schaffen sie Verwirrung bei Ärzten, Eltern und kindlichen Patienten.“ [aus der Zusammenfassung des Artikels „Münchhausen-by-proxy-Syndrom und Lyme-Krankheit: Ärztliche Hexenjagd oder diagnostisches Rätsel“]

4. Dr. med. Klemann, Internist, Pforzheim: „Borreliose ist aufgrund der Symptomvielfalt gelegentlich schwer zu diagnostizieren und erfordert eine breitere Differentialdiagnose.“ [aus der gutachterlichen Stellungnahme zu Diagnostik und Therapie bei Borreliose bzw. Spätborreliose, insbesondere auch zur Therapie-Indikationsstellung bei Spätborreliose, 23.08.2004, die dem Gericht vorliegt]

Prof. Dr. Rascher behauptet an dieser Stelle also: Die Symptome einer Borreliose seien spezifisch. Die vier anderen zitierten Fachleute betonen – völlig konträr zum Standpunkt Prof. Dr. Raschers – daß sich die Borreliose gerade dadurch auszeichnet, daß sie oft völlig unspezifische, manchmal sogar die Ärzte und Patienten selbst verwirrende Beschwerdebilder schafft.

Sehr geehrter Herr Prof. Rascher, als LEITER EINER KLINIK müßten Sie eigentlich wissen, daß es bezüglich der Borreliose verschiedene wissenschaftliche Auffassungen gibt. Und als GUTACHTER hätten Sie die Pflicht, diese verschiedenen Auffassungen darzulegen und zu kommentieren, bevor Sie so schwerwiegende Entscheidungen wie einen Kindesentzug zu rechtfertigen versuchen. Sie legen nicht dar, daß Sie der anderen Auffassung keine Geltung beimessen, sondern Sie führen sie nicht einmal an. Sowohl in der Frage der Diagnostik als auch in der Frage der Therapie genügen Sie somit dem wissenschaftlichen Standard als Gutachter in keiner Weise.)

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Durch adäquate antibiotische Therapie, die in der Regel 14 Tage verabreicht wird, gelegentlich 21 Tage, ist die Krankheit kausal zu behandeln.(Christen, HJ Eiffert, H; Monatsschrift Kinderheilkunde, 11:1146-1155, 2003; Huppertz, HI; Monatsschrift Kinderheilkunde, 11: 1156-1162, 2003; Steere AC; New England Journal of Medicine, 345: 115-125, 2001).

(WIDERLEGUNG DURCH FACHKOLLEGEN:

1. Dr. Richard Horowitz, Internist, USA: „Die durchschnittliche Therapiedauer der Patienten lag bei 13 Monaten [*Spanne 1 Monat bis 53 Monate*]. Die längste Therapie erhielt ein Patient mit schwerer chronischer rezidivierender Enzephalopathie [Erkrankung bzw. Schädigung des Gehirns, Anm. d. Verf.]...Kein einziges Antibiotikum oder eine Kombination von verwendeten Antibiotika konnte die Infektion vollständig beheben, *obgleich eine deutliche klinische* [das Beschwerdebild betreffende; Anm. d. Verf.] *Besserung bei fortdauernder Antibiotikatherapie festgestellt werden konnte.*“ [aus der Studie: “PCR-Nachweis einer chronischen Infektion – trotz ausgedehnter Antibiotika-Therapie – eine Retrospektive; aus 13. Internationale wissenschaftliche Konferenz zur Lyme-Erkrankung und anderen von Zecken ausgelösten Erkrankungen; Schwerpunkt: Kinderheilkunde & Neue Forschung; 24.-26. März 2000 Hartford Marriott Farmington, CT, USA] In dieser Studie wurde das Bakterium *Borrelia burgdorferi* mittels PCR-Analyse nachgewiesen. *Dies ist ein biochemisches Verfahren, das die ERBSUBSTANZ DES ERREGERS nachweist [also eine direkte und damit viel sicherere Methode als die in den gängigen Laboruntersuchungen verwendete Methode, die nur die ANTIKÖRPER nachweist und überwiegend schlechte Trefferquoten aufweist]. In der PCR-Analyse der oben genannten Studie überdauerte der Erreger bei allen 80 Patienten die Behandlung*

mit Antibiotika! Nach der obenerwähnten Studie von Dr. Horowitz kann niemand mehr behaupten, dass eine Borreliose mit einer 2 bis 3-wöchigen Therapie ursächlich [„kausal“] zu beheben wäre, weil die Ursache der Erkrankung, nämlich der Erreger, nach diesem kurzen Zeitraum eben noch immer vorhanden sein kann.)

2. Dr. v. Lerber, Psychiater, Schweiz: „Je raffinierter die modernen Nachweismethoden werden, desto offensichtlicher wird nun, daß Borrelien eben doch noch über Jahre und Jahrzehnte in Nischen unseres Organismus gedeihen können. Sie unterlaufen dabei oft das Immunsystem mit dermaßen bewundernswerter Raffinesse, daß Strategen von ihnen lernen könnten. Antibiotika können sie dann oft kaum mehr ausmerzen, aber unter Umständen lange erfolgreich in Schach halten. Borrelien können wie ihre Cousins unter den Spirochäten, die Erreger der Syphilis, ganz allmählich grausamen Schaden bewirken. Weil aber in unserer Vorstellung bezüglich Infektionskrankheiten heute das Bild von spektakulären Verläufen mit Fieber und akuten Entzündungen vorherrscht, versäumen wir leicht, ebenfalls bei schleichender Verschlechterung des Befindens hartnäckig auf Infektionen abzuklären.“ [aus dem Interview vom 18.06.2003; Internetseite www.borreliose.ch/d.forum3-archiv1.html; unter ‚Verschiedenes‘]

Sie stellen also die Hypothese auf, daß eine Borreliose in der Regel mit einer 2 bis 3-wöchigen Antibiotikatherapie vollständig ausgemerzt werden könne. Hierbei lassen Sie wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse unerwähnt.

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Die Borrelien können im Krankheitsverlauf eine Gelenkentzündung (Arthritis, Lyme-Arthritis) induzieren mit Schwellung, Erguß, deutliche Umfangszunahme des Gelenkes und schmerzhafte Bewegungseinschränkung. In mehr als 95% der Fälle ist ein Kniegelenk beteiligt bzw. mitbeteiligt. Nur Schmerzen oder Schmerzen in den Gelenken ohne objektiven klinischen Befund (Arthralgien) reichen für die Diagnose einer Lyme-Arthritis nicht aus.“

(WIDERLEGUNG DURCH FACHKOLLEGEN:

1. Dr. v. Lerber, Psychiater, Schweiz: „Besonders häufig sind quälende Kopfschmerzen- und Gesichtsschmerzen, Gelenkschmerzen mit oder ohne Entzündungszeichen, Muskelschmerzen und heftige, stechende oder brennende oder bohrende Schmerzen an den verschiedensten Körperpartien, sowie - als Zeichen peripherer Neuropathie - Gefühlsstörungen oder Ameisenlaufen an Händen oder Füßen.“ [aus dem Vortrag am Symposium in Kassel vom 18. Juni 2003, Zeckenkrankheiten und Neuropsychiatrie’, S. 7]

2. Dr. U, Ärztin für Allgemeinmedizin, Schweiz: „Selbstverständlich können massivste Schmerzen auftreten, ohne daß ein objektiver Befund festgestellt wird. Ein möglicher Erklärungsmechanismus ist die Entzündung der Blutgefäße, die die Muskulatur, die Gelenke oder die peripheren Nerven ernähren. Wenn diese sich durch die Entzündung zusammenziehen, entstehen kurzfristig oder sogar mittelfristig schwere Durchblutungsstörungen dieser Gewebe, was äußerst schmerzhaft ist. Gerade die Nervenschmerzen sind schwer zu objektivieren, ähnlich wie nach einer Gürtelrose können Nervenschmerzen massiv fortbestehen, besonders wenn man die Gürtelrose nicht behandelt hat, ähnlich ist dies auch bei der Nervenschädigung durch die Borrelien.“ [aus der schriftlichen Stellungnahme vom 27.09.2004 gegenüber der Anwältin von Frau Heller, die dem Gericht weitergeleitet wurde, S. 2])

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Wie bei anderen Formen der Gelenkentzündung („Rheuma“) im Kindesalter, kann es bei der Lyme-Arthritis auch zu einer Mitbeteiligung der Augen in Form einer Keratitis (Entzündung der Hornhaut) und Iridozyklitis (Entzündung der Regenbogenhaut) bzw. Uveitis (Entzündung der Vorderkammer des Auges) kommen. Dies ist durch Untersuchung mit der Spaltlampe durch den Augenarzt leicht zu diagnostizieren und wird lokal bzw. systemisch durch entzündungshemmende Medikamente behandelt.

