

Vorfahrt für Gesundheit

Die Zeit ist reif für den Umbau des Krankheits- systems

Eine Denkschrift

Von Friedrich Lautemann

Hans Kaegelman gewidmet
dem Präsidenten der Internationalen Gesellschaft
für Interdisziplinäre Wissenschaften INTERDIS

„Aude sapere!“

Wage es, Dich Deines Verstandes zu bedienen!

Horatius, römischer Dichter

Wir brauchen mehr Gesundheit, nicht mehr Geld für Krank- heit

Die deutsche Politik wird um substantielle Änderungen ihres „Gesundheitssystems“ nicht herumkommen. Die notwendigen finanziellen Entlastungen müssen durch mehr Gesundheit der Bevölkerung erreicht werden. Die hoch gelobten finanziellen Auswirkungen der letzten „Gesundheitsreform“ wurden schön gerechnet. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im vergangenen Jahr deutlich überhöhte Überschüsse ausgewiesen und damit gegen die gesetzlichen Bilanzierungsregeln verstoßen. Einer Umfrage zufolge hat sich außerdem die wirtschaftliche Lage der gesetzlichen Krankenversicherung ein Jahr nach der Gesundheitsreform deutlich verschlechtert. Wie aus einem dem SPIEGEL vorliegenden Brief der Siemens-Betriebskrankenkasse an das Bundesgesundheitsministerium hervorgeht, haben die Kassen ihre Bilanzen 2004 um mindestens 500 Millionen Euro geschönt. Für 2004 wiesen die Krankenkassen offiziell einen Überschuss von rund vier Milliarden Euro aus. Nach Jahren hoher Defizite profitierten sie von den finanziellen Entlastungen aus der Gesundheitsreform, unter anderem von den höheren Zuzahlungen der Patienten.

Zur Bilanzverschönerung bedienten sich die Kassen eines Buchungstricks: So wurde die Behandlungskosten von Klinikpatienten, die Ende 2004 ins Krankenhaus gebracht und erst im neuen Jahr entlassen wurden, nicht anteilig abgerechnet, sondern komplett ins neue Jahr verschoben. Dies sei ein eklatanter Verstoß gegen die Bilanzierungsregeln, der zudem das laufende Geschäftsjahr belaste, heißt es in dem Schreiben. "Es besteht die Gefahr, dass finanzielle Spielräume vorgetäuscht werden, die in Wirklichkeit nicht bestehen".

Auch bei der ins Haus stehenden weiteren Gesundheitsreform wird es nur um die Finanzierung - also Absenkung - der Krankheitskosten gehen. Dabei muss die Gesundheitsreformdebatte daran ausgerichtet und gemessen werden, wie sich durch eine solche Reform die Gesundheit der Bevölkerung verbessern ließe.

Denn die ist denkbar schlecht - und könnte doch wesentlich besser sein. Doch dazu bedürfte es einiger Paradigmenwechsel in Medizin, Politik und Gesellschaft.

Niemand kann das gegenwärtige Krankenbehandlungssystem reformieren, der die Augen davor verschließt, dass die medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung seit vielen Jahren zu immer mehr chronisch kranken Menschen geführt hat. Die Kernfrage muss also lauten: Woran liegt das, und wie können wir es ändern. Natürlich ist dies eine Frage, die politisch gelöst werden muss: Die Politik muss die Richtlinien für die Erhaltung der Gesundheit und die Wiederherstellung der Gesundheit vorgeben. Diejenigen, die vom gegenwärtigen System der Erzeugung von Krankheiten und deren ebenso kostspieligen wie überwiegend erfolglosen Behandlungsmethoden profitieren, haben an substantiellen Änderungen des gegenwärtigen Krankenbehandlungssystems kein wirkliches Interesse. Von ihnen sind daher auch keine geeigneten Verbesserungsvorschläge zu erwarten.

Reformen des gegenwärtigen Krankenbehandlungssystems müssen also auf Änderungen zielen, die den Gesundheitszustand der Menschen in unserem Land verbessern. Eine solche Reform ist möglich, wenn sie politisch gewollt wird. Dazu muss allerdings „ein Ruck durch die deutsche Politik gehen“.

Die Enttabuisierung des Versagens der Schulmedizin ist dabei eines der größten Probleme, weil so viele vom Versagen sehr gut leben. Es gibt keine Ärzte und keine ärztlichen Fachrichtungen der Schulmedizin, die Homöopathie und Außenseitertherapien ausgenommen, die sich auf Prävention und Heilen wirklich verstehen. Nehmen Sie als Beispiel die septische Chirurgie, die in der Abtragung von diabetischen Füßen oder in der Amputation von Raucherbeinen besteht. Jährlich sterben in deutschen Krankenhäusern sage und schreibe 100.000 Patienten an Blutvergiftung infolge dauernden oder periodischen Eindringens von pathogenen Bakterien und deren Giften, mit denen der kranke Organismus nicht mehr fertig wird. Oder das Thema der Übersäuerung der meisten Menschen. Alle Nahrungsmittel liegen im sauren Bereich. Das Wasser ist der lebendige und basische Teil des Lebensmittels. Blut und Speichel eines gesunden Menschen sollten immer etwas über dem Wert 7, am besten zwischen 8,5 und 9 liegen, also deutlich im basischen Bereich sein. Die meisten Menschen trinken allerdings kein gutes Wasser mehr. Die Folge: sie sind hoffnungslos übersäuert. Im Milieu eines sauren Blutes gedeiht jede Krankheit. Gesundheitliche Volksaufklärung müsste dies den Menschen in aller Deutlichkeit klar machen. Leider geschieht dies nicht. Die Gesundheitspolitik versagt auch in diesem Punkt mit unvorstellbaren Konsequenzen für die Volksgesundheit und die Sozialkassen.

Dass es eine Methode gibt, Parasiten aus dem Blutkreislauf zuverlässig zu entfernen, entzieht sich der Kenntnis der Schulmedizin oder das entsprechende Wissen wird unterdrückt. Lieber krank und frühzeitig sterben lassen: also wegzugucken als etwas zu tun ist die unausgesprochene Devise. Oder die Verstümmelungschirurgie in der Krebsbehandlung, die sich seit nunmehr 63 Jahren im Wesentlichen nicht verändert hat. Zwar schützen sich heute die behandelnden Klinikkräfte vor den chemotherapeutischen Giften, die Patienten aber werden mit ihnen „behandelt“. Die „Heilkunst“ der Augenärzte ist zum Teil die Beseitigung diabetischer oder eingetretener Bluthochdruckschäden. Die Orthopäden ersetzen abgenutzte Gelenke durch künstliche, wenn sie mit dem Spritzen des künstlichen Hormons Cortison und ihren „Kniegelenkstoiletten“ am Ende sind. Die Kardiologen setzen Bypässe ein, die gleich wieder verkalken. So könnte man fortfahren und die Ohnmacht der Mediziner beschreiben. Ist sie gewollt?

„Reformiert“ werden müssen also nicht die immer größer werdenden finanziellen Löcher in den Krankensystemen durch finanzielle Manöver. Dass die Kosten im Gesundheitswesen seit Jahr und Tag explodieren wird bequemer- und fälschlicherweise der statistischen Überalterung der Bevölkerung zugeordnet oder - je nach politischer Interessenlage - diesem oder jenem Beteiligten: Fast anderthalb Jahre nach dem Start der Gesundheitsreform hat sich die Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen offenbar wieder verschlechtert. Einige große Kassen melden für das 1. Quartal 2005 wieder Verluste. Die Chefin des Verbands der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) Doris Pfeiffer prognostizierte einen Beitragssatzanstieg von 0,2 Prozentpunkten in diesem Jahr. Der Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums Klaus Vater nannte die Berechnungen ein "durchsichtiges Wahlkampfmanöver". Er forderte den VdAK auf, die Schätzung zurückzuziehen. Sie beruhe auf einer "äußerst zweifelhaften Datenbasis". Wesentliche Teile der Gesundheitsreform seien nicht berücksichtigt, so Vater. So sei etwa die Erhöhung des Bundeszuschusses an die Kassen von einer auf 2,5 Mrd. Euro in 2005 nicht einkalkuliert! Ebenso wenig seien Einspareffekte einberechnet, die etwa durch Direktverträge der Barmer Ersatzkasse mit preiswerten Arzneimittelanbietern entstünden. "Apotheker, Ärzte und Kassen haben das sehr wohl in der Hand, die Ausgaben zu steuern und Beitragssatzsenkungen durchzusetzen", meinte Vater.

Abgesehen von der gesetzlich vorgegebenen Beitragssenkung von 0,9 Prozent zum 1. Juli 2005 haben die großen Kassen keine Entlastungen für die Beitragszahler je ernsthaft erwartet. Das System ist auf Kostensteigerungen programmiert. Dies ergab eine Umfrage der "Frankfurter Allgemeine Zeitung" (FAZ, Ausgabe vom 21. Mai) bei den Kassen. Vielmehr mussten einige Versicherer in den ersten drei Monaten dieses Jahres wieder Verluste hinnehmen. Beitragssatzstabilität sei in dem schlechten wirtschaftlichen Umfeld schon ein Erfolg, sagte der Chef der AOK Baden-Württemberg, Rolf Hoberg, der FAZ.

Liegt die Kostenexplosion an der Bevölkerungsstruktur? Man könnte ja gesund alt werden - die Gesundheitspolitik müsste

nur dieses Ziel haben. Es gibt Wege dorthin. Jedenfalls existiert kein Naturgesetz mit der Gleichung: alt gleich krank. Es gibt Völker mit wenig aufwändiger medizinischer Versorgung als bei uns, die wahrlich alt werden - sich aber trotzdem guter Gesundheit erfreuen, ohne dass Milliarden für Schmerzbekämpfung und Prothesen ausgegeben werden würden. Wir brauchen intelligente Behandlungskonzepte auf aktuellem wissenschaftlichen Stand, die den Patienten mehr Gesund- und weniger Kranksein und den noch Gesunden durch gezielte Prävention den Erhalt ihrer Gesundheit möglichst lange bescheren können. Eine der Ursachen für den nachlässigen Umgang von viel zu vielen Menschen mit ihrer Gesundheit ist das gesellschaftlich eingespielte Delegieren von Krankheitsbehandlung auf die Ärzte und andere Heilberufe, was bei vielen Menschen die geistige Einstellung hervorgebracht hat, nicht sie selber trügen Verantwortung für ihre Gesundheit, sondern andere. Wer einen Arzt konsultiert, wird sodann als Kranker mit ärztlichen Leistungen versorgt, die von den Krankenkassen und Krankenversicherern auch abgerechnet werden. Das liegt im System. Das muss man sehen. Jede Abrechnung setzt eine Diagnose voraus und eine stimmige Therapie: Die Krankenkassen sollen ja die Kosten übernehmen. Also wird diagnostiziert und behandelt und Pillen verschrieben, welche einmal gestellte Diagnosen „sichern“ und auf Dauer krank machen.

Der schädliche Einfluss, den die übermächtig gewordene Pharmaindustrie auf den medizinischen Betrieb mittlerweile ausübt, besteht gleich in mehreren Sachverhalten. Einmal ist es die Flut von immer mehr Arzneimitteln, die von ihren Fließbändern rollen und aggressiv beworben werden wie Waschmittel oder Zigaretten. Kein Wunder, dass die Arzneimittelsicherheit weltweit erhebliche Schwachpunkte aufweist. Das belegen unter anderem die Marktrücknahmen von Präparaten wie Lipobay® und Vioxx®. Die Ursachen dafür und mögliche Lösungswege hat die International Society of Drug Bulletins, in der weltweit mehrere Dutzend unabhängiger Arzneimittelzeitschriften organisiert sind, am 21. Januar 2005 in Berlin in der so genannten „Berliner Deklaration zur Pharmakovigilanz“ vorgestellt.

In dem 32-seitigen Papier legen die Autoren unter der Federführung der vier deutschen Blätter „arznei-telegramm“, „Arzneimittelbrief“, „Pharma-Brief“ und des Bulletins der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft „Arzneiverordnung in der Praxis“ systematisch die fehlenden Lücken der Arzneimittelsicherheit offen und unterbreiten konkrete Vorschläge für Verbesserungen. Diese beginnen mit der klinischen Erprobung bis zur Überwachung der auf dem Markt befindlichen Arzneimittel. Dabei werden Methoden des Marketing der Hersteller genauso kritisiert wie die Leistungen der Überwachungsbehörden oder die Bereitschaft der verschreibenden Ärzte, sich an der Spontanmeldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu beteiligen.

Die Bundesregierung hat am 13. März eine radikale Veränderung der Arzneimittelzulassung und Arzneimittelkontrolle auf den Weg gebracht. Das Kabinett Schröder stimmte einem Gesetzesentwurf für den Aufbau einer „Deutschen Arzneimittel- und Me-

dizinprodukte-agentur" (DAMA) zu. Das bisher für diese Aufgaben zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird in die neue Behörde überführt. Ziel des Umbaus ist es nach den Worten von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), die Arzneimittelsicherheit zu stärken. Sieht man sich ihre Begründung an, dann geht es weniger um mehr Arzneimittelsicherheit für die Bevölkerung, sondern mehr um die Lösung anderer Probleme - der Regierung. Anträge der Pharmaindustrie auf Zulassung in der Zukunft sollen schneller bearbeitet werden, damit „innovative“ Medikamente Ärzten und Patienten eher zur Verfügung stünden, und, was verschwiegen wird, der Pharmaindustrie schneller zum Verkauf. Natürlich geht es auch um „Standortpolitik“, also um den angeblichen Erhalt vorhandener und die angebliche Schaffung neuer Arbeitsplätze. Die DAMA soll Deutschland bei Arzneimittelzulassungen einen „Spitzenplatz“ in Europa sichern.

