
Herrn ..xxxxxxxx

Sehr geehrter Herr xxxxxxxxxxxxxxxx

recht herzlichen Dank für Ihr Schreiben vom 20.1.03. Wie ich ihnen zugesagt habe bin ich an einer Mitarbeit in der Gesundheitspolitik im Wahlkreis interessiert.

Vielleicht hilft es ihnen dass ich Ihnen sage, dass ich ein 2.Studium zum Gesundheitsökonom (Dipl.oec.med.) begonnen habe, welches mit einem internationalen Abschluss (Master degree) ausgezeichnet ist. Gerne würde ich meinen Sachverstand dann einbringen können, gerade wenn es um die Verbindung der Medizin mit einer „humanen“ also dem „C“ verpflichteten Ökonomie geht, was man ja zur Zeit gerade nicht behaupten kann.

Aus meinem klinischen Umfeld möchte ich einige Punkte darstellen, die in einem Konzept der CDU zur Gesundheitsreform Platz finden sollten:

1. Reform des SGB V: hier Darstellung der Medizin nach dem „Säulenprinzip“
2. Reform des Leistungsträgerwesens unter dem Aspekt ISO9001
3. Reform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen
4. Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen
5. Strukturreform des Ärztekammerwesens
6. Reform des Patientenrechtes und Stärkung der Bedeutung der Patientenvereinigungen

Zu 1. Reform des SGB V: das Säulenprinzip der Medizin

Das Säulenprinzip soll dazu dienen den grundsätzlichen Leitfaden für Leistungserbringer und Leistungsträger im Gesundheitswesen der Bundesrepublik für die Zukunft transparent darzustellen. Dies bedeutet für den/die Leistungsträger einen genau definierten Bereich gesetzlicher Leistungspflicht nach Gebieten vor sich zu haben;

Für die Leistungserbringer ergibt sich die Pflicht die Säulen weiterzuentwickeln und kritisch zu überprüfen

und dem aktuellen gesundheits-/bevölkerungspolitischen Konsens auf **der Grundlage unseres Grundgesetzes** anzupassen. Damit werden auch „Entgleisungen“ wie die Äusserungen von Prof. Wiemeyer über die Altersbegrenzung von medizinischen Leistungen in Zukunft vermieden.

Als „Säulen“ sind die Grundprinzipien der Medizin definiert:

- 1.Säule: Notfall/Katastrophenmedizin (bisher nicht im GG und SGB V verankert!)
- 2.Säule: konservative (=Innere) Medizin
- 3.Säule: extracorporale Medizin (=Blut/Plasmatherapieverfahren/künstliche Organersatztherapie)
- 4.Säule: operative(=chirurgische) Medizin
- 5.Säule: psychologische/psychosomatische Medizin
- 6.Säule: gentechnologische/gentherapeutische Medizin
- 7.Säule: präventive Medizin
- 8.Säule: diagnostische Medizin

Diese 8 Säulen erlauben es dem SGB V, sowie den Leistungsträgern und Leistungserbringern im Gesundheitswesen auf dem aktuellen Stand zu bleiben, ohne dass zeitraubende, aufwendige parlamentarische Beschlüsse und Verordnungen durchgeführt werden müssen.

2. Reformvorschlag: Krankenversicherungen sind an den notwendigen Zulassungsstudien für innovative Medikamente und Medizinprodukte (z.B. in der therapeutischen Apherese) gesetzlich verpflichtend teilzunehmen und paritätisch zu finanzieren.