In der Regel sind bei spezifischen Symptomen einer Borreliose die Antikörper im Blut positiv.“

(WIDERLEGUNG DURCH FACHKOLLEGEN:

1. Dr. U, Ärztin für Allgemeinmedizin, Schweiz: „In keiner Weise kann nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft das Fortbestehen einer Borreliose [durch Labordiagnostik, Antikörperuntersuchung in Blut und Nervenwasser; Anm. d. Verf.] eindeutig ausgeschlossen werden. Es gibt viele wissenschaftliche Arbeiten, die belegen, daß die Borreliose weiterhin aktiv ist, auch wenn eine Lumbalpunktion normal ausfällt. Der Verlauf der Serologie ist bei der Borreliose gerade an keine Gesetze gebunden, sie kann persistieren, sie kann verschwinden, bei aktiver wie bei abgeheilter Borreliose. Somit kann gesagt werden, daß das Fortbestehen einer Borreliose besser bewiesen werden kann, als der Ausschluß eines weiteren Fortbestehens der Borrelioseerkrankung.“ [aus der schriftlichen Stellungnahme vom 27.09.2004 gegenüber der Anwältin von Frau Heller, die dem Gericht weitergeleitet wurde.]

2. Dr. v. Lerber, Psychiater, Schweiz: „Für mich als behandelnden Arzt und für den erkrankten Patienten aber liegt die Sache ganz anders. Zwar weiß ich: wenn bei ihm die Einschlußkriterien des Wissenschaftlers erfüllt sind, dann hat er mit Sicherheit eine Borreliose. Treffen diese aber nicht alle zu, ist zum Beispiel die Serologie [also der Nachweis von Antikörpern im Blut, Anm. d. Verf.] nicht eindeutig positiv, so gibt es noch verschiedenste Möglichkeiten, zum Beispiel:

1) Vielleicht beherbergt er wirklich keine Borrelien. 2) Vielleicht beherbergt er Borrelien, aber nur in Nischen des Organismus und schon zu lange oder in ungenügender Zahl um sein Immunsystem auf Trab zu halten. 3) Vielleicht beherbergt er Borrelien in größerer Zahl, aber sein Immunsystem reagiert nicht angemessen [z. B. genetisch bedingt oder erworbene Immunschwäche]. 4) Vielleicht beherbergt er Borrelien in größerer Zahl, und diese schaffen es, sein Immunsystem auszutricksen [zum Beispiel durch Veränderung ihrer Oberflächenstruktur]. 5) Vielleicht beherbergt er Borrelien, zugleich aber noch andere Krankheitserreger; und wir wissen noch zu wenig über eventuelle Interaktionen. Im Falle der Beispiele 2 bis 5 braucht der Patient eine dezidierte - auch antibiotische - Behandlung, und es wäre ein grober Fehler, bloß, weil er die wissenschaftlichen Einschluß-Kriterien nicht erfüllt, zu behaupten, er habe mit Bestimmtheit keinen Borrelien-Infekt. Dieser grobe Fehler kann gegenüber einem Patienten, der wegen Abwehrschwäche besonders gefährdet ist, sogar als ärztlicher Kunstfehler gewertet werden.

Nun geschah aber diesbezüglich 1995 in den USA etwas Ungeheuerliches: am Borreliose-Symposium in Dearborn wurde eben dieser Fehler nicht nur begangen, sondern sogar zum Dogma erhoben. Es wurde von den Opinion-Leaders unter den Borreliose-Forschern eine willkürliche Grenzlinie gezogen und postuliert, nur wer im zweistufigen Programm der serologischen Tests (ELISA Western Blot) als positiv bewertet werde, dürfe als an Lyme-Borreliose erkrankt angesehen und entsprechend behandelt werden. Ein Dogma, nach dem sich heute der Grossteil der Fachwelt richtet, die meisten sicher gutgläubig. Man ist über die Hintergründe ungenügend informiert und weiß nicht, daß diese Grenzziehung ursprünglich nur zur Bildung von Gruppen mit zweifelsfrei positiver Diagnose für wissenschaftliche Forschung diente. Seither publizieren wichtige Fachzeitschriften immer wieder Arbeiten zum Thema Borreliose, mit denen man sich aufgrund von Untersuchungen an Patienten, die diese Kriterien erfüllen, im Kreise herum von der Richtigkeit der Kriterien bestätigt. So muß man auch zum Schluß kommen, Borrelien-Infekte seien nicht häufig und seien insbesondere einfach zu behandeln, und wenn das Leiden chronisch werde, dann könne es kein Borrelien-Infekt mehr sein.

Dieses von den bekanntesten Opinion-Leaders vertretene Dogma hat seither einer Unzahl von Borreliose-Patienten rein beschreibende Diagnosen wie „chronic fatigue Syndrom“ oder "Fibromyalgie" beschert, darunter in schwereren Fällen neurologische wie Multiple Sklerose oder gar Amyotrophe Lateralsklerose.“

Zusammenfassend kann man also sagen: Es gibt zwar spezifische Symptome [Symptome, die keine andere Krankheit verursacht] jedoch gibt es verwirrend viele unspezifische Erscheinungsbilder von Borreliose. Die spezifischen Symptome [Wanderröte] sind nur kurze Zeit vorhanden,

dann folgt alles mögliche Andere. Und: Die spezifischen Symptome müssen auch nicht in jedem Falle auftreten.

3. Dr. Klemann, Internist, Pforzheim: „Daraus folgt: Ein negatives Testergebnis einer Borreliose-Serologie darf nicht als Argument herangezogen werden, um das Vorliegen einer Borreliose zu negieren bzw. auszuschließen, dies würde eigentlich einer intellektuellen Unlauterkeit entsprechen.“ [aus der Stellungnahme gegenüber dem Gericht vom 29.10.2004 zum Borrelioseserologiebefund von Aeneas Heller, erhoben durch die Kinderklinik der Universität Erlangen vom 30.09.2004]

und: „...die Existenz sero-negativer Borreliosefälle [beim Borreliosekranken wurden keine Antikörper im Blut gefunden; Anm. d Verf.] ist durch mehrere Veröffentlichungen belegt.“ [aus: „Gutachterliche Stellungnahme zu Diagnostik und Therapie bei Borreliose bzw. Spätborreliose, insbesondere auch zur Therapie-Indikationsstellung bei Spätborreliose“, vom 23.08.2004, dem Gericht vorliegend]