In Deutschland wird die DAMA bei der Zulassung künftig auf so genannte Projekt-Teams setzen und in einer zweiten Säule für die Überwachung zuständig sein. Im Vorstand sind beide Bereiche organisatorisch voneinander getrennt. Der Zulassungsprozess soll ausschließlich von den Gebühren der industriellen Antragsteller finanziert werden. Es ist nicht so einfach, einen Geldgeber und Finanzier abzuweisen. So hat sich die Pharmaindustrie wieder einmal mit ihrem großen Geld, das sie mit der Krankheit von Menschen verdient, eine starke Stellung in ureigener Sache gesichert. An den Überwachungsverfahren hingegen wird sich der Bund beteiligen. Sollte er kein Geld dafür übrig haben, kann die Pharmaindustrie sicher mit Spenden helfen. Jedenfalls kann und muss bezweifelt werden, dass diese Beteiligung den Pharmaeinfluss bei den Zulassungen ausschaltet oder nur zurückdrängt.

Die Erfahrungen mit der amerikanischen FAD sprechen eindeutig dafür, und sie verbieten eigentlich jede rechtliche Konstruktion, die den Einfluss der Pharmaunternehmen auf die Zulassung ihrer eigenen Produkte nicht sicher verwehrt. Wes Brot ich ess, des Lied ich sing müsste eigentlich die Alarmglocken beim Gesetzgeber klingeln lassen. Um welche Dimensionen wirtschaftlicher Interessen es hier geht, wird klar, wenn man weiß, dass nach eigenen Angaben die im Jahr 1927 gegründete amerikanische Behörde für einen Markt mit einem jährlichen Umsatzvolumen von einer Billion Dollar zuständig ist. Sie beschäftigt sage und schreibe 9000 Mitarbeiter. Auch die FDA musste schon immer viel Kritik einstecken, weil sie wie die europäischen Behörden im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessengruppen steht: So drängen Pharmaindustrie und angeblich auch die Patienten auf eine schnelle Freigabe für Produkte, auf der anderen Seite fordern Verbraucherschützer mehr Gründlichkeit.

Geändert am übermächtigen und verderblichen Einfluss der Pharmaindustrie hat das alles nichts.

Die Weichen sind wieder einmal falsch gestellt, und der Zug fährt in die falsche Richtung. Durch Tempomachen bei den Zulassungsverfahren für neue Medikamente werden mit Sicherheit keine strengeren Kriterien angelegt und zwecks Risikoredu-

zierung besser kontrolliert als bisher. Vor allem aber findet die Fokussierung auf die Therapien mit Pillen und Spritzen statt, von denen am wenigsten Heilung zu erwarten ist: chemisch-pharmazeutische Präparate mit allen ihren Gefahren und Unwägbarkeiten zu Lasten der Kranken, wie die Vergangenheit hinlänglich bewiesen hat. Der Präsident der Bundesärztekammer Hoppe warnte auch schon vor einer „Gefährdung der Arzneimittelsicherheit“. In Wirklichkeit gibt es, was Hoppe gefährdet sieht, nämlich Arzneimittelsicherheit, überhaupt nicht: Arzneimittel einzunehmen sei, so Professor Bruno Müller-Oerlinghausen, im ZDF Heute Journal am 21. April 2005, gefährlicher als Fliegen und Autofahren. Seit Jahren setzt sich Müller-Oerlinghausen als Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft vergeblich für mehr Aufklärung und Forschung zu den Risiken von Medikamenten ein. Etwa 19.500 verschiedene Pharmapräparate mit rund 1.820 Wirkstoffen sind auf dem deutschen Markt zugelassen. 330.000 medizinische Produkte wetteifern um die Gunst der Kunden. Im statistischen Mittel verzehrt ein internistischer Patient zwölf verschiedene Mittel. An diesen Giftcocktails sterben jährlich eine unbekannte Anzahl von einigen Zigtausend Patienten. Eine noch größere Anzahl - rund 88.000 - werden jährlich in die Kliniken eingewiesen, um sie gegen die Folgen des ärztlich verordneten Medikamentenmissbrauchs zu behandeln - mit anderen Medikamenten. Dieser Trend einer inhumanen, gefährlichen und krankmachenden Medizin wird sich verstärken, wird das Gesetz nicht doch noch gestoppt.

Therapien ohne die Verwendung pharmazeutischer Medikamente sind selten geworden. In dem Wort Krankenbehandlung steckt das Wort Hand - und nicht Pille. Eines der Probleme besteht in der Überschwemmung der Patienten mit Pillen für Krankheiten, die es bis dato gar nicht gab, die also erfunden werden, um neue Betätigungsfelder zu inszenieren: normale biologische Veränderungen wie zum Beispiel infolge von Alterung, Schwangerschaft und Pubertät werden zu behandlungsbedürftigen Problemen stilisiert Wieso haben Frauen in Europa beispielsweise so einen Riesenbedarf an Hormonersatzmitteln, während Asiatinnen diese so gut wie nicht kennen? Willkürlich niedrig gesetzte Normwerte zum Beispiel bei Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin machen aus Gesunden Kranke. Die Pharmaindustrie definiert nicht erst seit heute de facto, was Schulmedizin in Deutschland ist und macht. Schon lange hat sie die deutsche Gesundheitspolitik entmündigt. Ihre unverhüllte Dominanz bei Forschung und Lehre erleben bereits die Studenten der Medizin. Andere Formen der Heilkunde als die Pharmakologie spielen wenn überhaupt nur noch am Rande eine Rolle. Naturheilverfahren werden ebenso diskriminiert wie erprobte Naturheilmittel. Die Ärzte werden bereits in ihrer Ausbildung systematisch auf das Therapieren vermittels chemisch-pharmazeutischen Medikamenteneinsatzes programmiert, indem sie erleben, wie diverse Preise und Auszeichnungen durch die verschiedensten Pharmafirmen verliehen werden - zum Beispiel für „innovative“ Medikamente (was auch immer das sein mag). Manch junger Mediziner fühlt sich auf solchen Weiterbildungsveranstaltungen wie auf Kaffeefahrten - nur dass der von ihm erwartete und abverlangte Beitrag in der Annahme von einem Stapel Papieren

und Prospekten besteht und im geduldigen Ertragen von wunder-vollen Pharmaprofilen. Schon früh erfahren die angehenden Me-diziner, wie manche Kliniken - wie z.B. die Charité - von der Pharmaindustrie gesponsert und unter ihren Einfluss gebracht werden.

Kein Wunder, dass sich an den Behandlungsmethoden über zwei Jahrzehnte bis heute nichts Wesentliches geändert hat. Sie zielen überwiegend mit Arzneimitteln auf die Beseitigung von Schmerzen und anderen Symptomen. Bereits 75 Mio. Menschen in Europa leiden über Jahre hinweg unter chronischen Schmerzen. Jeder fünfte Erwachsene wird über einen Zeitraum von 20 Jahren von chronischen Schmerzen heimgesucht. Der unkurierte Schmerz schränkt jedoch nicht nur die persönliche Lebensqualität der Betroffenen ein, sondern bringt auch der Wirtschaft ein saftiges Defizit. Denn jährlich gehen durch schmerzbedingte Arbeitsabsenz 500 Mio. Arbeitstage verloren, was einen wirtschaftlichen Verlust von 34 Mrd. Euro nach sich zieht. Diese Zahlen sind in einer aktuellen Studie des European Pain Networks <http://www.painineurope.com/> publiziert worden.

Während die Nebenwirkungen der auf Symptomunterdrückung zielenden Medikamente garantiert sind, ist die heilende Wirkung in den allermeisten Fällen unklar oder bleibt aus. Die Volkskrankheiten, wie zum Beispiel Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz- und Gefäßkrankheiten, Krebs und Lungenerkrankungen boomen und bescheren dem medizinischen Betrieb eine glänzende Auftragslage. Kein Wunder, dass immer mehr Pillen von den Bändern der Pharmaindustrie rollen.

Dabei existieren durchaus Behandlungsmethoden mit kausaler Heilwirkung. Sie werden jedoch unterdrückt. Milliarden werden in sinnloser Weise für Symptombekämpfung und diagnostischen Aufwand verplempert, dem dann keine Maßnahmen folgen, die heilen. Heilung setzt Kenntnis der wahren Ursachen von Krankheiten voraus - bei Arzt und Patient. Wo man sie kennt, werden sie konsequent totgeschwiegen, um sich das Geschäft mit der Krankheit nicht verderben zu lassen.

Was ist heute nach der Gesundheitsreform von Rot/Grün? Nach Auffassung des Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, erleidet die jüngste Gesundheitsreform im Augenblick das Schicksal ihrer Vorgänger: „Nach anfänglichen Sparerfolgen mussten die politisch Verantwortlichen erkennen, dass eine gute, am aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierte Versorgung der Patienten auf Dauer nicht mit gleich bleibenden oder sogar geringeren finanziellen Mitteln zu bewerkstelligen ist“, erklärte Hoppe gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt (Ausgabe vom 22. April 2005).

Hoppe geht davon aus, dass das Gesetz nicht den Wettbewerb um Qualität fördert, sondern den Wettbewerb um Profit - wie, sagt er nicht. Wie nicht anders zu erwarten beurteilt er die Versorgung der Patienten als gut und am aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse orientiert. Allerdings sei die gute medizinische Versorgung der Patienten auf Dauer nicht mit gleich bleibenden oder sogar geringeren finanziellen Mitteln

zu bewerkstelligen. Richtig ist nur seine Annahme, dass das Gesetz nicht den Wettbewerb im deutschen Gesundheitswesen um Qualität fördert. Die medizinische Versorgung der Patienten ist weder gut noch am aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse orientiert. Eine viel bessere Versorgung der deutschen Bevölkerung ist mit viel weniger finanziellem Einsatz möglich. Allerdings setzte dies voraus, dass sie sich wirklich am aktuellen Stand der wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnisse orientieren würde - und nicht am Streben nach immer mehr Profit.

Viele Facharzt-Einzelpraxen würden bald schließen müssen. Die Umstellung auf Fallpauschalen-Finanzierung werde das Aus für viele kleine Krankenhäuser bedeuten, so dass es in bestimmten Regionen zu Unterversorgung kommen könne. „Das ist eine statistische Rationierung“, kritisierte der BÄK-Präsident. Für ihn stehe jedoch außer Frage, dass Qualität und Menschlichkeit der Maßstab für die Behandlung des Patienten bleiben müsse. „Daran und nicht am statistischen Durchschnitt müssen wir uns orientieren“, erklärte Hoppe. Professor Hoppe hat recht. Er müsste nur so handeln wie er redet.

Ärzte warnen vor Bürokratisierung. Die Behandlung der Patienten wird durch zu viele Vorschriften behindert. Die Bürokratie zwingt sie, sich mehr darum zu kümmern, welche Gebührenordnungsziffern sie ungestraft einsetzen können, um auf ihre eigenen Kosten zu kommen, als darum, wie sie ihren Patienten helfen können, wieder gesund zu werden. Der mit Einführung der Praxisgebühr entstandene bürokratische Aufwand ist nur ein Teil dessen, was Ärzte vom Gesetzgeber auf die Schultern gelegt bekommen haben nach dem unrühmlichen Motto: Kein Wunder ist uns zu groß, wenn es die anderen bringen . . .

Besonders laut warnen die Ärzte vor der zurück gehenden Inanspruchnahme ihrer Dienstleistungen. Die Pharmaindustrie sieht gar das Ende der Pharmaforschung in Deutschland am Horizont. Soweit sie mit betroffen sind, beklagen die Ärzte die zunehmende Anzahl von Menschen, die wegen Armut nicht mehr gegen Krankheit versichert sind und sie aus pekuniären Gründen nicht mehr konsultieren. Sie beklagen den Mangel an Ärztenachwuchs und sehen eine gefährliche Unterversorgung von Teilen der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen und Medikamenten.

Dabei steigen die Arzneimittelkosten, als habe es keine Kosten dämpfenden Maßnahmen im Gesundheitswesen gegeben: Im 1. Quartal 2005 stiegen allein die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen für Arzneimittel auf 5,3 Mrd. Euro (10,365899 Mrd. DM), während aus dem Gesundheitsministerium verlautbart, die Gesundheitsreform „greife“, was sie auch tut: in die Taschen der Bürger, die immer kränker gemacht werden.

Die Apothekerverbände bezeichneten diese Entwicklung als nicht dramatisch. Die ABDA, das Bundesgesundheitsministerium und der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) hatten darauf hingewiesen, dass der Vergleichszeitraum - das 1. Quartal 2004 - wegen der Vorzieheffekte vom Jahresende 2003 kaum als Maßstab taue. Zudem habe eine Grippewelle im Februar und März

dieses Jahres für höhere Ausgaben gesorgt. Die Nebelwerfer sind am Werk, seit es das Geschäft mit der Krankheit gibt.