Dazu ist es notwendig dass alle Krankversicherungen ob gesetzlich oder privat an dem Fortschritt dahingehend beteiligt werden, dass sie sich an den notwendigen Studien finanziell beteiligen. Ich verweise hierzu auf den Modellfall Grossbritannien wo die Krankenversicherungsträger hierzu gesetzlich verpflichtet sind. Die Folgen sind, dass neue Behandlungsmethoden und Medikamente um Jahre schneller zugelassen und den Patienten zugute kommen als in Deutschland. Hier sehe ich einen wichtige Reformansatz, um auch mit dem europäischen und besonders auch mit dem internationalen Ausland in der Entwicklung Schritt zu halten. Die Haltung der Krankenversicherungen, hier nicht sich einbringen zu müssen hat nun zu dem Umstand geführt, dass alle Zulassungsverfahren und Zulassungsstudien im internationalen Ausland durchgeführt werden. **Keine einzige Zulassungsstudie mehr in Deutschland!** (Beispiele: Apherese bei rheumatoider Arthritis – USA; Rheopherese für die Verhinderung der adulten Maculadegeneration – USA) Dadurch liegt eine völlige Abhängigkeit von den Firmen bezogen auf das Produkt vor, die eine objektive Beurteilung eines Medikamentes bzw. Medizinproduktes bzw. Behandlungsverfahrens durch die Anwender und Leistungsträger nicht mehr zulässt (Marketing anstelle objektiver Information!). Schon haben wir in Deutschland den traurigen Umstand, auf allen Gebieten der Therapie um bis zu 10 Jahren dem internationalen Ausland hinterherzuhinken. Auch dies ein Grund warum immer mehr Ärzte, die ihr Studium beendet haben im Ausland ihre Ausbildung aufnehmen (besonders Grossbritannien und Skandinavien!) und auf Lebenszeit Deutschland den Rücken kehren.

Die Finanzierung der neuen Aufgabe ist paritätisch durchzuführen: 1/3 Kassen (privat + gesetzlich!), 1/3 Industrie, 1/3 Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen.

Die Gegenfinanzierung ergäbe sich zwanglos aus der Tatsache, kassenfremde Leistungen endlich aus dem Leistungskatalog der Kassen herauszunehmen und sie in speziellen Risikoversicherungsfonds paritätisch getragen von der freien Wirtschaft/Arbeitnehmern/Bund zu finanzieren.

3. Reformvorschlag: Umstrukturierung der jetzigen gesetzlichen Krankenversicherungen in Krankenversicherungsfonds mit Platzierung am freien Kapitalmarkt

Es ist uns allen bewusst, dass die bisherigen Strukturen der GKV und z.T. auch der PKV den Aufgaben der Zukunft nicht mehr gewachsen sind. Neben demographischen Problemen der sog. „Überalterung“, ist die Bezahlbarkeit von Krankheit und chronischen Leiden im Alter zum Hauptproblem geworden. Dabei ist folgendes zu bedenken: 90% aller Kosten, die im Gesundheitswesen entstehen, werden bezogen auf den ICD10-Schlüssel auf folgende Diagnosen eingegrenzt:

1. Hypertonie (Bluthochdruck), 2. Diabetes Typ II, 3. metabolisches Syndrom; chronisches Nierenversagen, Atherosklerose, arterielle Verschlusskrankheit, Herzinfarkt, Schlaganfall u.s.w. sind

letzlich die Folgeerscheinungen der unter 1-3 genannten Grundkrankheiten. Insgesamt kennt aber die Medizin **3000** verschiedene Krankheitsentitäten, die, rechnet man es genau dann nur 10% aller Kosten ausmachen. Sogar sog. Volkskrankheiten wie Rheuma oder Bronchitis und Lungencarcinom „verschwinden“ regelrecht hinter diesen Diagnosen im Aufwand und Folgekosten
Der Begriff der „Überalterung“ muss überdacht werden. Richtig ist, dass die Lebenserwartung sich verlängert hat. Alt ist relativ zu sehen. Es gilt die These in der geriatrischen Medizin: Man ist so jung (geistig) wie man sich fühlt (körperlich-seelisch). Tatsache ist, dass der Anteil der sog. „fitten“ Alten wächst. Alter ist längst kein Fluch, sondern durchaus als Segen und als noch **unentdecktes Kapital** für eine Gesellschaft zu sehen. Alte Wertevorstellungen aus dem sog. „Frühkapitalismus“ haben sich gehalten und verstellen den Blick für eine sich verändernde Generationengesellschaft. Um die Probleme der Sozialversicherungssysteme zu lösen, ist es notwendig sich von den Werten und Definitionen des Kapitalismus und seiner Gründerzeit zu trennen. Anstelle von **Rente** muss der Begriff von **Lebensarbeit** definiert werden. Im Bereich Krankenversicherung muss ganz besonders die Umschichtung von gesetzlich definierter „Reparaturmedizin“ hin zu **verfassungsrechtlich garantierter „Vorsorgemedizin mit integrierter worst-case Medizin“** erfolgen. Diese kann aber nicht nach einem Prinzip gestaltet werden, was zu Bismarcks Zeiten absolut sinnvoll war, heute aber keine demographische und strukturelle Grundlage mehr hat. So hart es klingt, muss daran gedacht werden das bisherige Krankenversicherungsprinzip mit Kassen aufzulösen und in ein fondstrukturiertes Versicherungssystem, das den Grundgedanken des Solidarprinzipes in einer der globalisierten Welt (EU-Raum, Global Insurance) weiterträgt, umzustrukturieren.