4. Dr. Sherr, Psychiaterärztin, USA: „Ärzte, welche die MBP-Taktik gegen Mütter angewandt haben, wissen wahrscheinlich nicht, daß Seronegativität [negatives Ergebnis der Blutserum-Untersuchung auf Antikörper; Anm. d. Übers.] bei fortgeschrittener Borreliose *die Regel* ist.“[aus der Zusammenfassung des Artikels „Münchhausen-by-proxy-Syndrom und Lyme-Krankheit: Ärztliche Hexenjagd oder diagnostisches Rätsel“]

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Sie (die Antikörper; Anm. d. Verf.) können aber über mehrere Jahre persistieren, unabhängig von einer antibiotischen Therapie oder von einem klinischen Verlauf (Kalish, RA; et al, Clin Infect Dis, 33: 780-785, 2001). Die Serologie ist deshalb nicht dazu geeignet, den Therapieerfolg zu überprüfen, obwohl dies gelegentlich auch von Medizinern gefordert wird, ohne daß dies wissenschaftlich begründet ist. („Die Serologie ist deshalb nicht ...geeignet...“). Sie betonen es selbst, Herr Prof. Rascher. Man merke sich diesen Satz und vergleiche mit Seite 9/10)

ZITAT PROF. DR. RASCHER: "Die Borreliose ist v. a. in der Laienpresse ein Sammelbecken für Spekulationen und Befürchtungen über mögliche Zusammenhänge mit einer Vielzahl unspezifischer Beschwerden und Krankheitsbilder geworden (Christen, HJ; Eiffert, H; Monatsschrift Kinderheilkunde, 11:1146-1155, 2003). Hieraus resultiert mögliche Überdiagnose und Übertherapie. (Qureshi, MZ et al, Pediatr Infect Dis J, 21: 12-14, 2002). Wörtlich schreibt Herr Prof. Dr. H. J. Christen „Es ist nicht verwunderlich, daß von verängstigten Patienten bzw. Eltern nicht selten eine antibiotische Therapie eingefordert wird, die einer gesicherten Indikation entbehrt“.

(Zitat aus einem Interview mit **Dr. v. Lerber (Schweizer Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie FMH; Präsident des Stiftungsrates der MedRID-Foundation)** 2003 anlässlich des 3. Kasseler Borreliose-Symposiums, 18.06.2003 (aus: borreliose.ch/d.forum3-archiv1.html):

„Ärzte, welche diese Ereignisse kritisch verfolgt haben und zu andern Schlüssen kommen, welche es wagen, gegen den Strom zu schwimmen und ihre Patienten anders und hartnäckiger mit Antibiotika zu behandeln als von den Opinion-Leaders [Meinungs-Bildner] vorgezeichnet, werden diffamiert. Sie werden des ‚Überdiagnostizierens‘ von Borrelien-Infekten beschuldigt, wegen Verordnung unnötiger Medikamente und somit fahrlässiger Gefährdung ihrer Patienten in den USA – gegen den ausdrücklichen Willen ihrer Patienten – vor OPMC-Untersuchungsausschüsse zitiert (Office for Professional Medical Conduct). Diese Untersuchungsausschüsse waren ursprünglich zum Schutze der Patienten vor ärztlichen Übergriffen ins Leben gerufen worden, können nun aber zur Eliminierung mißliebiger Ärzte mißbraucht werden, um so mehr, als der Kläger anonym bleiben darf und der angeklagte Arzt keine Apellationsmöglichkeit [Berufungsmöglichkeit; Anm. d. Verfassers] hat. So riskiert er wegen seiner von der gegenwärtigen Lehrmeinung abweichenden Praxis schwere Sanktionen bis hin zum völligen Entzug der Praxiserlaubnis. [Einer der von diesen Sanktionen betroffenen Ärzte in den USA ist nach langwierigen Verfahren vor dem OPMC voll rehabilitiert: Dr. J. J.

Burrascano. Alle Vorwürfe gegen ihn erwiesen sich als unhaltbar.] Die Patienten selber werden als psychisch gestörte Individuen abgestempelt, die es genießen, für diffuse Beschwerden eine schwere Krankheit attestiert zu bekommen. Das ist ausgesprochen zynisch.

Auch in Experten-Gutachten gegenüber den Krankenversicherern werden Lyme-Ärzte systematisch desavouiert. Und die Versicherer glauben noch so gerne demjenigen Experten, der sich für die rein serologische Diagnostik und für eine billige oder gar keine Therapie breit macht. Daß maßgebliche Opinion-Leaders selber Inhaber der wichtigsten Patente für serologische Tests sind, sei nur am Rande vermerkt.“

Daß Sie, sehr geehrter Herr Prof. Rascher, nicht viel Wertschätzung für einige Ihrer Fachkollegen hegen, kommt an dieser Stelle einmal mehr zum Ausdruck. Es ist eben gerade nicht so, daß Ärzte, die Zusammenhänge von unspezifischen Beschwerden mit Borreliose sehen, einfach in das Becken der „Laienpresse“ geworfen werden können, sondern es handelt sich gerade bei diesen Ärzten um Praktiker mit einem hohen Berufsethos, die ihre Schlußfolgerungen aus jahrelangen differenzierten Beobachtungen an unzähligen leidenden Patienten gezogen haben, denen sie helfen wollten!

Dr. v Lerber, Psychiater, Schweiz: “Am Anfang der Diagnostik steht das Arztgespräch. Hierbei sollte der Arzt sich in einer Weise dreiteilen können, die ihm zwar nie ganz gelingt, die aber immer wieder anzustreben ist: Er sollte sich erstens als ganzer Mensch in die Beziehung hineingeben zur Schaffung einer tragfähigen Patient-Arzt-Beziehung, und sollte auch fähig sein, das Leiden des Patienten mitzufühlen, sollte ihn deshalb auch sprechen lassen, ohne ihn mit Fragen zu durchlöchern. Er sollte aber zweitens dennoch innert nützlicher Frist vom Patienten nicht bloß dessen Krankengeschichte inklusive Zeckenbiß-Anamnese erfahren, sondern (im Rahmen der psychiatrischen Exploration) auch seinen Lebenslauf, ja vielleicht selbst bisher von ihm gut gehütete persönliche Geheimnisse und drittens sollte er gleichzeitig mit genügend distanzierter, sachlicher Beobachtung, und mit gezielten Fragen Verhaltens-Auffälligkeiten und Störungen einzelner psychischer Funktionen beim Patienten registrieren und fachlich korrekt zuordnen können.“ [aus dem Vortrag am Symposium in Kassel vom 18. Juni 2003, ‘Zeckenkrankheiten und Neuropsychiatrie’, S. 8]

- Einer solchen von Dr. v. Lerber postulierten ethischen Haltung dem Patienten gegenüber steht Ihre Einstellung, Herr Prof. Rascher, entgegen, der Sie sich an der ehrverletzenden Diskreditierung Ihrer Kollegen beteiligen und Ihren Verpflichtungen als Gutachter nicht Folge leisten. [In Ihren gesamten Stellungnahmen vermißt man eine Zeckenbissanamnese; Sie nennen den wissenschaftlichen Gegenstandspunkt nicht etc., etc.] Haben Sie bedacht, daß Sie als Gutachter hier über eine so schwerwiegende Frage wie die Trennung eines Kindes von seiner Familie zu befinden haben und also besonders sorgfältig recherchieren und menschlich umsichtig vorgehen müßten? Auf welchen ethischen Grundprinzipien ruht Ihre Arbeit?

Weiterhin führen Sie hier verwirrenderweise selber eine Position an, die der gesunde Menschenverstand eines Arztes einnehmen könnte, auch wenn er nichts von der Möglichkeit einer Langzeitantibiose hält: Nämlich daß es “nicht verwunderlich“ [mit anderen Worten: menschlich nachvollziehbar] ist, daß verängstigte Eltern eine Langzeitantibiose fordern und daß ihnen deshalb nicht gleich Kindesmißhandlung usw. unterstellt zu werden braucht.

