

Verwaltungsgericht  
Kirchstr. 7  
10557 Berlin

28.02.2018

Klage und Antrag auf Erlass einstweiliger Verfügung/Anordnung.

Kläger und Antragsteller:

Dr. Andrej Poleev, Anschrift wie oben;

Beklagten:

1. Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V. (DDG), Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin, vertreten durch Präsidentin Prof. Dr. med. Dr. h.c. Leena Bruckner-Tuderman und Generalsekretär Prof. Dr. med. Tilo Biedermann.
2. Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie e.V., Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin.
3. Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) e.V., Birkenstr. 67, 10559 Berlin, vertreten durch den Präsidenten Prof. Dr. Rolf Kreienberg.
4. Arbeitsgruppe Evidenzbasierte Medizin in der Dermatologie an der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, vertreten durch Univ.-Prof. Dr. med. Ulrike Blume-Peytavi.
5. Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, vertreten durch Dr. Frank Ulrich Montgomery.
6. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, vertreten durch Dr. Andreas Gassen.
7. Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin, vertreten durch Vorstandsvorsitzende Dr. med. Margret Stennes.
8. Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, vertreten durch Dr. med. Günther Jonitz.
9. Stadt und Land Berlin.
10. BRD, vertreten durch den Bundestag und die Bundesregierung (Art 34 GG, § 839 BGB).

Ich erhebe Klage und beantrage:

Ich fordere von den Beklagten die Auszahlung von 1 Milliarde Euro, und falls die Beklagten sich weigern, diese Summe zu meiner Verfügung zu stellen, sie zwangsweise einzuziehen.

Begründung.

Mit Verweis auf meine Schreiben vom 5.08.2015 an Dr. Frank Ulrich Montgomery, vom 3.07.2015 an Techniker Krankenkasse, vom 5.12.2016 an Alexander Badle und Bundeskriminalamt, vom 15.06.2015 und 3.06.2015 an Professor Dr. med. Dr. h. c. Torsten Zuberbier, vom 10.08.2015 an PD Dr. med. Joachim Fluhr und nachrichtlich an Professor Dr. med. Dr. h. c. Torsten Zuberbier, vom 16.12.2015 mit damit eingereichten Unterlagen an das Landeskriminalamt Berlin und an das Landgericht Berlin, vom 18.11.2017 und 1.02.2018 an Univ.-Prof. Dr. med. Ulrike Blume-Peytavi, und beziehend auf die Schreiben von Techniker Krankenkasse vom 3.07.2015, des Landgerichts Berlin vom 22.12.2015, stelle ich fest gemeinschaftliches Begehen der Straftaten, die in meinen Schreiben und Anträgen genannt sind, sowie der Unwille bzw. die Unfähigkeit der Beklagten, ihre Schuld einzugestehen bzw. einzusehen und etwas an ihrem Verhalten zu ändern.

Die Selbstsicherheit und Unbeweglichkeit der Beklagten, das Verhalten, das schon symptomatisch an den Stupor grenzt, gründet sich in irrtümlicher Vorstellung über eigene Unfehlbarkeit und in geübter Ignoranz, in dem Nichtanerkennen offensichtlicher Tatsachen und wissenschaftlicher Erkenntnisse, und erklärt sich durch psychische Abwehr der Affekte, die, im Falle der Anerkennung abgewehrter Tatsachen und Erkenntnisse, die Beklagten in psychische Notlage und in Erklärungsnot bringen. Die Abkehr von der Realität kompensieren sie mit der Erschaffung ihrer korporativen Strukturen, Körperschaften und Berufsgenossenschaften, in denen sie sich sicher fühlen, und welche entsprechende Lobbyarbeit betreiben, um gemeinschaftlich jegliche Kritik abzuwehren und für sich reale oder vermeintliche Vorteile zu sichern.