Im Detail kann dies wie folgt aussehen:

Anstelle von steigenden Beitragssätzen, die nur zu einem geringen Teil dem wirklichen Grundsatz der solidarischen Abfederung bei Krankheit u.s.w. dient (der Rest „verpufft“ in einen nicht mehr nachzuvollziehbaren Verwaltungs- und „Lobbyapparat“) zahlt jeder Bürger in einen Risikofond ein. Für sozial Schwache, Arbeitslose u.s.w. sind sog. Stundungsklauseln oder Minimalbeiträge vorzusehen. Dieser ist als Dachfond global platziert, enthält Rentenpapiere, Aktien u.s.w. und wird von entsprechenden Fondsmanagern verwaltet. Die eingezahlten Anteile nehmen als Geldanlage am Wirtschaftsgeschehen teil, durch die der aktuellen Wirtschaft angepassten Umschichtung in diesen Fonds (z.B. flotieren Aktienanteile zwischen 20 – 60% und Rentenpapiere zwischen 80 – 40%) wird stets ein optimales Gewinnergebnis erwirtschaftet. Dieses Ergebnis erneut investiert u.s.w. 1x pro sollte eine Gewinnausschüttung erfolgen, die sich auf die sog. Leistungsfreiheit bezieht. Dies kann gestaffelt werden nach der Zeit der Leistungsfreiheit. Im Optimum sollte es dann möglich sein, dem Anleger soviel dann auszuschütten, dass ½ Jahr an Beiträgen zurückfließt.; also die Belohnung für gesundes Verhalten erfolgt, welche steuerfrei bleiben muss. Die Beiträge sollten zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer solidarisch und paritätisch eingezahlt werden. Für Arbeitgeber wird folgender Anreiz geschaffen: bei einem Jahreskrankenstand unter 5 % kann der Arbeitgeber 50% der eingezahlten Beträge für seine Belegschaft steuerlich geltend machen. Dieses Geld wird von dem Versicherten/Arbeitgeber wie auch immer wieder in den Geldkreislauf zurückgebracht (Konsum bzw. an anderer stelle wieder angelegt und investiert). Damit wäre ein zusätzlicher Wirtschaftsfaktor und Geldfluss geschaffen. Als Einzahlungsminimum halte ich 5% des Bruttomonatslohnes für sinnvoll als Maximum 10%. Die Staffelung kann nach Jahreseinkommen, Anzahl der Kinder u.s.w sozial gerecht gestaltet werden. In dieses System sind automatisch auch die heutigen „Renter“ mit einbezogen. **Folgende Einrichtungen und Institutionen werden dabei überflüssig und können ersatzlos abgeschafft werden:** 1. aufgeblasene und verfilzte Verwaltungsapparate der GKV und PKV – anstelle davon effiziente Fondsmanagements; 2. Kassenärztliche Vereinigungen (10% der Versichertengelder und Arzthonorare ausgezahlt von den Versicherungen „verschwinden“ in den KV'en!) – anstelle davon effizient arbeitende Abrechnungsstellen ,die den Ärztekammern direkt unterstellt sind. 3. Medizinische Dienste der Krankenversicherungen werden überflüssig – dafür für spezielle Fragestellungen eine mit mehr Rechten und auch Pflichten ausgestattetes Fachgutachtergremium der Ärztekammern. Hochgerechnetes Einsparungspotential: ca. 50 Milliarden €!!

Das aus der Abschaffung freigesetzte Geld kann als Grundstock für dieses Fondssystem verwendet werden.

Ein Institut für Qualitätssicherung in der Medizin wie von der Bundesregierung vorgeschlagen und beabsichtigt ist überflüssig und kostet immenses Geld!! Dabei sind auch die Patientenverbände als kompetente Interessenvertreter weiterhin ausgeschlossen, was jedem Verständnis eines solidarisch organisierten Sozialsicherungssystems widerspricht!