Für den Vorstandsvorsitzenden einer gesetzlichen Krankenkasse waren die neuen Zahlen allerdings ein "sozialpolitischer Skandal erster Ordnung". Die Hauptschuld trägt seiner Meinung nach die Pharmaindustrie. Während sie in der Öffentlichkeit über die Belastungen der Gesundheitsreform klage, fahre sie "exorbitante Gewinne" ein, so der Chef der KKH. Er forderte die Bundesregierung auf, auch in diesem Jahr einen zusätzlichen Herstellerabschlag von 10 Prozent festzuschreiben.

Er sprach sich ferner dafür aus, die Apothekenpreisverordnung aufzugeben, "um endlich zu einem echten Preiswettbewerb zu kommen". Außerdem sollte ein Direktbezug von Arzneimitteln ermöglicht werden, um Naturalrabatte auszuschalten. Der Vorstands-Chef: "Die Lasten der Gesundheitsreform 2004 dürfen nicht allein die Versicherten treffen. Die Politik muss auch die Pharmaindustrie und die Apotheken zu einem entsprechenden Beitrag zwingen." Es ist kein größeres Armutszeugnis für die deutsche Gesundheitspolitik denkbar, als dieses Urteil aus dem Mund des Chefs einer großen deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

Etwas beklagen die vom gegenwärtigen Finanzierungssystem von Krankheit Profitierenden allerdings nicht, und das hat Tradition: Dass trotz beeindruckender Fortschritte in Diagnostik und technisch unterstützter klinischer Behandlung in speziellen Krankheitsfällen die Bevölkerung immer kränker und behandlungsbedürftiger (gemacht) wird. Deutschland ist ein Volk von Kranken. Die Volkskrankheiten verschlingen große Teile des Bruttosozialprodukts. Diese enormen Summen dienen dazu, die Kranken möglichst lange krank am Leben zu erhalten. In der Grauzone der besonderen Unverantwortlichkeit werden relativ Gesunde zu chronisch Kranken gemacht.

In dieser Situation hinken finanziell ansetzende „Reformen“ der Kostenexplosion hinterher wie ein Igel dem Hasen.

Das Gesundheitswesen steckt in einer Dauerkrise. Um es in der Zukunft in den Dienst der Gesundheit und finanzierbar zu halten, bedarf es innovativer Ideen für alle seine Bereiche. Die üblich gewordene reaktive Kostendämpfungs- und Schuldzuweisungspolitik verstellt den Blick auf strukturinnovative Weiterentwicklungen. Das Gesundheitssystem muss in weiten Bereichen neu definiert werden.

Klarheit über Einzelfehlentwicklungen und ihre Ursachen und der Versuch ihrer Eindämmung oder Ausschaltung reichen nicht aus. Wie bloße finanzielle Einzelmaßnahmen wirken auch solche medizinischer, medizinorganisatorischer und gesundheitspolitischer Entscheidungen wie zum Beispiel die tendenzielle Zurückdrängung oder gar Ausschaltung von Naturheilmitteln und natürlichen Heilmethoden, nicht nur im Sinne von Reformen das Gesundheitswesen verbessernd, sondern kontraproduktiv und es unter dem Strich in seinen Möglichkeiten, den Patienten gesund zu machen, verschlechternd. Denn es muss fortan um mehr Gesundheit gehen, und nicht länger um mehr Krankenbehandlung.

Die Gretchenfragen, die gestellt und beantwortet werden müssen, lauten:

1. Warum wirkt sich der medizinisch-technische Fortschritt, der so lauthals gepriesen wird, nicht positiv auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung aus?

2. Was muss und kann getan werden, die Volkskrankheiten zurück zu drängen, um sie wo immer es geht zu vermeiden oder im eingetretenen Krankheitsfall im Sinne von Heilung zu überwinden?

Eine Bilanz des Schreckens

Die Vertreter der pharmazeutischen Industrie und die Ärzteführer sind voll des Eigenlobes über den medizinischen Fortschritt. Deshalb haben wir Professor Hoppe zitiert. Sicher gibt es ihn: den therapeutischen Fortschritt hier und da. Nicht zu vergessen die riesigen Erfolge bei der Eliminierung von Infektionskrankheiten im großen Stil, auch wenn die Bedrohung durch Parasiten anhält. Aber es gibt ihn nicht zur Lösung der Gesundheitsprobleme für Millionen von Menschen, die sich uns mit den Volkskrankheiten heute stellen. Das Statistische Bundesamt hat für das Jahr 2002 die Zahlen für die Krankenhauspatienten und -Patientinnen folgendermaßen veröffentlicht: Insgesamt wurden 17,4 Millionen Menschen in den Krankenhäusern behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer in den Kliniken betrug 9,3 Tage. Das entspricht einer Anzahl von 161,4 Millionen absoluter Berechnungs- und Belegungstage.

Die Anzahl der Sterbefälle betrug 399519, die der Kurzlieger (bis drei Tage) 5,1 Millionen. Insgesamt wurden fast 8,2 Millionen Operationen und Prozeduren im Zusammenhang mit der gestellten Hauptdiagnose durchgeführt.

Von den 17,4 Millionen Patientinnen und Patienten entfielen 2,8 Millionen auf an ihrem Herz-Kreislauf-System Erkrankte, gefolgt von zwei Millionen gut- und bösartiger Geschwulstneubildungen, gefolgt von 1,8 Millionen Krankenhausbehandlungen wegen diagnostizierter Krankheiten des Verdauungssystems.

Die häufigste Hauptdiagnose bei den Männern ist die chronische ischämische oder koronare Herzkrankheit infolge schlechter Durchblutung mit 298.000 Fällen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 6,7 Tagen. An zweiter Stelle schlagen die psychischen und alkoholbedingten Verhaltensstörungen mit 216.000 Fällen zu Buche mit einer Verweildauer von 10,6 Tagen. Die meisten Frauen - 299.000 - wurden 2002 normal entbunden. 183.000 Frauen wurden wegen Neubildungen der Brustdrüsen stationär behandelt.

Die Fachabteilungen mit der längsten Verweildauer waren im Berichtszeitraum 2002 die der Inneren Medizin (5,9 Mio) und der Chirurgie (3,9 Mio). Am kürzesten lagen die Augenpatienten mit

4,1 Tagen, am längsten die Kinder- und Jugendpsychiatrie-Patienten mit 48,4 Tagen.

370.000 mal wurde in der Inneren Medizin diagnostiziert: chronische ischämische oder koronare Herzkrankheit (KHK) mit einer Verweildauer von 5,7 Tagen, 260.000 mal die Diagnose Herzinsuffizienz (13,5 Tage).

In der Chirurgie wurden 181.000 Leistenbrüche versorgt (5,8 Tage) und 161.000 Patienten wegen Gallensteinen (7,9 Tage).

Diese Informationen können unter www.destatis.de/shop kostenlos als EXCEL- oder PDF-Datei heruntergeladen werden

Erster Schritt: schonungslose Analyse der Krankheitsursachen

Gefordert ist auf dem geschilderten Szenario massenhafter Erkrankungen eine systematische wissenschaftliche Untersuchung über die Krankheitsursachen und eine parallel verlaufende ungeschminkte Unterrichtung der Öffentlichkeit. Das heutige Szenario erinnert an das der untergehenden Titanic: Das Schiff geht unter, aber die Musik soll weiter spielen. Die Lage des gegenwärtigen Gesundheitssystems ist voller Sprengstoff für die sozialen Sicherungssysteme der Bundesrepublik Deutschland.

Eine schonungslos Analyse, das heißt, eine ohne Rücksicht auf die Konsequenzen, die bei dem notwendigen Umbau allen im Krankenbehandlungsbereich tätigen Gruppen Einbußen abverlangen, muss erarbeitet werden. Die handfesten Interessen von Arzneimittelindustrie, Krankenkassen und Krankenversicherungen, Kliniken, Rehabilitationszentren, niedergelassenen und klinischen Ärzten, Apotheken und so weiter müssen, wenn eine solche Analyse ein wirklichkeitsgetreues und unverfälschtes Ergebnis zeitigen soll, zunächst völlig aus dem Blickfeld bleiben. Es geht nicht anders.

Denn das deutsche Gesundheitswesen muss von Grund auf erneuert werden. Mit einer politischen Kraftanstrengung muss überwunden werden, was die Misere für die Menschen an Krankheit, Elend und frühzeitigen Tod brachte und bringt, und das marode System in die Kostenkatastrophe schlittern ließ. Es ist der Wetzstein schlechthin für die politische Reformfähigkeit in unserem Land. HARTZ IV ist ein Klacks dagegen.

Diese Aufgabe ist eine hochpolitische. Das Problem seiner Durchführung besteht darin, dass sie von den Politikern allein nicht gelöst werden kann. Sie braucht Berater. Diese Berater müssen kompetent und auf dem Weg zum Umbau des Krankensystems zum Gesundheitssystem ausschließlich dem Allgemeinwohl verpflichtet sein. Sie dürfen nicht den Interessen einzelner Marktteilnehmer des kommerziellen Krankheitsbetriebs dienen oder dienen wollen.

Diese Denkschrift wendet sich somit an die Gesellschafts-, Gesundheits- und Sozialpolitik der Bundesrepublik Deutschland.

Sie beruht auf eigener Initiative des Autors: einem Juristen, der aus eigener Betroffenheit als Patient zum Thema gekommen ist. Sie ist dem Präsidenten der Internationalen Gesellschaft für interdisziplinäre Wissenschaften - INTERDIS - gewidmet, dem Arzt, Autor und Philosophen Hans Kaegelmann (88), dessen Gedankengut zum Thema sich in vielen Punkten widerspiegelt.

Die vorliegende Denkschrift beansprucht keine Vollkommenheit und keine Vollständigkeit. Allerdings beansprucht sie für sich den erkennbaren großen und seltenen Vorteil, von niemandem in Auftrag gegeben und bezahlt worden zu sein.

Hauptübel Nummer eins: Das System lebt von der Krankheit

Einer der Hauptfehler liegt im verwendeten System der Finanzierung von Krankenkosten. Früher wurde in China ein dem deutschen System diametral entgegengesetztes verwendet: Die Ärzte erhielten umso mehr Bezahlung, je nachhaltiger sie ihre Patienten gesund machten, und umso weniger, je mehr diese krank blieben und starben. In unserer abendländisch geprägten Gesellschaft werden die Krankenbehandler bekanntlich für ihre Leistungen, die sie erbringen, bezahlt, vorausgesetzt, die Heilbehandlung ist „medizinisch notwendig“. Was medizinisch notwendige Heilbehandlung ist, hat sich im Lauf der Jahre und Jahrzehnte kaum verändert. Der unbestimmte Rechtsbegriff erwies sich als trojanisches Pferd für die beklagte Entwicklung, die unter dem Motto stand und steht: Medizinisch notwendig ist, was viel Geld bringt. Medizinisch unerwünscht oder nicht notwendig ist, was die Menschen ohne großen Kosten gesund hält oder gesund macht.

Gesunde und Tote stören in diesem System, da an ihnen keine Leistungen mehr erbracht werden können, so makaber es klingt. Dabei sehen wir von den zunehmenden Obduktionen an Leichen ab, mit denen Mediziner nachträglich herausfinden wollen, an was der Patient nach langer Behandlung eigentlich verstarb.

Unser „Gesundheitssystem“ bedarf möglichst vieler Kranker, um bei dem entstandenen gigantischen Kostenapparat nicht bankrott zu gehen. Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist die unausweichliche Folge dieses Systems, und sie kann grundsätzlich nicht beseitigt werden, solange dieses System nicht grundlegend geändert wird. Deshalb ist ein Umbau und keine weitere „Gesundheitsreform“ notwendig.

Die Ökonomie unseres Krankensystems ist gesundheitswidrig und Krankheit fördernd. Die Logik des Geldes und der leeren Kassen wird die Politik eines Tages zwingen, grundlegende Änderungen vorzunehmen, wenn sie sich nicht aufrafft, zu gestalten. Die Zeit drängt. Sie ist aber auch reif.

Die gegenwärtige Finanzierungsart von Krankheit ist Verschwendung im großen Stil

Das gegenwärtige Finanzierungssystem von Krankheit mit seinen gesetzlichen und betrieblichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsgesellschaften erzielt den gleichen gesundheitswidrigen Effekt. Der gegen Krankheit Versicherte zahlt seine Beiträge ohne Rücksicht auf seinen gesundheitlichen Zustand. Ist er gesund, geht er des Eingezahlten verlustig. Kann er keine Krankheit vorweisen, bekommt er auch keine Kur bewilligt. So werden die gegen Krankheit Versicherten systematisch dazu erzogen, krank zu werden, damit sie wenigstens etwas von dem Eingezahlten wieder zurückbekommen. Der Gesunde und um seine Gesundheit Bemühte ist rein finanziell betrachtet der Dumme. Er muss für diejenigen, die sich durch eigenes Verschulden sozusagen mutwillig selbst krank machen, zahlen. Individuell Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen wird durch das geltende Krankenkassensystem bestraft. Auch dadurch wird Krankheit tendenziell gefördert und Gesundheit entgegengewirkt, womit der Volkswirtschaft erheblicher Schaden zugefügt wird. Gedankenloser oder willkürlicher Missbrauch kehrt das grundsätzlich vernünftig angelegte und ausgerichtete Solidaritätsprinzip zur Bezahlbarkeit auch schicksalhaft hoher Krankheitskosten im Einzelfall in sein Gegenteil um: in die Beschleunigung der Kostenlawine durch individuell mögliche Ausnutzung des Systems.