Seit bereits 10 Jahren versuche ich ergebnislos zu beweisen, daß die Entfernung der Hautläsionen, die überwiegend unter Sonnenlichteinwirkung entstanden sind (Yeatman et al., 1997; Gaffney et al., 2014), medizinisch notwendig ist. Mit der Frage medizinischer Notwendigkeit befasst sich der Autor des Artikels, der voriges Jahr veröffentlicht wurde (Del Rosso, 2017). In diesem Artikel wird darauf hingewiesen, daß die Entfernung von Keratosen aus finanziellen Gründen nicht stattfindet, womit die Ärzte voll zufrieden sind, im Gegensatz zu ihren Patienten. Die Keratosen, deren Entfernung angeblich medizinisch nicht notwendig ist, können dennoch entfernt werden, falls die Patienten die Entfernung selbst bezahlen. Der Widerspruch zwischen korporativen Aussagen über medizinische Notwendigkeit und Realisierbarkeit unter bestimmten Voraussetzungen wird in solchen Konstellationen offensichtlich. Darüber hinaus, beweisen wissenschaftliche Untersuchungen, daß angeblich harmlose Läsionen wie z.B. Keratosen, infolge echter und ernstzunehmender Schädigung und krebsartiger Entartung des Genoms der Hautzellen entstehen und eigentlich die Vorstufen metastasierender und anderer „bösartigen“ Tumoren darstellen, worüber in ausreichendem Ausmaß in wissenschaftlicher Literatur berichtet wird (Hafner et al., 2010; Rajabi et al., 2012; Halling, 2016; Kato et al., 2016; Heidenreich et al., 2017).

Wie schon im Schreiben vom 1.02.2018 an Univ.-Prof. Dr. med. Ulrike Blume-Peytavi erklärt wurde, handelt es sich bei den irreführenden Behauptungen der Ärzte um die Ergebnisse

psychischer Abwehr, d.h. Spaltung und Verdrängung unerwünschter Inhalte, im Einzelnen um Rationalisierungen und Affektisolierungen, von der die Ärzte betroffen sind, und die ihr Urteilsvermögen nachhaltig beeinträchtigt. Zusammenfassend und der Wirklichkeit entsprechend komme ich zur Schlußfolgerung, daß die Entfernung von Keratosen subjektiv und objektiv notwendig ist. Es bleibt nur die Frage der Durchführbarkeit, wofür die technischen Voraussetzungen in angemessenem Umfang mit entsprechenden Investitionen geschaffen werden müssen, was ich mit meiner Klage bezwecken will, und fordere die Bereitstellung von zuerst 1 Milliarde Euro, davon beanspruche ich 10 Millionen Euro für mich als sogenanntes Schmerzensgeld.

Sollten meine Forderungen innerhalb einer Woche unerfüllt bleiben, beauftrage ich die US-Amerikanischen Behörden, entsprechend dem Bundesrecht zu handeln.

Dr. Andrej Poleev

Anmerkungen und Anlagen.

Yeatman JM, Kilkenny M, Marks R. The prevalence of seborrheic keratoses in an Australian population: does exposure to sunlight play a part in their frequency? Br J Dermatol. 1997 Sep; 137(3):411-4.

There was an increase in prevalence of SKs from 12% of 15-25 year olds to 100% of those aged more than 50 years. ... There was a higher prevalence of SKs on the exposed areas than non-exposed areas when taking into account the surface area.

Gaffney DC, Muir JB, De'Ambrosio B. [Malignant change in seborrheic keratoses in a region with high solar ultraviolet levels](#). Australas J Dermatol. 2014 May;55(2):142-4.

Del Rosso JQ. [A Closer Look at Seborrheic Keratoses: Patient Perspectives, Clinical Relevance, Medical Necessity, and Implications for Management](#). J Clin Aesthet Dermatol. 2017 Mar;10(3): 16-25.

The author sought to discover why seborrheic keratoses that are not symptomatic or clinically suspicious are not considered therapeutically important to most clinicians. The author conducted an office-based, observational study examining how the diagnosis of asymptomatic seborrheic keratoses personally affects patients and what these patients think concerning treatment. Many patients reported being bothered by the diagnosis of seborrheic keratoses, even when told it's not cancerous, and indicated an interest in its treatment. Lack of insurance coverage for the treatment of non-symptomatic seborrheic keratoses may be the primary reason clinicians do not consider seborrheic keratoses therapeutically important, as clinicians often find the discussion of "self payment" with their patients to be awkward. Furthermore, patients may not understand the

implications that "lack of medical necessity" may have on their treatment options. The author describes a clinical approach that may better serve patients and clinicians through the compartmentalization of asymptomatic seborrheic keratoses treatment as a cosmetic procedure within the clinical practice model.