Durch dieses System werden auch Kosten für den Patienten sichtbar und transparent. Erbringer von Gesundheitsleistungen (Praxen und Krankenhäusern) sollten dann in die Lage versetzt werden nach transparenten **Leistungspaketen** Gesundheitsleistungen abrechnen zu können. Das System wäre eine Weiterentwicklung der heutigen DRG, aber sehr viel einfacher und effizienter!

Problemkreis: Kostenrechnung der Krankenversicherungen

Das darzustellende Problem ist eng mit der Art der jetzigen Struktur der Krankversicherungen verbunden. Es geht um die Art und Weise wie Kosten für eine bestehende chronische oder akute Erkrankung gerechnet werden. Es fällt auf, dass KK danach Kosten gewähren, wie teuer auf den ersten Blick eine Gesundheitsleistung ist oder nicht. Es wird kurzfristig mit sog. „Tagestherapiekosten“ hantiert. Der Begriff und die Handhabung sind im europäischen Ausland unbekannt und werden auch von vernünftigen Gesundheitsexperten nicht akzeptiert. Bei chronischen Erkrankungen fällt auf: es muss „billig“ sein. Die Frage nach langfristigen Auswirkungen wird nicht gestellt. Der einfache Weg kaufmännischen Rechnens „Was muss ich investieren, damit ich langfristig Gewinn habe“ bzw. welche Kosten an Gesundheitsleistung in eine Therapie muss ich investieren, damit am Ende die komplette Genesung bzw. Besserung bzw. Erhalt der Berufs- und Erwerbsfähigkeit bzw. der Vermeidung ein er Pflegebedürftigkeit steht“ wird überhaupt nicht gestellt. Hier fängt Qualitätssicherung in dem Wirtschaftsverhalten der KK an. Solange die KK nicht per Gesetz verpflichtet sog. Folgekostenrechnungen für Krankheit A unter Berücksichtigung der Therapie X im Vergleich zur Therapie Y zu machen, wird es zu keinen signifikanten Kosteneinsparungen kommen. Nicht jede Therapie die scheinbar anfänglich billig ist, ist langfristig auch günstig bezogen auf den Verlauf der Erkrankung.

Dieses Dilemma wird besonders sichtbar bei den grossen Volkskrankheiten Bluthochdruck und Diabetes Typ II.

Bluthochdruck: 16 Millionen Deutsche leiden an Bluthochdruck, davon wissen nur die Hälfte (= 8 Mio), dass sie Bluthochdruck haben, davon begeben sich nur 4 Mio in Behandlung, aber nur 2 Mio nehmen ihre Medikation die Leitlinien bezogen von ihrem Arzt verordnet wurde so ein, dass die Richtlinien für eine qualitativ gute Blutdruckeinstellung auch diese Patienten von schweren Komplikationen (Nierenversagen mit nachfolgender Dialyse, Schlaganfall, Herzinfarkt) fernhält. Jetzt kommt die Ironie: verordnet der Arzt nun Medikamente nach Leitlinie, so kann es ihm mit schönster Regelmässigkeit passieren, dass er seine Tagestherapiekosten überzieht, denn die meisten Patienten benötigen zur effektiven und folgerisikominimierenden Behandlung mehr als nur ein billiges Entwässerungsmittel. Mindestens 2 Medikamente sind die Regel. Muss der Patient aufgrund eines Bluthochdrucks im Rahmen eines Diabetes ein sehr wirksamens Medikament haben (z.B. ACE-Hemmer oder AT1-Blocker) wird er „teuer“. Folge: Rationierung der Therapie auf „Budgetniveau“, das von der KV überwacht wird. Die Messung der Eiweissausscheidung im Urin unterbleibt, da der notwendige Test von der GKV nicht bezahlt wird. Folge: nach etwa 3 Jahren erleidet der Patient einen Nierenschaden, der bei Aufdeckung desselben sofort in die Dialysepflichtigkeit mündet: Kosten: 50.000€ /Jahr mit der Garantie der Kostensteigerung von 10%/Dialysejahr. Mittlere Lebenserwartung an der Dialyse: 3-5Jahre! Die Zahl von zur Zeit 75.000 Dialysepatienten in allen Behandlungsverfahren in 2002 nach Abschlussbericht der QuaSi Niere legen ein beredtes Zeugnis über eine **verfehlte**

Kostenrechnungs-und Wirtschaftspolitik von Kassenfunktionären ab. In der Frühphase wird gespart was das Zeug hält und hinterher grosszügig und teuer bezahlt.
Andere Beispiele habe ich Ihnen als Anlage hinzugefügt.