Die Missbrauchsanfälligkeit resultiert aus dem Irrtum, Krankheit für unabänderbares Schicksal zu halten, das nach dem Zufallsprinzip jeden treffen könne. Tatsächlich sind jedoch nur in der Minderheit der Fälle Krankheit und Unfallfolge unabänderliches Schicksal, von dem Jeder betroffen werden kann. Gesundheit ist ein Erkenntnis- und Informationsproblem. Gesundheit ist machbar. Die systematische Vermittlung von Wissen darüber, wie man gesund bleiben und wieder gesund werden kann, unterbleibt in unserer Gesellschaft - von einzelnen Aktionen, zum Beispiel für Raucher und die aufgekommene Medienberichterstattung über die „richtige“ Ernährung für die Übergewichtigen einmal abgesehen. Dabei könnte eine Änderung in diesem zentralen Punkt, zum Beispiel durch die Einführung eines Unterrichtsfaches Gesundheit, die Weichen neu stellen.

Lohnfortzahlung im Krankheitsfall

Die soziale Errungenschaft der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und dessen Feststellung durch einen Arzt schafft weitere Missbrauchstatbestände. Um nicht unentwegt arbeiten zu müssen kann der Arbeitnehmer krankfeiern: so wird er darauf geprägt, Krankheiten vorweisen zu können, die ihm einen besonderen, krankheitsbedingten Urlaub von seiner Arbeit ermöglichen. Er hat auch so betrachtet keinen Anreiz, etwas für seine Gesundheit zu tun, da er dann die Möglichkeit verliert, legal krank zu feiern. Auch in diesem Fall wird durch das grundsätzlich positiv ausgerichtete Solidaritätsprinzip Schaden gestiftet. Auch dies Paradoxon resultiert aus falscher Weichenstellung: selbst verschuldete oder initiierte Krankheit wird belohnt, Gesundheit und verantwortliches Verhalten nicht. Geschädigt werden die um Gesundheit Bemühten sowie die mit den Kosten des

Arbeitsausfalls belasteten Unternehmen, vor allem die kleinen und mittelständischen.

Krankfeiern wird im System nicht nur durch selbstverschuldete Erkrankung, sondern auch durch Simulation ermöglicht. Ob jemand krankfeiern darf und Zahlungen ohne Arbeitsleistung erhält, entscheidet ein Arzt. Dabei ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass der Arzt in jedem Fall sachgerecht entscheiden könne. Dies ist aber generell nicht der Fall. Auffällige Krankheitssymptome lassen sich zwar leicht diagnostizieren, während nicht so auffällige, die gleichwohl schwerwiegend sein können, nicht so leicht oder gar nicht mit den in einer medizinischen Allgemeinpraxis oder klinischen Ambulanz verfügbaren Mitteln diagnostizierbar sind. So kann der Arzt feststellen, dass ein Patient krank ist, wenn dieser dafür typische Symptome aufweist, aber er kann nicht feststellen, dass er gesund ist. Ein gesund Scheinender kann schwerwiegend krank sein, ohne dass sich dies bereits klar erkennbar diagnostizieren ließe. Wenn ein Arzt einen solchen nur scheinbar Gesunden und nicht erkennbar Kranken nicht krankschreibt, und dieser eine schwerwiegende Krankheitsentwicklung erleidet, kann der Arzt zu Schadenersatz verurteilt werden. Da sich eine solche Möglichkeit nie ausschließen lässt, ist es für einen Arzt nicht opportun, sich solcher Risiken auszusetzen, zu denen der Vertrauensverlust seines Patienten gehören kann, wenn er ihm nicht gefällig ist. Er wird also im Zweifelsfall lieber krankschreiben als die Krankschreibung verweigern. So kann in diesem System ziemlich anstandslos die Volkswirtschaft durch Simulation in großem Umfang geschädigt werden. Dieser Missstand ist jedem Arzt, Arbeitnehmer und Arbeitgeber bekannt, und doch wird daran wie an einer heiligen Kuh nicht gerührt.

Korrektur des ärztlichen Behandlungssystems

Jeder Patient kann zu fast jedem Arzt gehen und seine Krankheit mehrfach behandeln lassen, so dass die Kosten unkontrolliert weiter ansteigen. Der gute alte Hausarzt wird so zum Lückenbüßer, der keinen Überblick hat, was mit seinem Patienten medizinisch so alles geschieht. Zudem ist das Abrechnungssystem für ärztliche Leistungen derart extrem pervertiert, dass der niedergelassene Arzt als erste Fortbildungsmaßnahme lernen muss, welche Abrechnungsziffern er einsetzen kann, um auf seine eigenen Kosten zu kommen, ohne in den Verdacht des Abrechnungsbetrugs zu geraten. Da eine Vielzahl von Ärzten so verfahren, um zu überleben, werden in diesem Punkt Kosten erzeugt, von denen der Patient keinen gesundheitlichen Nutzen hat. Sie addieren sich zu Milliardenbeträgen.

Dies alles ist nur durch eine grundsätzliche Umstellung des ärztlichen Behandlungssystems korrigierbar.

Eine sinnvolle effektive individuelle medizinische Behandlung ist nur in Dauersymbiose zwischen Patient und Grundbehandler möglich, den wir hier Hausarzt nennen. Jeder Arzt, der die Grundbehandlung von Patienten durchführt, behandelt den Pati-

enten auf Dauer, das heißt, solange es der Patient will. Er wird es so lange wollen, wie er mit seiner Gesundheit zufrieden ist. Der Hausarzt wird nach der Anzahl fortlaufend behandelter Patienten bezahlt, unabhängig davon, ob sie bei ihm erscheinen oder nicht. Nur so ist der Hausarzt uneingeschränkt motiviert, sich um die Gesundheit seiner Patienten zu sorgen, denn er braucht nicht mehr zu befürchten, dass er der Bezahlung verlustig geht, wenn der Patient gesund wird und nicht mehr erscheint. Vielmehr hat den Nutzen von Heilung und Gesundheit nicht nur der Patient, sondern auch sein Arzt. Je gesünder seine Patienten sind, umso weniger braucht sich der Arzt um sie zu kümmern. Er wird also bestrebt sein, seine Patienten so weit wie möglich gesund zu halten oder zu machen. Vorhandenes Heilwissen, das bisher unterdrückt wurde, um Gewinneinbußen bei Pharmaindustrie, Apothekern, Ärzten, Kliniken, Rehabilitationszentren und so weiter vorzubeugen, muss ans Tageslicht. Die höchst richterliche Rechtsprechung verlangt heute schon von den Ärzten, dass sie ihre Patienten über alternative Behandlungsmethoden informiert. Es ist ein eklatanter Behandlungsfehler eines jeden Arztes, wenn er Krankheitsursachen verschweigt, und es ist ein krimineller Behandlungsfehler, wenn er die Krankheitsursache mit der verschwiegenen Heilbehandlungsmethode zu beseitigen unterlässt.

Die sich daraus ergebenden Möglichkeiten sind immens. Der verschwiegene Durchbruch in der Medizin ist einer der großen Gesundheitsskandale unserer Zeit. Die vermeidbaren individuellen Krankheiten übertreffen die unvermeidbaren erheblich. Somit könnten die medizinischen Kosten in relativ kurzer Zeit stark reduziert werden, mutmaßlich auf erheblich unter die Hälfte der bisherigen Kosten. Dazu könnten viele bisher ungenügend genutzte Möglichkeiten der Diätetik = Gesundheitspflege, Präventivmedizin, Therapie und Volksaufklärung genutzt werden. Wir verweisen auf die in der Anlage beigeheftete dreiteilige Serie „Der verschwiegene Durchbruch in der Medizin“. Mit einer Atlas-Korrektur für jedermann könnten den seelischen und körperlichen Volkskrankheiten mit einem lächerlich geringen Kostenaufwand der Garaus gemacht werden. Diese verblüffend erfolgreiche Behandlung gehört ab sofort zum medizinischen Ausbildungsstandard erhoben, und zwar kraft politischen Willens. Das erfordert ein Umdenken zum genauen Hinsehen.

Ein geändertes Arztgrundfinanzierungssystem um den archimedischen Punkt des Hausarztes kann durch zusätzliche Regulierungen ausreichend gerecht gestaltet und stabilisiert werden: Wenn ein Grundbehandler ohne eigenes Verschulden, insbesondere durch seine Lage in einem Milieu mit überdurchschnittlich vielen Schwerkranken, durch diese arbeitsmäßig überdurchschnittlich belastet ist, wird dies durch entsprechend höhere Bezahlung ausgeglichen. Für Spezialbehandler und Diagnostiker, die sich nicht ebenso kontinuierlich um die Gesundheit ihrer Patienten bemühen können wie der Hausarzt, besteht nicht die Möglichkeit, die Bezahlung an die Gesundheitsentwicklung der Patienten zu binden. Für sie muss es bei der bisherigen Bezahlung nach Einzelleistungen bleiben. Diese Differenz in der Arztbezahlung ergibt sich logisch aus der

Differenz der vorgegebenen ärztlichen Aufgaben: im einen Falle Gesundheitswiederherstellung, im anderen Fall Einzeldienstleistungen, die erst durch die grundbehandelnde Ärztesparte mit zur Förderung der Gesundheitswiederherstellung verwendet werden können. Im Gegensatz zu vielen grundbehandelnden ärztlichen Leistungen sind spezialärztliche Leistungen meist klar umrissen, begrenzt und in ihrem Umfang mehr oder weniger festgelegt, so dass die Bezahlung nach bestimmten Leistungen angemessen ist. Wenn sich die Gesundheit der Bevölkerung durch das insgesamt veränderte System anhebt und weniger Spezialleistungen anfallen, wird dieser veränderte Leistungsbedarf für die Bezahlung des einzelnen Arztes dadurch ausgeglichen, dass weniger Spezialärzte ausgebildet werden. Ihre Dichte wird geringer. Kein spezialisierter Arzt wird unter Arbeitsmangel zu leiden haben. Sollte sich dennoch im Ablauf der Gesamtentwicklung ein gewisser Arbeitsmangel einstellen, kann durch ärztliche Weiterbildung für ein anderes oder zusätzliches Aufgabengebiet Abhilfe geschaffen werden.

Demokratisierung ärztlicher Hierarchien

Heute gelten die Chefprofessoren der Universitätskliniken und die Chefs der wissenschaftlichen Institute als dirigierende Potenzen der Medizin. Die medizinische Versorgung des Patienten in Klinik und Arztpraxis hat nach den Direktiven der hohen Wissenschaft zu erfolgen. Sie bestimmt auch, was medizinisch notwendige Heilbehandlung ist und was nicht. Eigene wissenschaftliche Arbeit wie zum Beispiel ambulante Studien über Krankheits- und Heilungsverläufe bei seinen Patienten kann sich ein Praktiker nur leisten, wenn er sich selbst in ungewöhnlicher Weise dazu motiviert. Vielleicht muss er auch finanziell privilegiert und von Haus aus wohlhabender als seine Kollegen sein, die das nicht können: nebenbei wissenschaftlich zum Erkenntnisfortschritt in der praktischen Medizin beizutragen. Die gesamte Palette der Krankheiten kommt aber nur in der medizinischen Praxis, und zwar der Allgemein- oder internistischen Praxis, vor. Universitätskliniker sehen nur einen kleinen Bruchteil davon, nämlich die schweren Fälle und Krankheiten, die klinischer Behandlung bedürfen. So stützt sich die Wissenschaft auf diese relativ kleine Krankenhausauswahl. Die Mehrzahl der behandelten Patienten mit ihren unterschiedlichsten Leiden fallen als Probanden wissenschaftlichen Forschens mehr oder weniger unter den Tisch. Die Folge ist, dass der medizinische Nachwuchs nur in den Lehrbuchfällen ausgebildet wird, die in den Universitätskliniken auftauchen. In der Praxis werden sie mit ganz anderen Fällen konfrontiert, für die sie nicht ausgebildet sind. In dieser Zwicklage bemühen sie sich krampfhaft, Lehrbuchdiagnosen auf ganz anders geartete Krankheitsfälle zu übertragen. Es wird herumexperimentiert. So eiert die Medizin tagein tagaus herum. Der Patient ist der Dumme, und der sensible junge und frustrierte Arzt verliert die Lust an seinem Beruf.

Folglich sollten die Hausärzte, also die Praktiker, welche das große Heer der Patienten betreuen, nicht nur die Stütze der alltäglichen Patientenversorgung sein, sondern auch der theo-

retisch-wissenschaftlichen Medizin. Vermehrt sollten wissenschaftlich fähige und interessierte Ärzte als Grundbehandler Allgemeinpraxen übernehmen. Es muss selbstverständlich werden, dass der Hausarzt, der wissenschaftlich arbeitet, dafür bezahlt wird. Genau so selbstverständlich muss er das Recht bekommen, seine Patienten in Belegbetten weiter zu behandeln, wenn der Patient dies will.