Another top reason for not having SK lesions treated was that the patient simply was not aware of treatment options ([Figure 5](#)).

Rajabi P, Adibi N, Nematollahi P, Heidarpour M, Eftekhari M, Siadat AH. [Bowenoid transformation in seborrheic keratosis: A retrospective analysis of 429 patients](#). J Res Med Sci. 2012 Mar;17(3): 217-21.

Generally, although the association between seborrheic keratosis and skin malignancy appears to be accidental, it must always be in mind. Therefore, histopathologic examination of all seborrheic keratosis should be considered, especially when seborrheic keratosis has atypical clinical manifestations.

Kato S, Lippman SM, Flaherty KT, Kurzrock R. [The Conundrum of Genetic "Drivers" in Benign Conditions](#). J Natl Cancer Inst. 2016 Apr 7;108(8).

The presence of these "drivers" at higher rates in benign or pre-malignant lesions and, in the case of benign melanocytic nevi, their frequent failure to regress with BRAF inhibitor therapy suggest that there is an endogenous inhibitor and/or one or more oncogenic cofactor alterations that are required for malignant evolution to occur.

Hafner C, Toll A, Fernández-Casado A, Earl J, Marqués M, Acquadro F, Méndez-Pertuz M, Urioste M, Malats N, Burns JE, Knowles MA, Cigudosa JC, Hartmann A, Vogt T, Landthaler M, Pujol RM, Real FX. [Multiple oncogenic mutations and clonal relationship in spatially distinct benign human epidermal tumors](#). Proc Natl Acad Sci U S A. 2010 Nov 30;107(48):20780-5.

Heidenreich B, Denisova E, Rachakonda S, Sanmartin O, Dereani T, Hosen I, Nagore E, Kumar R. [Genetic alterations in seborrheic keratoses](#). Oncotarget. 2017 May 30;8(22):36639-36649.

Frank Halling. Der Fall: Die seborrhoische Keratose, 24.05.2016.

<https://www.zm-online.de/news/zahnmedizin/der-fall-die-seborrhoische-keratose/seite/alle/>

Seborrhoische Keratosen können sowohl benigne Läsionen wie Fibrome, prä-maligne Veränderungen wie aktinische Keratosen oder auch maligne Tumoren wie das maligne Melanom oder das Basalzellkarzinom imitieren [Duque et al., 2003; Izikson et al., 2002; Hafner C, Vogt T, 2008; Rudolph P, 2009]. Von besonderer Bedeutung ist die Tatsache, dass sich hinter diesem gutartigen Tumor in einer Häufigkeit von etwa 0,7% ein malignes Melanom verbergen kann [Izikson et al., 2002].

Univ.-Prof. Dr. med. Ulrike Blume-Peytavi  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Charitéplatz 1  
10117 Berlin

1.02.2018

Verehrte Kommissarische Direktorin !

An dem Basalzellkarzinom, dem häufigsten unter den Hautkrebsarten, erkranken jedes Jahr in Deutschland schätzungsweise über 150.000 Menschen, die Basalzellpapillomen kommen bei allen Menschen über 50 Jahren vor. Um diese Anzahl an Patienten zu versorgen fehlen nicht nur die Kapazitäten, es fehlt vor allem der Wille. Im Folgenden werde ich mich mit der Erklärung der Gründe für diese Fehlleistung befassen, nicht zuletzt, weil mich das persönlich betrifft.

Wie ich Ihnen bereits berichtete, mußte ich 12 Jahre darauf warten, bis ein Basalzellkarzinom bei mir diagnostiziert und entfernt wurde. Am Anfang war dieser Tumor noch klein, 12 Jahre danach ist er gewachsen, so daß der Aufwand dessen Entfernung für die Operateure und die Auswirkung dieser Entfernung für mich wesentlich größer waren, als wenn diese Operation rechtzeitig und nach allen Regeln ärztlicher Kunst durchgeführt wäre.