Problemkreis: Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen(MDK) – eine gute Absicht wird zur Perversion im Gesundheitswesen

Es kann nicht umhin gegangen werden dieses Problem aus der Sicht der Praxis darzustellen. Ursprünglich war der MDK für den Bereich der Pflegeversicherung gedacht, um medizinisch richtige Einstufungen von pflegebedürftigen und chronisch kranken vorzunehmen. Hierzu wurden Ärzte mit der Zusatzqualifikation Sozialmedizin eingestellt. Diese Kolleginnen und Kollegen rekrutieren sich aus allen Fachrichtungen der Medizin. Was ursprünglich als sinnvolle Einrichtung gedacht war hat sich unter dem ökonomischen und demographischen Veränderungen im Gesundheitswesen auf der einen Seite aber auch durch eine schleichende Verbürokratisierung auf der anderen Seite innerhalb des MDK und seiner auffälligen Verflechtung mit den Krankenkassen zu einem Staat im Staate entwickelt, der ausser Kontrolle geraten ist. Mittlerweile wird der MDK gezielt von Kostenträgern zu einer sehr fragwürdigen „Kostendämpfungsstrategie“ eingesetzt und sehr gezielt gegen klinisch tätige Ärzte aber auch gegen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als „Kontrollorgan“ einerseits und „Verweigerungsinstitution“ auf der anderen Seite systematisch eingesetzt. Dabei geht es im wesentlichen im klinischen Bereich um die Beurteilung von Patienten bei seltenen und schweren Erkrankungen, die sehr speziellen Behandlungsmethoden (z.B. therapeutische Apherese), die eingesetzt werden müssen, da die sog. Schulmedizin versagt und/oder durch schulmedizinische Behandlungsmethoden schwere mit dem Berufsrecht der Ärzte nicht mehr zu vereinbarende Nebenwirkungen (es gilt der Grundsatz in der Behandlung: Nil nocere!) erzeugt haben.

Die beantragten Behandlungsverfahren für diese Patienten haben folgende Eigenschaften gemeinsam:

1. die Behandlungsformen werden weltweit angewandt, zumeist sogar nach WHO Richtlinien bzw. nach Richtlinien des Weltärztebundes und grossen internationalen Fachgesellschaften
2. die Behandlungsmethoden sind von der FDA und US-Fachgesellschaften anerkannt und werden von US-Krankenversicherungen akzeptiert und bezahlt.
3. die Behandlungsmethoden unterliegen Richtlinien der EU

Auf recht umständlichen bürokratischem Weg wird nun ein mit grossem Aufwand und wissenschaftlich vom beantragenden Arzt vor der Kasse begründeter Antrag innerhalb des Kostenträgers an den MDK weitergegeben. Nach einiger Zeit (meist nach 4 Wochen) erfolgt seitens des Kostenträgers nachrichtlich an den beantragenden Arzt eine Ablehnung der Behandlung ohne nähere Begründung. Auf Nachfragen bezüglich der Ablehnungsgründe wird von Seiten des Kostenträgers behauptet, dies sei geheim und dürfe den Arzt nicht interessieren, der MDK Gutachter unterliege dem Datenschutz(?????) Gelingt es dann über Umwegen dann doch (oder manchmal über den Klageweg-einstweilige Verfügung!) Einsicht in die Gutachten zu nehmen so fällt der Grund der Geheimniskrämerei auf:

1. Auftrag des Kostenträgers: Sozialmedizinische Überprüfung einer „auserschulmedizinischen, experimentellen Behandlungsform“(?????)
2. Der Gutachter ist fachfremd (Kardiologe beurteilt Verfahren der Nephrologie, noch besser und selbst erlebt und dokumentiert: Zahnarzt(!) beurteilt ein Verfahren der therapeutischen Apherese!
3. Der Gutachter hat den Patienten nie untersucht (Verstoss gegen Berufsrecht!)
4. Der Gutachter ist mit dem Gegenstand der Beurteilung ausbildungsmässig überfordert
5. Recherchen ergeben, dass der Gutachter seit ca. 10 Jahren nicht mehr klinisch oder praktisch tätig gewesen ist
6. Nachzuweisen ist im Gutachten ein Wissenrückstand des Gutachters im Schnitt von 5 Jahren im schlimmsten Fall bis 25 Jahre!