Dies wird möglicherweise nur für eine Minderheit der Grundbehandler in Frage kommen. Die Mehrheit der Hausärzte widmet sich ohne zusätzliche wissenschaftliche Arbeit voll der Grundbehandlung ihrer Patienten. Die wissenschaftlich tätigen Grundbehandler erhalten wissenschaftliche Möglichkeiten, die in Kliniken und Instituten nicht erreichbar sind, insbesondere:

1. Langzeitbeobachtung,
2. Einbeziehung des sozialen Milieus,
3. der konstitutionellen Besonderheiten.

Grundbehandler behandeln häufig vorkommende Krankheiten und Gesundheitsstörungen für den Patienten ganzheitlich: somato-, psycho-, sozial- und envirototherapeutisch (Envirotothologie: Umweltlehre) und präventiv. Was über diesen Rahmen hinausgeht überweisen sie einem jeweils zuständigen Spezialarzt in einer spezialärztlichen Praxis oder einer stationären Einrichtung. Für konzentrierte Therapien stehen zur Einweisung weiter Kur- und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.

Außer den bisher genannten Veränderungen des grundbehandelnden Hausarztes ergeben sich viele weitere fruchtbare Konsequenzen, wie beispielsweise:

1. Die wissenschaftliche Forschung steht endlich gesund auf zwei Beinen: dem zentralen Bein der Klinik und dem peripheren der Praxis. Beide können fruchtbar zusammenarbeiten und beide ebenso fruchtbar mit wissenschaftlichen Instituten.

2. Die diagnostischen Befunde gehören zum Patienten in die für ihn zuständige Praxis, nicht vorrangig zu der Institution, welche die Diagnose durchführte. Nur so können die diagnostischen Befunde optimal verwertet werden, indem sie eng am Patienten bleiben, und unnötige diagnostische Maßnahmen, wie kostenträchtige und zum Teil Gesundheit gefährdende Mehrfachuntersuchungen wie Röntgen entfallen.

3. Die Hauptausbildung der Studenten erfolgt dort, wo die meisten später auch arbeiten werden, in der medizinischen Praxis, durch wissenschaftlich und praktisch hoch gebildete Grundbehandler und Hauptausbilder. In Kliniken und Instituten erfährt der Student daneben umfangreich Zusatzausbildung. Ausdrücklich einzubeziehen sind alle Methoden, die zu wirksamer Gesundheitsvorsorge und Heilerfolgen führen. Die alte Weisheit: „Wer heilt hat recht“, muss uneingeschränkt gelten. Heilung ist immer kostengünstiger und immer medizinisch notwendiger als eine aufwändige lange Behandlung, die bei immensen Kosten doch nur zu Siechtum und Tod führt.

4. Der ausbildende Grundbehandler führt die Ausbildung von Studenten und Assistenten durch, und hat so stets eine Anzahl ausgebildeter Ärzte zur Verfügung, auf die er die anfallende Arbeit zweckmäßig verteilen kann. Das hat den großen Vorteil, dass für einen jeden Patienten ein bestimmter Arzt zuständig ist. Wünschenswert ist, dass sich nicht nur einzelnes Familienmitglied, sondern die gesamte Familie einem einzigen Hausarzt anvertraut, wenn dies nach den Lebensumständen möglich ist.

5. Wenn Assistenten entsprechend ausgebildet sind, können sie freiwerdende Praxen als selbständige Hausärzte übernehmen oder auch für dauernd in einer Praxis tätig bleiben, die von einem anderen Arzt verantwortlich geleitet wird. Ein solcher Arzt hat dann den Vorteil, dass er stets die Hilfestellung eines Mitverantwortlichen und dessen Schutz zur Verfügung hat. Ebenso kann sich ein Team gleich verantwortlicher Ärzte in einer Gemeinschaftspraxis bilden, je nachdem wie es die Qualifizierungen und individuellen Wünsche der Beteiligten es am zweckmäßigsten erscheinen lassen.

Alles, was Krankheit vermeiden und alles, was Heilung ermöglichen hilft, muss im zukünftigen deutschen Gesundheitssystem getan werden dürfen.

Die Stellung der Spezialärzte

Das Betätigungsfeld für auf Heilung durch speziell erworbenes Wissen und Fähigkeiten gepolte Ärzte ist groß.

1. Sie erbringen Einzelleistungen und begrenzte Individualbehandlungen auf Zuweisung durch die grundbehandelnden Ärzte: die Hausärzte. Nur ausnahmsweise, zum Beispiel dann, wenn sich Hausärzte aus sachfremden Erwägungen sperren sollten, zum Beispiel: der Patient ist für diese Behandlung zu alt, können Patienten direkt zum Spezialarzt gehen.

2. Eine Langzeitbehandlung für mit speziellen Krankheiten behaftete Patienten, für deren Behandlung der Spezialarzt besonders durch erworbenes Wissen und Erfahrung befähigt ist. Für solche Patienten wird der Spezialarzt Dauerbehandler, sofern es sich um eine chronische Krankheit handelt. Er gewinnt damit für die Spezialkrankheit eine dem Grundbehandler ähnliche Funktion. In solchen Fällen kann der Patient gegebenenfalls zwei Dauerbehandler haben. Diese Regelung der auf eine Spezialkrankheit gezielt eingestellten Dauerbehandlung hat den großen Vorteil, dass die so spezialisierten Spezialärzte Langzeitbeobachtungen gewinnen, die sie zu verbesserter wissenschaftlicher Erkenntnis zur besseren zukünftigen Behandlung der betreffenden Krankheit befähigen. Durch enge Zusammenarbeit des Spezialarztes mit dem überweisenden Hausarzt und diagnostischen und wissenschaftliche Instituten werden diese Erkenntnismöglichkeiten optimiert.

Da der Spezialarzt für solche Dauerbehandlungen eine ähnliche Funktion gewinnt wie der Grundbehandler, wird auch für diese

Behandlungsart eine Pauschalvergütung gemäß Anzahl der dauerbehandelten Patienten, somit die Bindung der Finanzierung an die Gesundheitsentwicklung des Patienten zweckmäßig sein. Für auf Zuweisung durchgeführte Einzelleistungen ist dagegen die Abrechnung nach Einzelleistungen zweckmäßig.

Für weitere Behandlungen, wie klinische Aufenthalte, Kuren, Rehabilitationen, lassen sich die entsprechenden zweckmäßigen Organisations- und Finanzierungsformen ableiten. Als ein Beispiel sei die Abrechnung in Kuren erwähnt. Auch in diesem Fall ist der Kurarzt nach der Anzahl der behandelten ihm zugewiesenen Patienten zu vergüten, nicht nach Einzelleistungen. Wenn nach Einzelleistungen vergütet wird, wird möglichst viel verordnet, der Kurende damit überfordert und der Kurerfolg geschmälert. Sollte dagegen ein Kurarzt unzweckmäßig zu wenig verordnen, wird er bald keine Zuweisung mehr erhalten.

Weitere Gesichtspunkte für einen Masterplan

All dergleichen grundsätzliche Umstellungen erfordern einen umfangreichen Aufwand und können ohne Masterplan nicht durchgezogen werden. Sie erfordern Zeit und Geduld und hohen politischen Gestaltungs- und Durchsetzungswillen. Im Grunde genommen müsste es Chefsache sein und im Kanzleramt gemanagt werden. Es gibt in Deutschland keine wichtigere Aufgabe, als das Krankheitssystem von Grund auf zu reformieren. Benötigt wird ein gesundheitspolitisches Gesamtkonzept auf dem Hintergrund eines den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechenden Menschenbildes, welches die Ausbildung der Ärzte verbessert, die Freiheit von medizinisch-therapeutischer Lehre wieder herstellt, die Forschung vom Einfluss der Pharmaindustrie weitgehend befreit, um effiziente Therapieformen zu entwickeln, die nicht auf den Einsatz immer neuer und immer gefährlicher werdender „Patent geschützter“ Pharmaprodukte zielen. Die universitäre Medizin darf nicht käuflich sein – und sie ist es doch: Asmus Finzen hat zum Thema Pharma-Sponsoring im Deutschen Ärzteblatt Jahrgang 99 Heft 12 vom 22. März 2002 unter der Überschrift „Wir dankbaren Ärzte“ die Gepflogenheiten der Industrie beschrieben, wie sie Nähe zu den Ärzten herstellt, um sie für ihre Interessen einzuspannen. Alle vorhandenen und neuen Medikamente müssen neu auf den Prüfstand ihrer Heilwirkung und Verträglichkeit für Menschen (und nicht für Tiere), wenn dazu Veranlassung besteht. Denn die meisten Medikamente werden in völlig unzulänglicher Weise an Menschen ausprobiert: viel zu kurz und meist an Männern, die gemeinhin einen anderen Stoffwechsel haben als Frauen und dazu noch an relativ jungen und gesunden. Es gibt im Regelfall keine männlichen Probanden als Patienten über 60, die meist mehrfach erkrankt sind, obschon gerade sie als multimorbide Patienten mit mehreren Medikamenten traktiert und in besonderer Weise gefährdet werden.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis muss von den Sprach- und Verständnisbarrieren befreit werden, welche durch schlechte Kommunikation und durch das Medizinbabylonisch entstehen, das auch den überdurchschnittlich gebildeten medizinischen Laien

in seiner Kommunikation mit dem Arzt behindert und benachteiligt. Der deutsche Patient hat, wie eine Studie ergab, allerdings mehr Vertrauen in einen Arzt, den er aufgrund der Fachsprache nicht versteht, als zu einem, der deutsch redet. Es ist klar, dass es sich dabei nicht um einen „mündigen Patienten“ handelt, sondern um einen, der sein Schicksal in fremde Hände und Interessen legt. Die Verwendung des Medizinbabylonisch ist ein Missstand, der die Verständigung zwischen Arzt und Patient erschwert wenn nicht verhindert. Übrigens erleichtert er auch die Vertuschung unangemessener Behandlungen. Der Patient versteht zum Beispiel seinen Entlassungsbericht nicht - verstünde er ihn, käme ihm wohl in Hunderttausenden von Fällen der Verdacht, dass etwas nicht stimmt. Eine patientenorientierte, „menschliche“ Medizin, wie es heute bei manchen Professoren wie Grönemeyer und Hoppe in Mode gekommen ist, sie zu fordern, ohne dass sie uns sagen, was sie darunter verstehen, kommt ohne reibungslose Kommunikation nicht aus. Kommunikation dient, was leicht übersehen wird, der Verständigung der miteinander Kommunizierenden. Die höchst undemokratische Verwendung dieser Geheimsprache mag dem einen oder anderen Arzt Selbstbestätigung und ein gewisses Überlegenheitsgefühl geben. Sie ist aber auch eine der Hauptursachen dafür, dass sich Ärzte darüber hinweg täuschen können, wie sehr sie auf ihren eingefahrenen Wegen der Schulmedizin therapeutisch versagen - trotz immensen technischen Fortschritts in der Diagnostik und der so genannten Mikrochirurgie.

Die Schulmedizin ist beim Verschreiben von Arzneimitteln heillos abhängig von den Informationen, die sie von den Arzneimittelherstellern geliefert bekommt, auch wenn es in Deutschland zumindest zwei unabhängige kritische Zeitungen, darunter den Arzneimittelbrief gibt - nur müsste der Arzt den lesen und behalten, was er gelesen hat. Die Realität ist anders. So ist der Arzt oft falsch oder unzulänglich informiert - oft mit schädlichen Folgen, für die niemand verantwortlich ist als der Patient selbst. Denn es werden bei neuen Medikamenten nur die positiven Ergebnisse erwähnt, Studien, die zu negativen Ergebnissen kamen, werden gar nicht erst veröffentlicht, das Studiendesign wird nicht richtig dargelegt, unsinnige Vergleiche oder Endpunkte gewählt: Das Geschäft mit der Krankheit von Menschen hat Vorrang vor der Sicherheit und der Gesundheit des Patienten.

Die Aufforderung, bei Risiken und Nebenwirkungen den Arzt oder Apotheker zu fragen, ist die Strategie, die Verantwortung für die reich an Nebenwirkungen und Risiken ausgestatteten Medikamente den Patienten aufzubürden: Er hätte die unverständlichen Informationen lesen oder seinen Arzt oder Apotheker ja fragen können, ob man ihm Gift gegeben hat, damit er gesund werde. Es ist naiv zu glauben, dass der Durchschnittspatient die ganz normalen Risiken und Nebenwirkungen sieht, er also fragt. Apotheker oder Arzt können den Patienten in vielen Fällen nicht so umfassend aufklären, wie es angesichts der erheblichen Gesundheitsrisiken notwendig wäre, die von den nicht ausreichend erprobten Medikamenten ausgehen. Niemand kann voraus sehen, welche schädlichen Folgen sich einstellen, wenn einem Patienten bis zu zwölf verschiedene Medikamente verabreicht werden. Die Menschen reagieren unterschiedlich -

auch auf Medikamente. Aber der Pharmaindustrie ist es im Verein mit der Schulmedizin mit diesem Slogan gelungen, die Verantwortung für Risiken und Nebenwirkungen ins unüberschaubare und anonyme Niemandsland von Millionen von Patienten abzuschieben. So ganz nebenbei ist ihr damit auch die sehr weit gehende Reduzierung von Medizin auf Pharmakologie gelungen. Wir haben keine Ahnung von den Gefahren, die unserer Gesundheit durch Medikamente drohen, die nicht ausgetestet sind. Der Herzpatient, der mangels einer erprobten Therapie eine „Beta-Blocker-Therapie“ à la Schulmedizin macht, erfährt nicht, dass der Elektrolythaushalt der Zellen zu beachten ist, er von Ohnmachtsanfällen bedroht ist, die Medikamente bei über 60jährigen nicht ausgetestet sind und auch keine Langzeitwirkungsstudien über diese Medikamente vorliegen. Schon gar nicht begreift er, dass die Medikamente, die ihm verschrieben wurden, als Nebenwirkungen die Krankheiten auslösen können, die sie doch angeblich therapieren sollen.