Wie ist es möglich, daß Sie so etwas zitieren und nicht auf die Idee kommen, vielleicht auch selbst diese Position einnehmen zu können ? Doch der ganze Duktus Ihres Gutachtens und Ihrer Stellungnahme zeigt, daß Sie auf Biegen und Brechen den Vorwurf der Kindesmißhandlung aufrecht erhalten wollen. Es gibt nun zwei Möglichkeiten, das Anführen dieses Zitates zu interpretieren: ENTWEDER : Es ist nicht Ihre bewußte Absicht, sondern nur Fahrlässigkeit, den Vorwurf der Kindesmißhandlung aufrecht zu erhalten. Dann, sehr geehrter Herr Prof. Rascher, ist es ziemlich unwissenschaftlich, menschlich erstaunlich unzulänglich und argumentativ auffallend ungeschickt von Ihnen, sich mittels solcher Zitate selbst menschlich ins Unrecht zu setzen. ODER : Es ist Ihre bewußte bewußte Strategie, den Vorwurf der Kindesmißhandlung aufrecht zu erhalten. Dann könnte es sein, daß Sie als Schreiber des Gutachtens sogar beabsichtigen, den intelligenten Leser Ihres Gutachtens [natürlich insbesondere die Mutter von Aeneas] zu lähmen und handlungsunfähig zu machen. Der Leser

gewinnt nämlich den Eindruck, daß es völlig sinnlos ist, vernünftig zu argumentieren, da Sie sogar Gesichtspunkte, die Sie widerlegen würden, als scheinbare Begründung für Ihren Standpunkt benutzen zukönnen glauben. Wie wissenschaftlich genau die vormalig behandelnden Ärzte auch immer argumentieren, sie werden einfach ignoriert. Wie menschlich vernünftig die Familie von Aeneas ihre Handlungsweise auch immer zu erklären versucht, sie wird nicht gehört. Sollen die verzweifelt um das Wohl des Kindes kämpfenden Eltern und Ärzte den Eindruck gewinnen, daß jeder Widerstand zwecklos ist? Hoffen Sie, daß sie resigniert aufgeben? **DIES IST EINE VERWERFLICHE STRATEGIE.**

Was könnten die Motive für diese Ihre Handlungsweise sein?

Dr. V. T. Sherr, Psychiatrin, USA: „Krankenversicherer, Ärzte, gekaufte Zeugen als „Experten“ und sogar Vertreter von Schulbehörden können ökonomische Anreize darin sehen, eine MSBP-Diagnose zu begünstigen. Das kann besonders dann Anwendung finden, wenn eine MSBP-Diagnose zukünftige kostenintensive diagnostische Tests, teure Behandlungen oder Erziehungshilfen vermeiden würde, oder wenn die Diagnose aufgeblasene Gebühren für ärztliche Konsultationen als Entgelt für Gerichtszeugnisse gegen die Eltern versprechen würde.“ [aus dem Artikel: „Münchhausen-by-proxy-Syndrom und Lyme-Krankheit: Ärztliche Hexenjagd oder diagnostisches Rätsel“, S. 5])

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Herr Prof. Dr. H. I. Huppertz (Monatsschrift Kinderheilkunde, 11 Seite 1158, 2003) führt aus, „Bei unspezifischen Beschwerden oder Befindlichkeitsstörungen sollte keine Borrelienserologie durchgeführt werden, da dies zu nicht interpretierbaren serologischen Befunden führen kann: Bei einer durchschnittlichen Prävalenz positiver serologischer Befunde von 10% in Deutschland, ist die diagnostische Aussagekraft der Serologie entscheidend von der Prätestprävalenz abhängig. Wenn diese Prätestprävalenz bei unspezifischer Symptomatik sehr niedrig ist, also die Borreliose eine unwahrscheinliche Diagnose darstellt, ist der positive prädiktive Wert einer positiven Borrelienserologie gering. In einem solchen Fall kann deshalb auch bei positiver Borrelienserologie die Diagnose einer Lyme-Borreliose nicht mit Sicherheit gestellt werden. Hingegen schließt eine negative Serologie eine späte Lyme-Borreliose fast immer aus.“

(*Oben, S. 7* des Offenen Briefes zitierten wir Sie: "Sie können aber über mehrere Jahre persistieren, unabhängig von einer antibiotischen Therapie oder von einem klinischen Verlauf ... Die Serologie ist deshalb nicht dazu geeignet, den Therapieerfolg zu überprüfen, obwohl dies gelegentlich auch von Medizinern gefordert wird, ohne daß dies wissenschaftlich begründet ist." Wie soll es dann möglich sein, die Borreliose mittels Serologie sicher auszuschließen, wie Sie es hier versuchen? Hier erklären Sie weiter, eine negative Serologie schließt eine späte Lyme-Borreliose *fast* immer aus. Merke "fast" immer. Aus dieser Formulierung wird deutlich, daß es mit der Beweiskraft Ihrer Argumentation nicht weit her ist. Es ist, als wenn man einen Ball würfe, das Ziel mit 9 von 10 Würfeln trafe und behauptete, man treffe immer. Sie widersprechen sich selbst, indem Sie die Serologie als Beweismittel gegen die Erkrankung von Aeneas aufführen, wenn Sie die Serologie für so unsicher erklären und die Möglichkeit eines jahrelangen Persistierens der Antikörper auch selbst zugeben.)

ZITAT PROF. DR. RASCHER: "Zur Behandlung führt er aus: ‚Auch die Lyme-Arthritis wird antibiotisch behandelt, z. B. mit dem Medikament Amoxicillin oral 28 Tage‘. Es werden auch kürzere Therapieschemata (14 Tage, 21 Tage) empfohlen. Bei etwa 10% der Patienten mit Lyme-Arthritis führt die antibiotische Behandlung nicht zum Erfolg. Bleibt die Arthritis nach zwei korrekt durchgeführten antibiotischen Therapien im Abstand von sechs Wochen bestehen, erfolgt die weitere Behandlung mit Antirheumatika.

Eine langjährige antibiotische Therapie wegen einer Borreliose im Folgestadium ist medizinisch nicht begründet und nicht indiziert.“ [Dieser Satz von Prof. Dr. Rascher ist im Original fett gedruckt und unterstrichen]

(WIDERLEGUNG DURCH FACHKOLLEGEN:

1. Dr. V. T. Sherr, Psychiatrieärztin, USA: „Viele Ärzte und Erzieher haben sich z. B. nicht mit der Komplexität von Diagnose und Behandlung der sich ausbreitenden Seuche der neurologischen Lyme-Krankheit [Neuroborreliose, sub-akute Borrelioseenzephalitis und zerebrale Vaskulitis] bei Kindern vertraut gemacht. Oft wissen sie nicht um die substantiellen durch Beurteilung unabhängiger Fachkollegen bestätigten wissenschaftlichen Beweise, die die Notwendigkeit einer Langzeitbehandlung dieser persistierenden multisymptomalen, multisystemischen Infektionen belegen – einer antibakteriellen Langzeitbehandlung, die bei der Behandlung von Tuberkulose, Akne und Q-Fieber als vollkommen anerkannt gilt.“ [aus: „Münchhausen-by-proxy-Syndrom und Lyme-Krankheit: Ärztliche Hexenjagd oder Diagnostisches Rätsel“]