An gleichem Tag wurde auch ein zweiter Tumor entfernt, der als seborrhische Keratose klassifiziert wurde. Seborrhische Keratosen alias Basalzellpapillomen kommen an meinem Körper mehrmals vor, für deren Entfernung offensichtlich weder Kapazitäten noch der Wille vorhanden sind. Diese medizinische Unterlassung wird rationalisiert, indem Basalzellpapillom für gutartigen Tumor erklärt wird, für dessen Entfernung keine medizinische Notwendigkeit besteht.

Zuerst möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf den Widerspruch richten, der zwischen Worten „gutartig“ und „Tumor“ besteht, was die Zusammenführung dieser Worte zu einem Oxymoron macht. Kein Tumor kann gutartig sein, und alle diese Tumoren, die an meinem Körper gewachsen sind, gehören nicht zu meinem Körper, und müssen entfernt werden, nicht nur, weil sie von mir mit alltäglicher Ekelgefühl, mit dem Entsetzen und Angst wahrgenommen werden, sondern weil sie ständig wachsen, störend sind, oder unangenehme Empfindungen verursachen, einige davon bereits im Laufe der letzten 10 Jahre.

Bei der Erklärung dieser Tumoren für gutartig entziehen sich die Ärzte der Verantwortung, die aufgrund ärztlicher Sorgfältigkeitspflicht und entsprechender Paragraphen im Strafgesetzbuch besteht. Darüber hinaus, weil sie durch solche Erklärung ihre Patienten nötigen, entsprechende Kosten privat zu bezahlen oder auf die Behandlung zu verzichten, handelt es sich um weitere Straftatbestände.

Aber auch im „Normalfall“ sind die Vorgänge weit von einem Soll-Zustand entfernt. Weil ich in diesen Fall persönlich involviert bin, und aufgrund meiner Tätigkeit als Supervisor, der in Ihrer Branche offensichtlich fehlt, möchte ich Ihnen sowie Ihren übrigen Kollegen darzulegen, was ich damit meine, d.h. die Ergebnisse meiner supervisorischen Tätigkeit mitteilen.

Um zwei oben erwähnte Tumoren in der Hautklinik der Charite entfernen zu lassen, mußte ich zuerst einen niedergelassenen Hautarzt aufsuchen, um eine Überweisung zu holen, was am 16.11.2017 geschah. Am nächsten Tag war ich in der Charite vorstellig, wobei vor, während und nach dieser Voruntersuchung die eigentliche Untersuchung und irgendwelche Dokumentierung bestehender Hautläsionen, wie z.B. mittels FotoFinder Bodystudio ATBM, nicht erfolgte. Nach Voruntersuchung mußte ich zu Techniker Krankenkasse gehen, um die Bewilligung für die Operation zu bekommen, und am 6. und 7. Dezember 2017 wurden operative Eingriffe vorgenommen.

Für die Durchführung der Operation wurde von der Klinik 3 Tage stationäres Aufenthalts angeordnet und ein Krankenbett reserviert, was in meinem Fall völlig überflüssig war, weil ich in Berlin wohne, und weil mein Zustand nach der Operation, die kaum 15 Minuten Nettozeit betrug, keinen stationären Aufenthalt bedürfte.

Die beobachteten Arbeitsabläufe innerhalb der Klinik hinterlassen einen befremdeten Eindruck, der mit kognitiver Dissonanz vergleichbar ist, die von dem oben erwähnten Oxymoron ausgeht. Dazu gehören z.B. das Begleitpersonal für Patienten, das Mitschleppen der Patientenakten, obwohl alle Daten in einem Tablet beim Operateur gespeichert und in übersichtbarer Form abrufbar sein müssen.

Die Rückständigkeit des Gebäudes und der Ausstattung, seltsame Auswahl der Bekleidung für operierte Patienten, deuten auf Mißverhältnisse hin, die zwischen Anspruch und Wirklichkeit bestehen.