Eine Reform des gegenwärtigen Gesundheitswesens, in dem Krankheit erzeugt und das Elend des Krankseins verwaltet und viel zu wenig Gesundheitsprophylaxe betrieben und konsequent auf therapeutischen Fortschritt zwecks Heilung gezielt wird, muss zu deutlich größer werdender Wirksamkeit ärztlicher Leistungen und zu einer Humanisierung des Arzt-Patientenverhältnisses sowie auf eine deutliche Verbesserung therapeutischer Maßnahmen zielen.

Immer auftretende Schwierigkeiten in der tatsächlichen mühsamen und von den allfälligen Kassandrarrufen begleiteten Durchführung dürfen nicht davon abhalten, Kurs zu halten. Die Arbeit muss gemacht werden. Es geht um eine Reform nicht nur für dieses Jahrhundert.

Gesundheitskasse

So auch für das Problem der Krankenkassen, deren Hauptfehler genannt wurden. Die vorsorglich erfolgenden Einzahlungen für später anfallende medizinische Leistungen müssen so erfolgen, dass mit ihnen ein Anreiz zur eigenen Gesundheitsbemühung entsteht, und nicht wie bisher ein Anreiz zur Krankheit. Dies ist nur dadurch möglich, dass Krankenversicherungsprämien vorrangig auf ein individuelles Konto eingezahlt wird. Nur wenn der Patient auch finanziell an seiner eigenen Gesundheit beteiligt ist, wächst die Verantwortung für die eigene Gesundheit. Ein individuelles Finanzkonto gibt ihm die Möglichkeit, auf seine Behandlungskosten Einfluss nehmen zu können. Von diesem individuellen Finanzkonto werden die individuell anfallenden Behandlungskosten bezahlt, sowohl die ständig anfallenden für den Grundbehandler wie die von Fall zu Fall anfallenden für Spezialbehandlungen und -materialien. Ergibt sich ein Guthaben auf dem individuellen Konto bildet dies auch ein Sparkonto, das gegebenenfalls auch für andere Zwecke in Anspruch genommen werden darf, soweit die Sicherheit bleibt, dass anfallende medizinische Kosten fortan auch bezahlbar bleiben. Ein solches Sparkonto leistet außerdem einen Beitrag für die Volkswirtschaft, da aus solchen Konten Kredite für andere mit verdientem Geld finanziert werden können.

Auf diese Weise werden viele bemüht sein, etwas für ihre Gesundheit zu tun und ihre medizinischen Kosten zu senken, womit der Kostenexplosion erheblich entgegengewirkt wird. Ebenso tritt natürlich auch der umgekehrte Fall ein, dass individuell eingezahlte Krankenversicherungsprämien nicht ausreichen, um die Behandlungskosten zu decken. Dieser Fall ist es ja, der die Väter unseres Krankensozialversicherungssystems bewog, das Solidaritätsprinzip einzuführen. Es ist auch heute und in der Zukunft unverzichtbar. Dies berücksichtigt aber nur diesen Fall. Ein reformiertes System muss also beide Seiten berücksichtigen und auf beiden Füßen stehen. Neben dem individuellen Konto muss es zusätzlich auch ein zweites Solidaritätskonto geben, aus dem die Behandlungskosten bezahlt werden, die den Bestand des individuellen Kontos übersteigen.

Auch eine solche sachgerechte zweckmäßige Umstellung erfordert eine Umstellungsphase. In diesem Fall lässt sich diese kurzfristig von vornherein flexibel gestalten und steuern. Diese Möglichkeit ergibt sich dadurch, dass die Menschen aus ihrer verschiedenen individuellen Einstellung auch verschieden stark gewillt sind, sich um ihre Gesundheit durch eigene Anstrengung zu bemühen. Für sie kann leicht eine Gesundheitskasse eingerichtet werden, die diesen Namen verdient, und die sich tatsächlich und nicht nur dem Namen nach von den bisherigen Krankenkassen unterscheidet.

Seit längerem wurden ernsthafte und wohldurchdachte Versuche zur Entwicklung einer solchen Gesundheitskasse unternommen, doch scheiterten sie daran, dass die bisherigen Krankenkassen ein gesetzliches Monopol besitzen und keine „Konkurrenz“ zulassen. Dieser Verstoß gegen Demokratie und Marktwirtschaft sollte kurzfristig aufgehoben werden, damit nicht nur dem freien Spiel der Kräfte, sondern auch der Vernunft und der Gesundheit Vorfahrt gegeben wird. Dies Kassenproblem ist ein relativ leicht zu lösendes Problem, weswegen mit seiner Lösung begonnen werden kann. Die Mitsprache des Patienten muss gestärkt werden. In diesem Punkt gilt Willi Brandts euphorischer Satz aus seiner Regierungserklärung im Jahr 1966: „Wir fangen mit der Demokratie erst richtig an.“ Im deutschen Krankheitsystem sind demokratische Verhältnisse erst noch einzuüben. Nur so kann sich durchsetzen, dass, wer heilt, Recht hat.

Die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten sind sehr viel größer als sie tatsächlich effektiv verwendet werden. Viel zu viel Heilsames wird ausgeklint. Es könnten sehr viel mehr Behandlungserfolge erzielt werden. Die Behandlungsmöglichkeiten werden, zumindest offiziell und überwiegend, nur zum kleineren Teil, unter der Hälfte der bestehenden Möglichkeiten, ausgenutzt. Viele Segensreichen Behandlungen werden ignoriert, offen bekämpft, diffamiert und bereits im Medizinstudium tabuisiert. Wenn das vorhandene, erprobte Gesundheitswissen uneingeschränkt anwendbar und nicht durch Zulassungsbürokratie abgewürgt würde, brähe die Kostenexplosion im deutschen Krankensystem wie ein Kartenhaus zusammen. Das Naturheil- und Herzschutzmittel g-Strophanhin allein, würde es den ihm gebührenden Platz in der Therapie und Vorsorge von Insulter-

krankungen von Herz und Hirn einnehmen, könnte bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine sensationelle Wende herbeiführen.

Wissenschaftsinnovation

Dieser bedauerliche Tatbestand ist die direkte Folge einer Fehlentwicklung der Wissenschaft, die Tradition hat. Einerseits haben wissenschaftliche Forschung oder der Zufall immer wieder neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnet und dadurch großen Segen gestiftet. Die furchtbare Geißel der Infektionskrankheiten wurde bis auf Reste gebrochen. Die Naturwissenschaften ermöglichten diesen ersten großen Etappensieg der Medizin. Solche überragenden Erfolge verführten leider zu einer Hybris, die einen Teil der Erfolgsbilanz der medizinischen Wissenschaft wieder zunichte macht. Vertreter dieser Wissenschaft suggerieren wissenschaftswidrig und unwahr, dass nur das, was von Vertretern dieser Wissenschaft erfunden wurde und wird, zur Behandlung geeignet sei. Höchst wirksame Therapieformen werden ausgeschaltet, indem ihre Anwendung von wissenschaftlichen Nachweisen abhängig gemacht werden, deren Spielregeln sie selber festlegen. Dies ist undemokratisch, verhindert die Zurückdrängung der Volkskrankheiten und ist unfair gegenüber den Erfindern und Entwicklern dieser neuen Therapieformen und vor allem gegenüber den Patienten, wie bereits Heberden, der den Begriff Angina pectoris prägte, bereits 1768 bemängelte: „Die praktische Medizin verdankt ihre Fortschritte mehr den zufälligen Versuchen roher Völker oder der Verwegenheit der Quacksalber als den Schlussfolgerungen der berühmtesten Professoren, die von den Lehrstühlen der Hochschulen herab Weisheit feilbieten. Denn nur wenige von ihnen haben uns neue Arzneimittel dargeboten oder den Gebrauch der bereits bekannten erweitert oder überhaupt die Heilkunst verbessert. Daher ist das Lob, womit bei ihren Lebzeiten der Schwarm ihrer Schüler sie überhäufte, von den durch keine Parteisucht aufgeregten Nachkommen vernichtet worden, und die Professoren selbst haben das Schicksal ihrer berühmten Vorgänger gehabt, dass nämlich ihre Namen der Vergessenheit übergeben und ihre Schriften nicht mehr gelesen wurden. Wie den Juden befohlen war, ihren Altar aus rohen und von keinem Werkzeuge berührten Steinen aufzubauen, so braucht auch die Naturkunde hauptsächlich solchen Stoff, welcher aus reinen Tatsachen besteht. Wer immer diese zu verändern und auszuschmücken gedenkt, damit sie seinem Systeme oder der von ihm ausgedachten Lehre entsprechen, der hat sie in der Tat verunstaltet und ungeschickt gemacht, um daraus den Altar der Wahrheit zu errichten.“

Ähnlich äußerten sich Max Planck und ausführlicher Thomas Kuhn in seinem wissenschaftlich revolutionierenden Buch: „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.“ Nach Kuhn legen jeweils führende Wissenschaftler Dogmen fest, an die wie an nicht-wissenschaftliche Lehren zu glauben ist, und diese Dogmen, von Kuhn Paradigmen genannt, herrschen solange, nicht bis sie widerlegt werden, sondern von einer neuen unvorbelasteten Wissenschaftlergeneration hinweggefegt werden.

Wirkungen hängen nicht von ihrem wissenschaftlichen Nachweis ab. Die Wirkungen treten unabhängig davon ein, ob sie wissenschaftlich nachgewiesen werden oder nicht. Ein Patient, dessen Atlas korrigiert worden ist, erlebt den einsetzenden Regenerations- und Gesundungsprozess an Körper und Geist und hat kein Bedürfnis nach wissenschaftlichen Nachweisen darüber. Er fühlt sich einfach besser. Er wird von innen geheilt. Demgemäß kann unmöglich ein wissenschaftlicher Nachweis ein Kriterium dafür sein, ob ein Verfahren nützlich wirkt oder nicht. Die Verwendung solcher Nachweisverfahren führt nur zur gewollten Ausschaltung effizienter Heilmethoden. Derartige Wissenschaftsgläubigkeit schadet nicht nur der Wissenschaft und ihrer Weiterentwicklung schwer. Sie schadet dem Ganzen, in dessen Mittelpunkt doch eine menschliche Medizin stehen soll. Nicht alles was glänzt, ist Gold und nicht alles, was als Wissenschaft gilt, ist solche. Die Chemotherapie gilt als eine Wissenschaft. Sie ist eine barbarische Methode, und sie verstümmelt und tötet mehr als sie heilt. Auch in der Wissenschaft sind schwerwiegende Fehlentwicklungen zu verzeichnen. Dies trifft generell und auf Medizin speziell zu. In vielem ist die medizinische Wissenschaft auf einem vor hundert Jahren gültig gewesenen Wissenschaftsstand stehen geblieben. So wird in der Medizin vielfach immer noch der viel beklagte reduktionistische Fehler gepflegt, mit dem Leben ausschließlich auf physikalische und chemische Vorgänge zurückgeführt wird. Ein weiterer Fehler ist, dass die Wirkungen von Material nur auf ihre chemischen und nicht auf ihre physikalischen Konsequenzen betrachtet werden, obwohl mit diesen in riesigem Umfang in der Technik gearbeitet wird, sie von jedermann benutzt werden, und demgemäß bereits ein neues Informationszeitalter eingeläutet wurde. In der Medizin ist noch ein erheblicher wissenschaftlicher Nachholbedarf zu decken. Dies ist unerlässlich, wenn es zu brauchbarer Innovation in der Medizin kommen soll. Die Medizin bedarf insgesamt der Innovation und nicht nur Innovationen in ihr.