2. Dr. Ch. R. Jones, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, USA: „Aeneas darf kein Opfer der irrigen Annahme werden, daß jede Lyme-Krankheit erfolgreich behandelt werden kann und daß sämtliche Borrelia-burgdorferi-Spirochäten innerhalb eines willkürlichen Zeitraumes einer Antibiotikatherapie von 3 bis 6 Wochen ausgerottet werden. Es gibt umfangreiche Belege in der einschlägigen medizinischen Fachliteratur, daß die Borrelia-burgdorferi-Spirochäten eine andauernde intensive IV –Antibiotikatherapie [intravenöse Antibiotikatherapie; Anm. d. Verf.] von einer Dauer von einem Monat, sechs Monaten und sogar von mehreren Jahren überleben kann. Diese Hinweise dürfen bei einer objektiven Entscheidung bezüglich einer angemessenen Heiltherapie zur Behandlung der Lyme-Krankheit nicht außer Acht gelassen werden. Beigefügt ist [der Stellungnahme von Dr. Jones; Anm. d. Verf.] ein Bericht jüngeren Datums von einem darin übereinstimmenden Expertengremium bezüglich der Behandlung der chronischen Lyme-Krankheit, veröffentlicht von der Internationalen Gesellschaft für die Lyme-Krankheit und damit verwandte Krankheiten [ILADS]; in diesem Bericht wird der Einsatz einer langandauernden Antibiotikatherapie bei chronischer Lyme-Krankheit befürwortet. Es sollte auch beachtet werden, daß längere Behandlungszeiträume für eine Antibiotikatherapie angebracht sind, wenn diese auch für andere Leiden indiziert ist, wie z. B. Akne, Malaria, Tuberkulose, Lepra usw. Drei Viertel der über 7000 Kinder, die ich auf die Lyme-Krankheit hin behandelt habe, wurden mit einer kontinuierlichen oralen, intramuskulären oder intravenösen Antibiotikatherapie über einen Zeitraum von 3 Monaten bis hin zu 7 Jahren behandelt. Diese Kinder sind gesund und symptomfrei über 2 bis 15 Jahre nach Einstellung der passenden Antibiotikatherapie. Eine eher typische Behandlungsdauer für Kinder mit anhaltender Lyme-Krankheit erstreckt sich über 2 bis 3 Jahre, außer das Kind hat die Lyme-Krankheit während der Schwangerschaft erworben. Kinder, die die Lyme-Krankheit bereits während der Schwangerschaft erworben haben, benötigen eine längere Behandlung, um die Lyme-Infektion auszurotten. Keines dieser Kinder mit angemessener langfristiger Antibiotikatherapie trug in Folge der Antibiotikatherapie einen organischen oder Systemschaden davon. Diese Kinder mit chronischer Lyme-Erkrankung haben jedoch Schäden im Gehirn, an der Wirbelsäule, an den Augen, der Schilddrüse, der Lunge, am Herzen, am Magen-Darm-Kanal und am Urogenitaltrakt, wenn die Behandlung nicht lang genug andauert, um alle Borrelia-burgdorferi-Spirochäten auszumerzen. Aeneas gehört zu diesen Kindern, die eine lang anhaltende Antibiotika-Behandlung benötigen.“ [aus einer beglaubigten Übersetzung der Stellungnahme vom 23.08.2004, die an das Gericht weitergeleitet wurde]

3. Dr. Klemann, Internist, Pforzheim: „Da die Behandlungsdauer sich nach der Rückläufigkeit der klinischen Symptome zu richten hat, ist bei entsprechend zögerlichem Genesungsverlauf, aber auch bei Rückfällen, in Einzelfällen auch mit mehrjähriger Behandlungsdauer zu rechnen.“ [aus: „Gutachterliche Stellungnahme zu Diagnostik und Therapie bei Borreliose bzw. Spätborreliose, insbesondere auch zur Therapie-Indikationsstellung bei Spätborreliose“, vom 23.08.2004, dem Gericht vorliegend]

Was Prof. Dr. Rascher behauptet: „medizinisch nicht begründet und nicht indiziert“, ist somit sowohl empirisch als auch wissenschaftlich absolut nicht haltbar. Des Weiteren bestätigen Spezialisten aus dem In- und Ausland die Ungefährlichkeit der Langzeit-Antibiose bei borreliosekranken Kindern. Sie erklären diese Behandlung für unerlässlich, wenn der verantwortliche Arzt Spätfolgen verhindern will. Sie betonen, dass eine Nicht-Behandlung des Kindes einer unterlassenen Hilfeleistung gleichkommt. Auf der Home-Page von ILADS [eine nicht profitorientierte internationale multidisziplinäre medizinische Vereinigung, die sich einer

angemessenen Diagnostik und Behandlung von Borreliose und verwandten Krankheiten widmet], zu finden unter „Treatment Guidelines“, wird empfohlen :
„...mehrere Monate nachdem die klinischen Auffälligkeiten sich aufgelöst haben und die Symptome verschwunden sind, mit der Behandlung weiter fortzufahren“.

Sehr geehrter Herr Prof. Rascher, Sie offenbaren sich hier eindeutig als ein Verfechter der Antibiotika-Kurzzeit-Therapie, und dies zeigt in aller Deutlichkeit, daß es sich im Falle Aeneas um einen Ärztestreit handelt, der auf dem Rücken einer Mutter und eines Kindes ausgetragen wird. Daß Sie jedoch als GUTACHTER die andere Behandlungsvariante der Langzeit-Antibiotikatherapie nur als Kindesmißhandlung abtun, und nicht als die zweite Möglichkeit einer heute auch offiziell in weiten Kreisen anerkannten Therapie aufführen, ist inakzeptabel. Sie tun so, als gebe es gar nicht zwei durch Wissenschaftler vertretene Meinungen. Ein Gutachter hat jedoch alles aufzuführen, was für die Sache relevant sein könnte. Sie sprechen nur von einem „Sammelbecken für Spekulationen“ in der Laienpresse und gehen über die fundierten wissenschaftlichen Stellungnahmen Ihrer Berufskolleginnen und -Kollegen einfach hinweg. Sie erwähnen nicht einmal die Internationale wissenschaftliche Vereinigung ILADS für die Lyme-Krankheit und damit verwandte Krankheiten.)

ZITAT PROF. DR. RASCHER: "Bei Aeneas Heller ist die Borrelienserologie negativ. Spezifische Symptome einer Borreliose, wie oben beschrieben, konnten wir bisher nicht dokumentiert finden, wir haben aber auch noch nicht alle Befunde und Berichte der behandelnden Ärzte vorliegen."

(Sie suchen nach den spezifischen Borreliose-Symptomen, und übergehen alle Symptome, die von den Aeneas behandelnden Ärzten geschildert wurden. So zeigen Sie einmal mehr einerseits Ihre Unerfahrenheit mit Borreliose [man erinnere sich an die falsche Namengebung „burgdorff“] und andererseits das völlige Ignorieren der Ansichten von Berufsgenossen, die sich sogar auf dem Gebiet der Borreliose spezialisiert haben.)

ZITAT PROF. DR. RASCHER: "Für eine im Mutterleib übertragene Borrelieninfektion gibt es bei Aeneas keinen Anhalt."

(Sie gehen im Gutachten vom 18.08.2004 oder in der Stellungnahme vom 13.09.2004 nirgends auf die 3 Zeckenbisse ein, die Aeneas 1995 (unter dem Schlüsselbein), 1998 (an der Hand) und 2001 (an seinem Arm) eingefangen hatte, was die Familie bezeugen kann. Eine dieser Zecken wurde sogar von Ärzten entfernt. Warum fragten Sie in der Anamnese von Aeneas nicht nach Zeckenbissen? Die Frage nach Zeckenbissen ist die erste Frage, die ein Arzt stellen muß, wenn er eine Borreliose diagnostizieren oder ausschließen will. Sie jedoch nehmen nur Stellung zum Spezialfall „perinatale Übertragung“. Warum stellen Sie die Frage nach Zeckenbissen nicht? So lassen Sie weitere wesentliche Tatsachen weg, obwohl ihnen diese in der Stellungnahme von Dr. Jones sogar schriftlich vorlagen. In der Stellungnahme vom 13.09.2004 gestehen Sie zudem auf Seite 2 ein: „Es wird nicht bezweifelt, daß bei Aeneas eine Lyme-Borreliose zu einem früheren Zeitpunkt einmal vorgelegen haben könnte.“ Fassungslos steht man vor einem solchen Satz. Die Widersprüchlichkeit Ihrer Stellungnahmen ist tatsächlich gut belegt! Gleichzeitig ist auch die Unverfrorenheit, mit der diese Widersprüche in den Raum gestellt werden, unnachahmbar.