Es ist offensichtlich, daß es bei bestehender Zeiteinteilung und organisatorischem Aufwand für die Entfernung zweier Tumoren unmöglich ist, die oben angegebene Anzahl der Patienten zu versorgen. Es handelt sich bei beschriebenem „Normalfall“ um reine Zeitverschwendung, die sich rationaler Begründung entzieht. Die Begründung fehlt, aber es gibt mehrere Erklärungen dafür.

Zuerst möchte ich auf medizinische Rituale hinweisen, die in beschriebenem Zusammenhang völlig überflüssig sind. Diese Rituale müssen aufhören, weil nicht die Patienten für die Ärzte da sind, sondern umgekehrt.

Zweitens, es ist mir unmöglich, mich selbst zu operieren, also muß jemand diese Aufgabe übernehmen, und sie mit Instrumenten und Geräten erfüllen, die nicht zu meiner Verfügung stehen.

Drittens, aus den Gründen, die Ihnen bekannt sein müssen, fehlen mir die Mittel für die Kostenübernahme, also müssen sie von der Krankenkasse übernommen werden, was erfordert, daß die Ärzte der Klinik bestätigen, daß es sich um eine notwendige medizinische Behandlung handelt. Alles andere wäre Widerhandlung gegen ärztliche Pflicht und rechtswidrige Entmündigung des Patienten.

Viertens, ich warte auf notwendige medizinische Hilfeleistung bereits seit über 10 Jahren, und will nicht länger darauf warten, daß und wann sie erfolgt. Von Charite können Überweisungen an niedergelassene Ärzte erfolgen, die bereit sind, ein Teil der Aufgaben zu übernehmen, sowie an den Leiter des Zentrums für Lasermedizin der [Evangelischen Elisabeth Klinik Dr. med. Carsten M. Philipp](#), der sicherlich auch sein Beitrag leisten kann.

Fünftens, die Behebung bestehender Mißstände erfordert die Neugestaltung medizinischer Hilfeleistung, die in bestehenden Gebäuden und mit bestehender Organisation nicht möglich ist. Am 5.08.2015 forderte ich von dem Bundesärztekammerpräsident die Bereitstellung von 1 Milliarde Euro, um zumindest damit anzufangen. Diese Mittel stehen nicht zur Verfügung, während sie woanders in großem Stil verschwendet werden. Andererseits werden die wirklich medizinisch nicht notwendigen Operationen massenhaft durchgeführt\*, während in notwendigen Fällen sie unterlassen werden, weil sie nicht genügend Profit einbringen. Damit soll endlich Schluß sein.

Ich habe seit 8.01.2018 die Überweisung an Charite von Dr. med. Andreas Gröger und möchte Sie bitten, meine Empfehlungen und Bedürfnisse wahrzunehmen, d.h. nicht noch bis zum 23. Februar warten.

Dr. Andrej Poleev

\* [OP-Atlas Deutschland](#)

<https://www1.wdr.de/verbraucher/gesundheit/op-atlas/index.html>

Dr. Frank Ulrich Montgomery  
Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

5.08.2015

Nachrichtlich: Kassenärztliche Bundesvereinigung, Ärztekammer Berlin, Prof. Torsten Zuberbier, [Prof. Dr. Axel Radlach Pries](#), [Univ. Prof. Dr. Karl Max Einhäupl](#), [Prof. Dr. Ulrich Frei](#), [Matthias Scheller](#)

Wegen Mißachtung meiner Entschädigungsforderung, Unterlassung medizinischer Hilfeleistung, und um die Folgen von Falschbehandlungen, Falschdiagnosen, Fäschung medizinischer Zeugnissen, Beleidigung, Mißhandlungen in anderen Fällen auszugleichen, fordere ich die Bundesärztekammer auf, eine Milliarde Euro zu stiften, die benötigt werden, um ein funktionierendes und seinen Namen entsprechendes Gesundheitssystem aufzubauen. Bitte um die Einrichtung der Stiftung, Einzahlung genannter Summe, und Übertragung der Leitungsfunktion an mich.

Dr. Andrej Poleev