7. Sozialmedizinische Aspekte sind trotz der Zusatzbezeichnung der Gutachter auf dem Papier nicht nachzuweisen
8. Grundtenor: Gefälligkeitsgutachten für die KK, der Gutachter ist befangen!(wird von der KK bezahlt!)
9. Versuch der Führung eines kollegialen Gespräches über den beantragten Fall wird vom Gutachter des MDK hartnäckig verweigert (Verstoss gegen Berufsrecht!)
10. Weiterhin wurde bisher aufgedeckt: Absprachen zwischen MDK-Gutachtern und KK über spezielle „teure“ Patienten; offenbar gibt es wohl Listen bei den KK über „wohlwollende“ Gutachter und „ablehnende“ Gutachter, so dass und das fällt auf, bei bestimmten medizinischen Fragestellung stets derselbe Gutachter, mit dem stets demselben ablehnenden Gutachten von verschiedenen KK in Feld geführt wird.
11. Gutachten werden nach dem Prinzip von Satzbausteinen erstellt. Eine doch höchst bedenkliche Vorgehensweise, ist doch ein Gutachten eine sehr diffizile und individuelle Angelegenheit.

Aus diesen Darstellungen, die auch jeder andere klinisch tätige Arzt und auch niedergelassene Fachärzte ihnen bestätigen können müssen zwangsläufig und doch sehr dringlich politische Konsequenzen gezogen werden:

1. Qualitätssicherung der erstellten Gutachten über die zuständige Ärztekammer in deren Einzugsgebiet der MDK liegt, d.h. Gutachtenerstellung unterliegt Berufsrecht und den Richtlinien der Clinical Good Practice Leitlinien, die international verbindlich sind, insbesondere müssen die Gutachter verpflichtet werden, die zu begutachtenden Patienten selbst untersucht zu haben.
2. Die Gutachter sind aus Gründen der Unabhängigkeit den Ärztekammern direkt zu unterstellen und nicht den Krankenkassen. Die Bezahlung der Gutachter muss aus sog. „Drittmitteln“ die unabhängig von Ärztekammern und KK und Industrie sind, erfolgen.
3. Die Gutachter des MDK müssen per Gesetz verpflichtet werden im Turnus von 3 Jahren mindestens 9 Monate in Klinik und Praxis tätig zu sein, gemäss ihrer Facharztausbildung und/ oder bezogen auf den Begutachtungsgegenstand z.B. in solchen Kliniken und Praxen, in denen „ausserschulmedizinische Behandlungsformen“ (weil international längst anerkannt und Standard!) längst praktiziert werden.
4. Stichprobenartige (unvorangekündigte) Überprüfung von Gutachten zu bestimmten medizinischen Fragestellungen und Vergleich derselben. Dies ist eine Aufgabe der Ärztekammern!
5. MDK Gutachter müssen bei fehlerhaften Gutachten zur Verantwortung gezogen werden können. Ein Gutachten, das nicht nach den Regeln des Berufsrechtes erstellt worden ist, muss vom betroffenen Patienten angefochten werden können, es muss die Möglichkeit bestehen ein Obergutachten von der Ärztekammer einholen zu können. Bei Schädigung des Patienten oder Tod durch Fehlbegutachtung muss das Haftungsrecht gegenüber dem Gutachter greifen. Es muss gelten: fehlerhafte Gutachten sind wie Behandlungsfehler zu betrachten! (Bisher ist die alles nicht der Fall. Nachweisbare Fehlgutachten werden als „Kavaliersdelikt“ behandelt! Die Ärztekammer beklagt, dass sie selbst dieser Leute nicht habhaft werden kann! Es hat sich ein Staat im Staate gebildet!)