FAZIT: UNRICHTIGE PATIENTENUNTERLAGEN)

ZITAT HERR PROF. DR. RASCHER: „Eine Übertragung der Krankheit von der Mutter auf das Kind im Mutterleib, wie bei Aeneas behauptet, wird nur als anektotische Rarität berichtet. In der Literatur sind zunächst nur vereinzelt Fälle der perinatalen Übertragung der Krankheit beschrieben worden. So wurde berichtet, daß eine schwangere Mutter mit Hautmanifestationen einer Borreliose (Wanderröte) und oral mit Penicillin" (Sinnzusammenhang?) "behandelt wurde. Ihr Kind verstarb 23 Stunden nach der Geburt plötzlich und bei der Obduktion fanden sich ein Lungenversagen und eine Hirnschwellung, bei der sich im Gehirn der Erreger Borrelia burgdorff nachweisen ließ.“

(...,burgdorferi“ sollte es heissen – Leider wird der Erreger von Ihnen auch beim zweiten Mal nicht korrekt benannt)

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Eine übertragene Borreliose des Neugeborenen durch unzureichende Therapie der Mutter wurde angenommen (Weber, et al, *Pediatr Infect Dis J*, 7:286-289, 1988). Da Borrelienerreger denen der Syphilis ähnlich sind (beide aus der Gattung der Spirochäten) und letztere Krankheit eine spezifische Infektion mit charakteristischen Folgen hinterläßt, gab es zu nächst Ende der 80er Jahre großen Sorge um eine perinatal übertragene Borreliose. Jedoch konnten in prospektive Studien an einer großen Zahl von Patientinnen gezeigt werden, daß eine Borrelieninfektion der Schwangeren für das Kind harmlos ist und keine spezifische Krankheit verursacht (Silver HM, *Infect Clin North Am*, 11: 93-97, 1997, Elliott DJ et al., *Teratogen Update: Lyme disease, teratology* 64:276-281, 2001). Für eine neurologische Krankheit im Kindesalter als Folge eine perinatal erworbene Borreliose gibt es keine Beweise (Gerber MA, *Zalneraitis EL Pediatr Neurol*, 11:41-43, 1994).“

(Sie führen hier also selbst ein Beispiel an, wo offensichtlich, wenn auch – Ihrer Ansicht nach – „als anekdotische Rarität“, die Borreliose von der Mutter auf das ungeborene Kind übertragen wurde. Petra Heller war mit größter Wahrscheinlichkeit während der Schwangerschaft bereits infiziert, und auch von ihr für Aeneas zugezogene Ärzte halten die Übertragung der Borreliose auf Aeneas im Mutterleib für sehr wahrscheinlich. Aber, so Ihre Behauptung: “Für eine im Mutterleib übertragene Borrelieninfektion gibt es bei Aeneas keinen Anhalt“. Für Sie ist es also sehr zweifelhaft, daß eine solche „anekdotische Rarität“ sich je wiederholen könnte - ja es gibt für Sie die Möglichkeit offenbar gar nicht, obwohl Sie sie selbst anhand dieses Beispiels anführen. Wie könnten Sie sonst schreiben: "gibt es keinen Anhalt", was so viel heißt wie: Es gibt kein Indiz. Ist es also Ihre Methode, einfach zu leugnen, was Sie nicht wahr haben wollen?
FAZIT: ERFINDEN VON BEWEISEN)

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Bei Aeneas Heller gibt es keine klinischen Hinweise für eine perinatal erworbene Borreliose.“

(Sie suggerieren hier, daß es für eine perinatal erworbene Borreliose ein spezielles Beschwerdebild gebe, indem Sie von einem klinischen Hinweis sprechen, der nicht vorliegen soll; und aber also theoretisch – Ihrem medizinischen Weltbild nach – offenbar vorliegen könnte. Sie behaupten damit, es gebe ein Korrelat zwischen Beschwerdebild und der Art der Übertragung einer Borreliose. Das würde bedeuten, daß wenn eine Borreliose perinatal übertragen wird, dann das Beschwerdebild ein spezielles, eben dieser Übertragungsart gemäÙes sein müÙte. Dies ist jedoch, um einen Ihrer Ausdrücke zu gebrauchen (S. 11, Ende Abs. 4 des „Gutachtens“ vom 18.08.2004) „medizinisch schlichtweg falsch“. Die Symptomatik der Borreliose richtet sich, wie wir oben schon verschiedentlich durch Fachexperten belegt haben, in keiner Weise nach irgendwelchen Lehrmeinungen [um es salopp zu sagen] – und sicher auch nicht nach der Übertragungsart.

Soll der Leser des Gutachtens mit unbekanntem Fachbegriffen beeindruckt und getäuscht und in die Irre geführt werden?

Weiter ist zur von Ihnen verwendeten Begrifflichkeit „perinatal“ Folgendes zu sagen: Im klinischen Wörterbuch „Psyhyrembel“ ist der Begriff folgendermassen bestimmt: Infektion des Kindes während der Perinatalperiode. Die Perinatalperiode wird als Zeitraum zwischen dem Ende der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag nach der Geburt definiert. Die Perinatalinfektion ist eine Infektion aus dem Genitaltrakt der Mutter vor oder während der Geburt, auch durch nachlässige Hygiene, bei besonders anfälligen Kindern wie Frühgeborenen verursacht; also von „aussen“ an den Organismus des Kindes herangetragen und nicht wie bei der „intrauterinen“ [innerhalb der Gebärmutter], „kongenitalen“ [ererbten] oder „diaplazentalen“ [Auf dem Weg über die Plazenta] Übertragung im Organismus des Kindes schon längere Zeit [möglicherweise über mehrere Monate] während der Schwangerschaft wirkend. Von einer solchen speziellen, perinatal erworbenen Infektion hat keiner der Aeneas und seine Mutter betreuenden Ärzte je gesprochen. Sie vermuteten eine Übertragung der Borreliose von der Mutter auf das Kind WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT – Eine Infektion im Mutterleib über die Plazenta. Sie versuchen, eine spezielle Form der Infektübertragung zu widerlegen, die keiner Ihrer

Fachkollegen vorher behauptet hat. Es gibt nun zwei Möglichkeiten: ENTWEDER, Sie haben aus Unkenntnis den falschen Begriff gewählt und meinten eigentlich „pränatal“ anstatt „perinatal“. Der Zusammenhang Ihrer Ausführungen deutet auf diese Variante hin, die Sie einmal mehr als fachlich unzulänglich entlarven müsste. – ODER Sie versuchen der eigentlichen Argumentation Ihrer Fachkollegen auszuweichen, indem Sie diese überhaupt nicht aufführen und statt dessen durch die Behandlung eines unwahrscheinlichen Spezialproblemes abzulenken versuchen [perinatale Übertragung des Infekts], welches auf das Kind überhaupt nicht zutrifft.

Ein Spezialproblem wird behandelt, von dem bezüglich Aeneas niemand je gesprochen hatte. Das Wesentliche jedoch wird ganz weggelassen. So die 3 Zeckenbisse von Aeneas. So die stark erhöhte Leukozytenzahl bei Aeneas' Geburt, die ein klarer Hinweis auf einen Infekt war.