So herrscht auch in der Medizin noch der Glaube an eine wissenschaftliche Nachweismethodik, die von den diesbezüglich führenden Wissenschaftlern, wie Sir Karl Popper, Carl Friedrich von Weizsäcker und Gerhard Vollmer längst widerlegt und damit antiquiert ist. Beweise lassen sich nur bringen, wenn alle zur Beweisführung erforderlichen Komponenten voll erfasst sind, nicht aber wenn manche Komponenten nur abschätzbar sind. Ideal lassen sich Beweise im Idealbereich: Logik und Mathematik erbringen, im Biologischen aber nur, wenn die angegebene Voraussetzung erfüllt ist, was oft nicht der Fall ist. Daher muss in der Medizin meist auf das in der Evolution ursprünglichere Verfahren von Versuch und Irrtum zurückgegriffen werden. Es ist falsch, krampfhaft Beweise zu suchen oder gar juristisch zu fordern, wenn sie gar nicht erbracht werden können. Wer heilt hat recht, und dass und ob geheilt wird, ist eine relativ einfach zu verifizierende oder zu falsifizierende Tatsache. Wer diese wissenschaftstheoretischen Fakten nicht kennt, scheitert wissenschaftlich und stiftet mitunter schweren Schaden, wie dies derzeit in der Medizin geschieht, so dass auch in diesem Punkt ein Umdenken dringlich ist. Carl Friedrich von Weizsäcker urteilte: „Ein Mensch, der nur das Beweisbare glaubt, ist ein völlig unerträglicher Zeitgenosse.

Wer immer nur von der Beweisbarkeit ausgeht, macht sich bestimmte Erfahrungen beinahe unmöglich.“ Zur nötigen Innovation in der Medizin gehört, dass sie solche „unerträglichen Zeitgenossen“ erkennt und sich von ihrem schädlichen Einfluss befreit. Eine nötige Innovation wird darin bestehen, dass Wissenschaftler verschiedener Disziplinen sich gegenseitig im Interesse neuen Erkenntnisfortschritts befruchten. Da Wissenschaftler einer anderen Wissenschaft nicht von den in einer speziellen Wissenschaft herrschenden Paradigmen geprägt sind, können sie Fehler erkennen, die den Spezialisten unterlaufen. Entsprechend sind Kooperationen zwischen Medizinern und anderen Wissenschaftlern zu fordern und zu fördern.

Ordnungs- und Symptomheilkunde

Die derzeit offiziell geübte Medizin ist nicht auf die eigentliche Aufgabe der Medizin, zu heilen, gerichtet, sondern begnügt sich mit Besserung und Symptombeseitigung. Worin heilen besteht, ist offiziell wissenschaftlich nicht klargelegt: im Ordnen gestörter Funktionen. Somit besteht die Hauptaufgabe der Medizin in der Ordnungsbehandlung, neben der die Symptombehandlung als zweite Behandlungsweise unerlässlich bleibt. Diese übliche Behandlungsweise wirkt als eine Art Feuerwehrnotfunktion. Sie wird dringend benötigt für die Krankheitsphase, in der Invalidität oder Tod drohen. Wenn der Kranke aus solcher Gefahr geholt wurde, und damit für viele der Behandlungsfall abgeschlossen erscheint, fängt die Hauptbehandlung aber erst an, die darin besteht, gestörte Funktionen in Ordnung zu bringen. Nur wenn dies geschieht, kann der Patient auch wieder gesund werden. So betrachtet leuchtet es jedem ein, dass die diagnostische Hauptaufmerksamkeit der Frage zu gelten hat, ob das zentrale Nervensystem ordentlich funktioniert. Andernfalls läuft er als chronisch Kranker weiter, bleibt aber als Faktor im bisherigen Finanzierungssystem erhalten: als Kranker, der lange nicht stirbt und nicht dadurch stört, dass er gesund wird. Wenn aber das Finanzierungssystem wie angegeben verändert wird, kann es auch wieder erlaubt werden, dass Menschen gesund gemacht werden und die eigentliche Aufgabe der Medizin endlich erfüllt wird.

Es gibt viele Methoden, gestörte Funktionen zu ordnen und damit echt zu heilen, darunter solche von durchschlagender Wirkung, die auch diätetisch und präventiv vielen Krankheitsentwicklungen vorbeugen und sie überflüssig machen. Wenn diese Methoden verwendet, gepflegt und gelehrt werden, gewinnt die Medizin eine höhere Qualität und Wirkung.

Vollständige Medizin

Erst Symptom- und Ordnungsheilkunde, naturwissenschaftliche Medizin und Außenseitermedizin, Natur-, Erfahrungs-, Ordnungsheilkunde oder wie auch immer genannte zusammen ergeben die vollständige Medizin, derer wir bedürfen, und die nötig ist, um die medizinische Missentwicklung zu überwinden. In dieser vollständigen Medizin können ihre bisher auseinander driftenden und destruktiv gegeneinander wirkenden Teile ausgewogen

konstruktiv miteinander arbeiten, einander fruchtbar ergänzen und zusammen die positiven Wirkungen entfalten, die bisher vermisst werden.

Die vollständige Medizin verbindet Jahrtausende alte Erfahrungsheilkunde mit naturwissenschaftlicher Medizin in voll wissenschaftlicher Weise. Als voll wissenschaftliche Medizin scheidet sie auch die wissenschaftlichen Fehler derzeitiger noch nicht voll wissenschaftlicher naturwissenschaftlicher Medizin aus, womit sie unter vielem anderen auch fähig wird, die positiv wirksamen Errungenschaften „bloßer“ Erfahrung auszuschöpfen.

Es ist immer angezeigt, seinen Sinnen und seinem Verstand zu vertrauen, vorausgesetzt, sie sind nicht gestört und funktionieren wie bei einem gesunden Menschen.

"Erosion of Trust" - Kardiologen in der Vertrauenskrise

Ihren eigenen Sinnen und ihrem eigenen Verstand müssen auch die deutschen Patienten lernen zu vertrauen. Vertrauensverlust heißt eine neue "heimtückische wie weit verbreitete Krankheit", mit der vor allem die Kardiologie schwer zu kämpfen hat. Diese selbstkritische Diagnose stellte die Präsidentin der American Heart Association, Dr. Alice K. Jacobs, Chefin eines Herzkatheterlabors in Boston. Sie widmete ihre Ansprache zur Eröffnung der Jahrestagung 2004 in New Orleans allein diesem heiklen Thema und ließ nichts an Klarheit vermissen. Sie hat der ganzen Herzbranche kräftig die Leviten gelesen. Einige Insider kommentierten, diese Gardinenpredigt sei längst überfällig gewesen. Wer nun aber glaubt, hier wurde einem speziellen amerikanischen Missstand der Spiegel vorgehalten, gibt sich einer Illusion hin. Diese Rede hätte genauso gut in Deutschland, dem Land von über 500.000 Jahr für Jahr stattfindenden Herzkatheterisierungen gehalten werden können.

Ignoranz, Korruption, Verrat

Jacobs definierte Vertrauen als intuitives Zutrauen wie auch als Gefühl der Sicherheit, das dem Glauben entspringt, dass sich ein Individuum oder eine Institution kompetent und verantwortlich verhält und das Interesse des Patienten ernst nimmt. In den letzten Dezennien sei allerdings das Vertrauen im privaten und öffentlichen Sektor schwer erschüttert worden - aufgrund von Ignoranz, Korruption und Verrat:

Interessenskonflikte der kardiologischen Forschung (Stichwort: kardiologisch-industrieller Komplex),

Irrtümer von medizinischer und pflegerischer Seite,

spektakuläre Kunstfehlerprozesse,

und - natürlich - Bekämpfung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen auf dem Rücken der Patienten.

"Vertrauen ist etwas Dynamisches, es ist zerbrechlich und verletzlich. Es kann beschädigt werden, es lässt sich allerdings auch wiederherstellen", fuhr Jacobs fort und bot drei Lösungsansätze an:

durch technische Kompetenz,

interpersonelle Kompetenz, also Gesprächskompetenz und Empathie,

Einsetzen für den Patienten im Sinne einer Anwaltschaft.

Zur *technischen Kompetenz* rechnet Jacobs nicht nur das handwerkliche Können, sondern auch das Geschick, die besten und effektivsten Wege zu nutzen, um die Behandlungsziele zu erreichen. Die allfällige Kosten-Nutzen-Abwägung müsse dabei die Beschwerden und das Leiden des Patienten ebenso berücksichtigen wie die eingesetzten Geldmittel.

"Keine Initiative dürfte unsere Vertrauenswürdigkeit so sehr fördern wie das gemeinsame Bemühen, die vermeidbaren Irrtümer zu reduzieren. Die Instrumente hierzu sind klinische Leitlinien. Sie tragen wesentlich dazu bei, die Fehler zu vermeiden und unsere technische Kompetenz zu stärken."

Die AHA hat sich speziell auf diesem Gebiet etwas einfallen lassen. Das Programm "Get With the Guidelines" ist eine Qualitätssicherungsinitiative, die darauf zielt, dass in der Versorgungsebene die Leitlinien berücksichtigt werden. Außerdem plädierte Jacobs dafür, Forschungsgelder für die Frage bereitzustellen, wie medizinische Irrtümer bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und Schlaganfällen merklich reduziert werden können.

Zuhören, verstehen, komplett und ehrlich informieren - und mehr Geld -, das sind die Eckpfeiler der *interpersonellen Kompetenz* dieser amerikanischen Kardiologin. Sie meint es sicher gut, doch meint sie es zuvörderst mit sich und ihrer Branche gut, ohne es zu merken. Kulturelle Sensibilität, Hilfsbereitschaft sowie Fürsorge müssten sich für ihre kranken Patienten vermehrt einstellen. Da ist sie wieder, die menschliche Medizin. Künftig sollten schon den Medizinstudenten und anderen im Gesundheitswesen Beteiligten diese Fähigkeiten antrainiert werden. Nicht zuletzt auch die Fähigkeit zur Kollaboration in integrierten Teams.

Anwaltschaft heißt, das Beste zum Wohl des Patienten tun, erläuterte Jacobs diesen noch nicht gängigen Begriff. Sichtbare Kooperation von akademischen medizinischen Zentren in Fragen der Gesundheitsprävention würde das Vertrauen der Öffentlichkeit stärken, die heute die Meinung vertritt, die Zentren würden nur auf die akuten Krankheitsfälle zur möglichst profitablen Verarztung warten.

Nicht zuletzt forderte die Präsidentin wirksamere Regularien für alle Forscher mit finanziellem oder akademischem Interesse an Studienergebnissen sowie für Institutionen und Unternehmen

mit finanziellen Interessen, die als Sponsoren Studien durchführen oder durchführen lassen. Die Öffentlichkeit müsse sicher sein, dass die durchaus legitimen Beziehungen zwischen Forschern und kommerziellen Förderern niemals die Sicherheit der Probanden und Studienteilnehmer gefährden - man möchte hinzufügen, die Patienten ebenfalls.

Die Präsidentin appellierte zum Schluss nochmals nachdrücklich an ihre Kolleginnen und Kollegen, nicht nur mit neuem Wissen und Daten heimzukehren, sondern mit dem Vorsatz, die Vertrauensbasis zu ihren Patienten neu zu errichten, und zwar dauerhaft.

Dazu würde beispielsweise gehören, das unterdrückte Herzmittel g-Strophanthin für alle Herzpatienten in den Vereinigten Staaten von Amerika verfügbar zu machen: Die Kardiologen lassen das Naturheilmittel links liegen, obschon es Herzinfarkt und Reinfarkt erstaunlich sicher vermeiden hilft. Es gibt keine „menschlichere Medizin“ in der Kardiologie, als den Herzinfarkt, den Supergau für den Herzmuskel, zu vermeiden. Wer das perorale Strophanthin seinen Herzpatienten vorenthält, begeht als verantwortlicher Kardiologe ein Verbrechen, wenn sein Patient einen vermeidbaren Infarkt erleidet.

Das staatsunabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Der Gesetzgeber hat mit der Gesundheitsreform 2003 (Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz GMG) das „staatsunabhängige“ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit Sitz in Köln in Form einer privaten Stiftung initiiert. Ihm obliegt die wissenschaftliche Bewertung des Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen..., die Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie die Herausgabe von Patienteninformationen.

Diesem Institut hat der Verfasser der Denkschrift Informationen über g-Strophanthin, ein körpereigenes Hormon und natürlich wirkendes Herzschutzmittel geliefert, das in Deutschland seit mehr als 100 Jahren bekannt ist.

Die Korrespondenz geben wir hier wieder.

Friedrich Lautemann

17. Mai 2005

info@iqwig.de

PD Dr. med. Stefan Lange
Stellvertretender IQWiG-Leiter

Herzschutzmittel Strophanthin

Sehr geehrter Herr Lange,

mir ist zu Ohren gekommen, dass über die Verlängerung des Herzschutzmittels Strophanthin entschieden wird und Ihr Institut mit der Angelegenheit befasst ist.

Ich möchte Ihnen ein paar Informationen liefern.

Ich habe als Herzpatient (60) eine Krankengeschichte hinter mir, die mit einer leichten Linksherzdekompensation Anfang 2003 begann und nach fünf Krankenhausaufenthalten und einer klassischen Schulmedizin-Medikation mit BelocZok, ACE-Hemmer, Diuretika wie Furosemid und Aquaphor, Digitalis, Harnsäure senkenden Medikamenten, ASS und später Marcumar ins Desaster führte.

Eines Tages lautete die niederschmetternde Diagnose „kongestive (mit Blutstau einhergehende) Herzinsuffizienz NYHA-Stadium III“ mit der ärztlichen Eröffnung, ich solle mich auf die Herztransplantationsliste des Deutschen Herzzentrums setzen lassen. Dort hatte man zuvor eine koronare Herzerkrankung ausgeschlossen.