Die Sicherheit, mit der Sie, sehr geehrter Prof. Rascher argumentieren, ist sehr erstaunlich, wenn man die Widersprüche, in die Sie sich hierbei verstricken, ins Auge fasst. Könnte es sein, daß Sie davon ausgehen, dass Ihr Gutachten sowieso niemals einer objektiven Überprüfung unterzogen werden wird? Fühlen Sie sich so sicher, daß Sie glauben, niemand werde Ihre fachlichen Spagate bemerken? Gehen Sie davon aus, daß sowieso kein unabhängiger Mediziner Ihre Aussagen wissenschaftlich fundiert prüfen wird? Meinen Sie, daß dem medizinisch ungebildeten Leser auch die rein logischen Widersprüche in Ihrem Gutachten nicht auffallen werden?

FAZIT: UNRICHTIGE PATIENTENUNTERLAGEN

ZITAT PROF. DR. RASCHER: „Die Diagnose wird konstant von der Mutter und den Angehörigen der Familie behauptet.“

(Hier zeigt sich das Gutachten ein weiteres Mal in sich selbst widersprüchlich, denn oben wurden von Ihnen 6 Ärzte zitiert, die allesamt die Borreliose von Aeneas vor Gericht bestätigten. Hier nun hingegen behaupten Sie aus heiterem Himmel [es war wohl eher ein verdunkelte], die Diagnose würde „konstant von der Mutter und den Angehörigen der Familie behauptet“ Die Borreliose-Diagnose stammte also nachweislich von Ärzten und die meisten dieser Ärzte empfehlen sogar ausdrücklich, die antibiotische Therapie weiterzuführen:

- die Hausärztin von Aeneas S. 3, Abs. 2 d. Gutacht. (S. 5, Abs. 2, 5. Offener Brief): „...sie (die behandelnde Ärztin; Anm. d. Verf.) informiert mich telefonisch am 03.08.2004, dass bei Aeneas ein Immundefekt vorliege, ebenso eine chronische Borreliose...“
„Sie empfehle dringend die Fortführung der Antibiotika-Langzeittherapie...“
- der Rheumatologe von Aeneas S. 3, Abs. 5 d. Gutacht. (S. 6, Abs. 5, 5. Offener Brief): „Mit selbem Datum – 10.01.2004 – bescheinigt er eine Lyme-Borreliose...“, „Er führt aus, dass eine extrem lange antibiotische Therapie die Chance einer endgültigen Erregereradikation (analog der Tuberkulose-Therapie) birgt. Er empfiehlt, diese Therapie weiter fortzusetzen.“
- Der Augenarzt von Aeneas Seite 3, Abs. 6 d. Gutacht. (S. 6, Abs. 6, 5. Offener Brief): „legt eine Bescheinigung vom 06.10.2003 vor, aus der hervorgeht, dass Aeneas an einer chronischen Borreliose mit Augenbeteiligung leidet.“
- Der Chefarzt und Chirurg Dr. V. Seite 4, Absatz 2 d. Gutacht.(S. 7, Abs. 2, 5. Offener Brief): „In einem ärztlichen Attest vom 06.08.2004 führt er aus, dass wegen `nachgewiesener Borreliose eine Langzeitbehandlung mit einem Antibiotikum durchgeführt wird und dass mit der Langzeitbehandlung mit Antibiotikum seiner Ansicht nach keine körperlichen und psychischen Schäden drohen.“
- Eine Borreliose-Spezialistin aus der Schweiz, Mitglied von ILADS, Seite 4, Absatz 3 d. Gutacht. (S. 7, Abs. 3, 5. Offener Brief): „bescheinigt am 17.07.2004 ...dass die intravenöse Antibiotikatherapie mit Rocephin und Vancomycin alternierend unbedingt weiterzufahren ist.“
- Der Internist aus Bamberg Seite 4, Absatz 5 d. Gutacht. (S. 7, Abs. 5, 5. Offener Brief): „...bescheinigt am 05.08.2004, dass klinisch und serologisch gesichert eine Borreliose im Folgestadium vorliegt und aus medizinischen Gründen die Fortführung der laufenden Therapie zwingend notwendig ist.“

Zwei Ärzte vor Ort, die den Krankheitsverlauf von Aeneas langfristig verfolgt haben, sich auf genaueste Beobachtungen seiner Beschwerden und auf eindeutige Werte aus Referenzlabors stützen und vier Fachärzte, die Aeneas zusätzlich betreut haben, bescheinigen der Mutter also, dass das Kind an Borreliose leidet und mit einer Langzeit-Antibiose behandelt werden muss. Es widerspricht allen Gesetzen der Wahrscheinlichkeit, daß eine Mutter sechs Ärzten Krankheitssymptome ihres Sohnes vortäuschen kann und dann diese Ärzte in ihrer Diagnosestellung alle zu demselben Ergebnis kommen. Hinzu kommt, dass zwei der Ärzte, darunter eine international anerkannte Spezialistin, mittels umfassender Labordiagnostik die Infektion mit Borreliose mehrfach nachgewiesen haben. Die Familie von Aeneas wartet bis heute auf eine Erklärung von Dr. Strauch und Ihnen, Prof. Rascher, wie die Mutter diese Laborwerte gefälscht haben sollte.

Der Vorwurf des MSBP lässt sich damit bereits auf Seite 4 Ihres Gutachtens aufgrund Ihrer eigenen Ausführungen nicht halten.

FAZIT: BÖSWILLIGE ANSCHULDIGUNGEN

Als verantwortungsvoller Kinderarzt hätten Sie aufgrund dieser Tatsachen die zuständigen Behörden umgehend auffordern müssen, Aeneas wieder in die Familie zurückzubringen, da sich der von Medizinaldirektor Dr. Strauch angeführte Grund einer akuten Gefährdung des Kindes in der Familie in keinster Weise bewahrheiten ließ.

Stattdessen haben Sie, als ihnen offenbar selbst bewusst wurde, dass sich der Vorwurf des MSBP gegen die Mutter von Aeneas aufgrund der erwiesenen Tatsachen nicht halten liess, einfach eine neue Art des MSBP. Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme vom 13.09.2004, S.1 von einer „besondere[n] Form der Kindesmisshandlung“ und behaupten, dass „Wie in meinem Gutachten vom 18.08.2004 ausgeführt...es sich bei genauerer Betrachtung nicht um ein klassisches MSBP, sondern um eine besondere Form der Kindsmisshandlung“ handle, „da eine unnötige langjährige antibiotische Therapie und ein nicht notwendiger Gefäßkatheter die Würde des Kindes verletzt“. Also nicht die klassische Form, sondern eine spezielle Form des MSBP soll gelten - so muss man sich das wohl zurechtdenken. Am Ende Ihres Gutachtens erklären Sie, dass „auch bei“ Frau Heller „eine Fehlbehandlung oder eine Münchhausen-Problematik ernsthaft diskutiert werden muss“, ohne je die Krankengeschichte von Frau Heller in den Blick gefasst zu haben. Sie haben Frau Heller nie gesehen. Sie erfinden also einfach einen neuen Namen für das MSBP, nämlich „Besondere Form der Kindsmisshandlung“, indem Sie auch Frau Heller noch die Zurechnungsfähigkeit absprechen. Denn wenn man Frau Heller als nicht zurechnungsfähig erklären kann, dann kann man doch wenigstens noch die Kindesmisshandlung aufrecht erhalten..., so vielleicht Ihr Gedankengang, muss man folgern.

Höchst bedenklich hierbei ist, dass das Gericht dieser Ihrer Argumentation folgt und seinerseits die passenden Verdrehungen vornimmt, um zu vertuschen, dass die Diagnose für Aeneas' Borreliose von Ärzten und nicht von der Mutter stammt. So z.B. der Amtsrichter Dr. Lassmann in seiner Entmündigungsverfügung vom 10.11.2005 gegen Petra Heller mit Falschzitate[n] [siehe 4. Offener Brief vom 21. Januar 2006, Seite 4].)

Um das Bild Ihrer gutachterlichen Tätigkeit, Sehr geehrter Herr Prof. Rascher, einstweilen abzurunden, müssen die sehr wesentlichen Entwicklungen in England bezüglich des Münchhausen-by-proxy-Syndroms (MSBP) miteinbezogen werden:

Der Erfinder des Krankheitsbildes „MSBP“, Sir Roy Meadow, wurde aufgrund irreführender Zeugenaussagen vor Gericht vom General Medical Council (GMC), Grossbritannien, im Sommer 2005 seiner Approbation enthoben.

Wegen seiner ehemals hohen Stellung als Professor und als bedeutender Kinderarzt wurden seine Aussagen lange nicht in Zweifel gezogen und unschuldige Mütter sogar zu langjährigen Haftstrafen verurteilt.

„Eine GMC- Disziplinarkammer entschied, er habe 'seine Position als Doktor missbraucht', indem er irreführende Zeugenaussagen in dem Verfahren gemacht hat.“ (aus der Übersetzung des Artikels „Q & A: Sir Roy Meadows's Disziplinarverfahren“ vom 15.7.2005 aus dem Society Guardian von Volker Laubert, Aktion Rechte für Kinder e.V.)

Es wird in dem Artikel Bezug auf das Verfahren gegen die Anwältin Sally Clark genommen, die aufgrund der irreführenden Zeugenaussagen von Sir Roy Meadow unschuldigerweise wegen Kindesmordes verurteilt wurde. Im selben Artikel wird erwähnt, dass der Pathologe des Innenministeriums, Alan Williams, mikrobiologische Untersuchungen im Rahmen des Berufungsverfahrens der zu Unrecht des Kindesmordes verurteilten Anwältin Sally Clark nicht weitergegeben hatte. Diese Untersuchungen besagten, dass ihr Sohn eines natürlichen Todes hätte gestorben sein können.

„Das nach seinem 'Entdecker' auch 'Meadow-Syndrom' genannte Krankheitsbild wird in England nicht mehr als ausreichender Grund für einen behördlichen, medizinischen oder juristischen Eingriff in das Sorgerecht anerkannt.

Damit ist dort die Gefahr verringert worden, dass Kinder unter fadenscheinigen Gründen aus ihrer Familie gerissen, dass Mütter zu Unrecht beschuldigt und dass komplette und intakte Familien zerstört und durch Fremdpflege ersetzt werden können.“ (aus: „Absturz des MSBP-Erfinders Sir Roy Meadow in England“ von Volker Laubert, Aktion Rechte für Kinder e. V.)
„In Grossbritannien stehen die Theorien von Meadow unter anhaltendem Beschuss aus Regierungs-, juristischen, medizinischen und gesellschaftlichen Kreisen, und die Rechtmässigkeit von MSBP als Ganzes wird stark in Frage gestellt. Im Unterhaus ordnete die Kinderministerin Margaret Hodge am 17. Juni 2004 die Überprüfung von 30'000 Sorgerechtsanordnungen an.“ (Zitat aus: beglaubigte Übersetzung des Artikels „Justice out of balance“ von Michael Nott, ehemaliger Radio- und Fernsehjournalist und Medien/ Kommunikationsbeauftragter für australische Bundes und Landesregierungen und Behörden, einschliesslich der Polizei von New South Wales, Nexus Magazine, Jahrgang 11, Ausgabe 6; „Gerechtigkeit aus dem Lot geraten“)

Bezieht man diese Hintergründe der Problematik mit ein, drängen sich die Ähnlichkeiten zu Ihrer gutachterlichen Tätigkeit, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Rascher, mit Vehemenz auf.

Des Weiteren muß bedacht werden, daß laut neuester offizieller Forschungsergebnisse von Medizinsoziologen Eltern von Kindern, die an bestimmten Krankheitsbildern leiden, besonders gefährdet sind, des MSBP angeklagt zu werden. Diese Krankheitsbilder, die

in der Regel schwer zu diagnostizieren sind, oder über die ein medizinischer Fachstreit tobt, sind unter anderen: Allergien, Impfschäden, autistische Störungen, Borreliose. Bei der Borreliose ist der Ärztestreit offensichtlich im Moment sehr aktuell. Die Patienten werden nicht ernst genommen, sondern psychiatrisiert (Petra Heller, deren eigene Geschichte als Beweis für die Wirksamkeit der Langzeitantibiose gelten könnte, da sie dank dieser Behandlung aus dem Rollstuhl kam, soll an einem Wahn leiden, borreliosekrank zu sein) oder Eltern von borreliosekranken Kindern werden kriminalisiert (Petra Heller soll ihr Kind, welches nachgewiesenermaßen ebenfalls an Borreliose litt, durch die Langzeitantibiose mißhandelt haben). Ärzte, die sich mit großem Berufsethos und mit Herzblut für ihre Patienten einsetzen, werden desavouiert (ihre fundierten wissenschaftlichen Ansichten werden in den Topf „Laienpresse“ geworfen). Sie riskieren bei konsequentem Vertreten ihrer Behandlungsansätze schwere Sanktionen bis hin zum völligen Entzug der Praxiserlaubnis.

Wir werden dafür sorgen, dass die Ärzte mit Berufsethos und menschlichem Engagement vor solchen Wucherungen innerhalb ihres Berufsverbandes geschützt werden.

FORTSETZUNG FOLGT

INFORMIEREN SIE SICH :

www.petra-heller.de
und neu
www.petra-heller.info

Wir fordern:

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. med. Dr. h. c. Rascher!
Erklären Sie unverzüglich ihr Gutachten/ ihre Stellungnahme vom 18.08.2004/13.09.2004 für nichtig!

Sehr geehrter Herr Dr. Lassmann!
ziehen sie unverzüglich die Betreuungsverfügung gegen Petra Heller zurück!

Sehr geehrter Herr Herbst!
Geben Sie Frau Heller unverzüglich das Sorgerecht für Aeneas zurück!

Sehr geehrte Frau Höhn!
Stellen Sie unverzüglich den Antrag bei Gericht, das Sorgerecht für Aeneas an Frau Heller zurückzuübertragen!

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Dr. med. Dipl.-Psych. Günther!
Weisen Sie umgehend den Antrag des Gerichtes zur psychiatrischen Begutachtung von Frau Heller zurück!

Sehr geehrter Herr Dr. Strauch!
Erklären Sie unverzüglich ihr 'Gutachten' vom 2.8.2004 vor Gericht für nichtig!

Dieses Schreiben werden wir allen uns zugänglichen Medien zukommen lassen.
Kopien ergehen an: Frau Dr. Angela Merkel, Bundeskanzlerin, Bundeskanzleramt, Willy-Brandtstr. 1 10557 Berlin; Herrn Horst Köhler, Bundespräsident, Bundeskanzleramt, Willy-Brandtstr. 1, 10557 Berlin; Bundestagspräsident Norbert Lammert, Bundestagsgebäude, Platz der Republik, 11011 Berlin

Wir autorisieren die Mutter von Aeneas, Petra Heller, dieses Schreiben in der Öffentlichkeit und vor Gericht weiterzuverwenden.

Die nächste Demonstration für Aeneas findet am **4. März 2006** in Bamberg mit zahlreichen Solidaritätsbekundungen in anderen Städten statt.

Name	Vorname	Anschrift	Datum	Unterschrift