An Eingriffen wurde eine Elektrokardioversion (zwei Elektroschläge gegen das Herz) und eine Herzmuskelverödung mittels Katheterisierung (Isthmusablation) vorgenommen. Die direkte Folge war eine nicht für möglich gehaltene Verschlechterung der Herzpumpleistung. Versprochen war eine schnelle Beseitigung meiner Herzprobleme vor den Eingriffen. Nun wusste ich, was das ist, herzkrank zu sein.

Am 16. Mai 2004 erlitt ich beim Fahrradfahren unter dem Einfluss des von dem behandelnden Kardiologen verschriebenen kontraindizierten BetaBlockers BelocZok eine Synkope: ich verlor von einer Sekunde zur anderen das Bewusstsein und stürzte schwer: Die Folge war unter anderem eine Rippenseri-enfraktur mit einem fast ein Jahr lang andauernden Leidensweg mit starken Schmerzen und Schlaflosigkeit, Depressionen und Impotenz, die mich zusätzlich schwächten.

Neben Opioiden bestand die Therapie meiner zahlreichen Ärzte in der Verschreibung oder Verabreichung von VIOXX.

Es ging mir immer schlechter.

Nach meinem letzten deprimierenden Klinikaufenthalt Anfang des Jahres 2005 begann ich mich selbst um meine Herzerkrankung zu kümmern. Ich stieß im Umfeld „orthomolekularer“ Therapieansätze auf Informationen zu peroral-g-Strophanthin und vertiefte meinen Informationsstand. Unter der ärztlichen Führung des Internisten Hans Kaegelman, Autor des Buches Herz-Kreislauf-Erkrankungen endlich im Griff“ setzte ich Anfang des Jahres die bisherige Medikation nach seinem ärztlichen Rat „aus-schleichend“ ab und nahm Strodival mr 2-0-2.

Heute Morgen habe ich, was ich schon lange nicht mehr regelmäßig tue, meine Blutdruckwerte gemessen: 130:60, Frequenz 57.

Ich bin völlig beschwerdefrei.

Ich habe - aus purer Dankbarkeit und Verantwortungsgefühl anderen Herzpatienten gegenüber - zum Thema publiziert: ohne jedes finanzielle Interesse oder gar wirtschaftliche Verflechtung mit irgend jemandem, zum Beispiel dem Hersteller von Strodival mr.

Ich sende Ihnen diese Artikel, sehr geehrter Herr Lange, und lege Ihnen deren Lektüre ans Herz.

Vor allem wünsche ich Ihnen, dass Sie Ihrer Verantwortung gegenüber den betroffenen Patienten gerecht werden können.

Gez. Friedrich Lautemann

Von: Lange, Stefan [mailto:stefan.lange@iqwig.de]
Gesendet: Dienstag, 17. Mai 2005 18:49
An: info@viktoria-institut.net
Betreff: WG: Strophanthin - Informationen für Herrn Lange

Sehr geehrter Herr Lautemann,

haben Sie vielen Dank für Ihre Email mit Ihrem Brief und den weiteren Informationen zu „peroral-Strophanthin“.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kann allein durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) beauftragt werden, bestimmte Maßnahmen in der Medizin hinsichtlich ihres Nutzens zu bewerten. In die Nutzenbewertung fließen die publizierten Ergebnisse der jeweiligen Fragestellung angemessenen klinischen Studien ein.

Zur Zeit liegt dem Institut kein Auftrag zur Nutzenbewertung von „peroral-Strophanthin“ vor. Sollte sich dies ändern, werden wir Ihre Informationen unter Beachtung unserer Methoden (http://www.iqwig.de/media/_ber_uns/institut/files/2005_03_01_IQWiG_Methoden.pdf) gerne berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen,

gez. Stefan Lange

Von: friedrich lautemann [mailto:info@viktoria-institut.net]
Gesendet: Dienstag, 17. Mai 2005 12:25
An: info@iqwig.de
Betreff: Strophanthin - Informationen für Herrn Lange

Sehr geehrter Herr Lange,

vielen Dank für Ihre Nachricht. Sie schreiben: „Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kann allein durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) beauftragt werden, bestimmte Maßnahmen in der Medizin hinsichtlich ihres Nutzens zu bewerten.“ So ungefähr habe ich mir dies gedacht: Erfahrungen des Patienten werden durch bürokratische Regeln nachhaltig eliminiert. Was den Menschen wirklich von gesundheitlichem Nutzen ist, stört doch im System nur, das von den Krankheiten der Kranken und krank Gemachten lebt.

Ich habe Sie informiert, damit Sie alles tun, die Infarktrate in Deutschland zu senken. Strophanthin ist dazu nach meinem Erfahrungs- und Informationsstand besser geeignet als jedes andere Medikament.

Zur Zeit liege dem Institut kein Auftrag zur Nutzenbewertung von „peroral-Strophanthin“ vor, schreiben Sie mir. Behandeln Sie doch meine Informationen als einen solchen Auftrag. Dann sind wir dem Ziel, etwas für die Herzkranken zu tun, ein gutes Stück näher gekommen. Wenn das Statut von IQWiG dagegen spricht, ändern Sie es!

Sonst wird sich nie etwas ändern.

Verbringen Sie, sehr geehrter Herr Lange, Ihre Zeit nicht mit der Suche nach einem Hindernis. Es gibt viel zu tun. Der Herz- und Schlaganfalltod wütet in unserem Land.

Mit freundlichen Grüßen

Gez. Friedrich Lautemann

Der deutsche Staat kümmert sich um so ziemlich alles, was ihre Bürger tun. Die Arbeit des IQWiG darf er nicht dem freien Spiel der Honoratioren-Kräfte in einem Gesetz überlassen, das er „Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz“ nennt. Das kann es sein: wenn der Nutzen für die Honoratioren in der Stiftung kleiner ist als für die Patienten, die leider ohne realen Einfluss auf die Entscheidungen des Instituts geblieben sind.

Die Kritik der Kardiologen am IQWiG lässt dagegen hoffen: In einer Presseerklärung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Herz- und Kreislaufforschung e.V. vom 31.3.05 heißt es:

»Nachdrücklich kritisiert die deutsche Kardiologenvertretung die ... geplante Vorgehensweise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und seines Leiters Professor Peter Sawicki. Besonders skeptisch wird dabei die Machtfülle des ... Instituts beurteilt: „Im Gesetz heißt es wörtlich: 'Die Aufgabe der unabhängigen wissenschaftlichen Bewertung des medizinischen Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen obliegt zukünftig dem Institut',“ zitiert Chefarzt und Jurist Dr. Eckart Frantz, Potsdam ... Für das Vorhaben, die Leistungskataloge der Gesetzlichen Krankenversicherung zu normieren, zu beschränken, dem wissenschaftlichen Diskurs zu entziehen, und die Definitions-

macht einer administrativ leicht steuerbaren Einrichtung zu übertragen, ist mit der Errichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) der bisher bedeutsamste Schritt gelungen ... Wo bisher der wissenschaftliche Prozess ... zu gesicherten medizinischen Erkenntnissen geführt hat, die von den Fachgesellschaften zu Leitlinien - zunehmend standardisierter Qualität - verdichtet wurden, könnte zukünftig die Bewertung einer einzigen Institution das medizinische Leistungsgeschehen für die Vielzahl gesetzlich Krankenversicherter in Deutschland bestimmen. ... Die Betrachtung bisheriger Ergebnisse der Akteure, insbesondere die fragwürdige Qualität der durch sie bestimmten Leitlinien im Rahmen der Disease-Management-Programme, ihre öffentlichen Äußerungen, aber auch die jüngst publizierten ‚Methoden‘ des IQWiG legen die Vermutung nahe, dass es zunehmend schwieriger werden wird, neue wissenschaftliche Erkenntnisse in einem behutsamen Prozess aus der klinischen Erprobung über evidenzbasierte Leitlinien in die klinische Praxis zu überführen.“

Da außer der Legaldefinition des § 139a SGB V nichts für die fachliche Unabhängigkeit des Instituts spreche, „ist es notwendig, sehr genau auf die - vorwiegend Interessen bestimmten - Äußerungen seiner Vertreter zu schauen.“ Das IQWiG sei frei in der Setzung seiner Prioritäten, in der ad-hoc-Publikation von eigenen Ansichten zu tagesaktuellen Fragen, sowie in der Frage, ob und wenn ja welche externen Experten hinzugezogen werden. ...

Der zum Leiter des IQWiG berufene Diabetologe Sawicki, der im Vorfeld als einer der entschiedensten Verfechter der Errichtung eines solchen Instituts aufgetreten war, hatte u. a. als Autor der dem Disease-Management-Programm „Koronare Herzkrankheiten“ (DMP-KHK) zugrunde gelegten „Entscheidungsgrundlagen“ fungiert. Dr. Frantz: „Diese stehen vielfach in eklatantem Gegensatz zum aktuellen Stand der wissenschaftlichen Medizin und der Leitlinien deutscher, europäischer und amerikanischer kardiologischer Fachgesellschaften.“

Während Leitlinien dazu dienen können, gesicherte, neue, umstrittene und obsoletere Evidenz in ein regelhaftes Verhältnis zu setzen und der wissenschaftliche Diskurs diese kritisch überprüft, geht das IQWiG - mit gesetzlich eingeräumter Allzuständigkeit - daran, mit (rechtsmittelfähigen?) Beschlüssen die Interessen seiner Meinungsträger umzusetzen. «

Eine plumpe ideologisch kaum verbrämte Kritik der Kardiologen, in deren Sprachschatz das Wort heilen nicht mehr vorkommt. Wie gesagt, man kann hoffen, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen einen Paradigmenwechsel herbeiführt: Gut ist, was den Patienten, nicht, was den Ärzten, Apothekern, Krankenhausgesellschaften und - last not least - den Arzneimittelherstellern nützt.

Eine Vision anstelle des bisherigen Wahnsinns

In Deutschland sind die Interessen von Arzneimittelherstellern, Ärzten und Apothekern besser vor Konkurrenz gesetzlich geschützt als die Interessen der krank gemachten und gewordenen Patienten, sieht man einmal von der vorbildlichen Rechtsprechung zum Thema Arzthaftung ab. Die ist indes den Patienten nicht bekannt. Der deutsche „Normalpatient“ befindet sich nach wie vor im paradiesischen Zustand eines von der Bedrohung durch die Wölfe nichts ahnenden Schafes.

Dieser Wahnsinn muss gestoppt werden. Unser Land befindet sich in einem gnadenlosen Wettbewerb mit fast allen anderen Volkswirtschaften der Welt. Es wird nur bestehen können, wenn es durch seine Sozialsysteme nicht ruiniert wird. Das ruinöseste System ist das des heutigen Krankheitssystems, das aus Gesunden Kranke macht und die Kranken nicht heilt. Deutschland braucht körperlich und geistig gesunde Menschen bis ins hohe Alter. Dazu muss aus dem Krankheitssystem ein Gesundheitssystem werden, das alle Kräfte dazu verwendet, die Menschen gesund zu halten und gesund zu machen, wenn es und soweit es Menschen möglich ist.

Das Wissen dazu ist vorhanden. Man muss es sich nur ansehen.

In Deutschland darf sich jeder krank trinken, krank rauchen und krank therapieren. Dieser gesellschaftliche Wahnsinn muss gestoppt werden.

Der amerikanische Zigarettenkonzern Philip Morris legte vor ein paar Jahren der tschechischen Regierung eine ökonomische Expertise vor, aus der hervor geht, wie wirtschaftlich günstig für den Staat das Rauchen sei, weil die Menschen früher sterben. Wenn ein Raucher seinen letzten qualvollen Atemzug getan habe, spare der Staat - so das Ergebnis dieser Expertise - 1227 Dollar an einem Nikotintoten. Leichen, so die Experten von Philip Morris, müssten nicht mehr medizinisch versorgt werden, was den Staat um 968 Millionen tschechische Kronen entlaste, 196 Millionen Renten könnten einbehalten werden und schließlich erspare sich der tschechische Sozialstaat 28 Millionen an Mietzuschüssen. Ziehe man von diesem Bruttogewinn die durch das Nikotin verursachten Gesundheitsschäden wie chronische Bronchitis, Bronchial- und andere Karzinome, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkte etc. ab, so blieben immer noch 20 Millionen Euro Reingewinn, den der tschechische Staat der Zigarettenindustrie verdanke.

Fazit der Philip Morris-Experten: „Das vorzeitige Ableben der Raucher brachte Tschechien 1998 ungefähr sechs Milliarden Kronen Gewinn.“

Wir müssen uns alle darüber klar werden, dass eine solche Einstellung Ausdruck einer schweren geistigen Verwirrung ist, die sich nur graduell von der unterscheidet, die darin besteht, dass unsere Jugendlichen in unserem Land ab 16 Jahren juristisch beginnen dürfen, ihren Nikotintod vorzubereiten.

Die Eliten in unserem Land sind gefordert, der Gesundheit Vorfahrt einzuräumen.

Das Wissen ist vorhanden. Deutschland ist ein reiches Land auch an medizinischem Wissen. Es muss nur gerechter verteilt werden als bisher.

Wie gesagt: Aude sapere.

Man muss in der deutschen Gesundheitspolitik wagen, sich seines Verstandes zu bedienen.

**© Friedrich Lautemann
Gründer und Leiter des
Viktoria Instituts Gesundheit *unzensiert***