Durch die permanente Verweigerungshaltung und der o.g. Problemfelder werden pro Jahr einigen tausend Patienten in Deutschland die Chance auf eine nach ärztlichem Berufsrecht garantierte „geeignete, dem Stand medizinischer Erkenntnis angemessene Behandlung“ verweigert; mit allen Folgen für Leib und Leben der Patienten und natürlich auch für den Kostenträger, der die enormen Folgekosten für eine vom MDK durchgesetzte alternative Therapie interessanterweise ohne Widerspruch trägt. Ich kann nicht umhin festzustellen, dass durch diese Form der Praxis das sog. **„sozialverträgliche Ableben“** (erstmalig so formuliert von Alt-ÄK Präsident Dr. Karsten Vilmar 1998)

bereits traurige Wirklichkeit geworden ist. Nicht nur Patienten mit seltenen und schweren Erkrankungen (für die es tatsächlich Hilfe und Rettung gibt) leiden hierunter, sondern auch ähnliche Vorgänge sind im Bereich der Pflege zu beobachten. Aussenstehenden fällt dies nicht auf, Insider wissen aber nur zu gut wie subtil hier auf allen Ebenen seitens des MDK und der KK bzw. Pflegeversicherungen dies praktiziert wird!

Natürlich werden diese Dinge, die ich hier beschrieben habe von den Funktionären der KK und den KV'en nicht zugegeben und alle sind bemüht Verschleierungstaktiken gegenüber politisch Verantwortlichen wirken zu lassen. Bitte lassen Sie nicht locker und fragen Sie an der Basis nach, was tatsächlich läuft! Zur Untermauerung habe ich einige in einer Anlage hinzugefügt

Problemkreis: innovative international anerkannte Behandlungsverfahren werden in Deutschland blockiert bzw. falsch dargestellt und nur verzögert eingeführt

Bezüglich dieses Problemkreises habe ich Ihnen bereits Anfang des Jahres den Apheresestandard 2002 übersandt. Mittlerweile musste der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Behandlung der schweren rheumatoiden Arthritis mittels therapeutischer Apherese zulassen. Ich füge Ihnen die Anlage hinzu, sie muss kommentiert werden. Der Tenor ist das „nolens volens“. Die Behauptung die therapeutische Apherese sei ein für den Patienten belastendes und invasives Verfahren ist eine vorsätzliche Falschbehauptung und ist ein typischer Terminus technicus des MDK in seinen Ablehnungsbegründungen für die therapeutische Apherese. Damit wird aber auch schon ersichtlich, dass der Bundesausschuss eben von MDK Leuten besetzt ist, die per Kassenauftrag Verweigerung lebensrettender Behandlungen sich zur Aufgabe gemacht haben. Tatsache ist: die bisherigen Qualitätssicherungsregister für therapeutische Apherese QuaSA (Qualitätssicherung Apherese) und Rheonet (internationales Qualitätssicherungsregister für Rheopherese) belegen: Nebenwirkungen medizinischer und technischer Art insgesamt: 0,4%, dabei sind kein einziger Todesfall an/während/oder nach Apherese registriert. In der vom Bundesausschuss sehr blumig und expliziert hervorgehobenen „Standardtherapie“ für Rheuma, wenn dem so wäre, müsste es einen Standardrheumapatienten und ein „Standardrheuma“ geben!)

Methotrexat: x Tote/Jahr, 65% Invalide nach 5 Jahren der sog. hochwirksamen Standardtherapie, 20% der Patienten werden dialysepflichtig, das Risiko ein nichtbehandelbaren zusätzlichen Krebserkrankung (meist bösartiger Lymphdrüsenkrebs) bereits im 1. Jahr der Behandlung um das 8fache höher als in einer Vergleichsgruppe von Rheumatikern, die dieses Medikament nicht bekommen! **Biologika:** bisher x Tote! Der Bundesausschuss stellt dar, dass die Standardtherapie hochwirksam (tödlich) ist, was absolut nachvollziehbar ist. Er verschweigt aber, dass die Chemotherapie bis heute keine einzige Studie mit der Evidenzklasse 1 zustande gebracht hat, einzig und allein die vorliegende Apheresestudie (durchgeführt und bezahlt in der USA, unterstützt von der FDA!!!) Aufgrund der dargestellten Zahlen geriet der Bundesausschuss in Zugzwang und musste nach 10jähriger Gegenwehr die Apherese nun zulassen. Soweit zu den Fakten, wie auch hier die Politik von Funktionären des MDK und der Kassen belogen und betrogen wird. Es sei auch noch erwähnt, dass hinter dem Stichwort Standardtherapie auch eine starke Pharmalobby steht, denn mit den sog. Chemotherapeutika werden ungeheure Summen umgesetzt!

Es ist jetzt schon mit grosser Sorge zu beobachten, dass noch bevor die Veröffentlichung stattgefunden hat, jetzt in grosser Eile bereits „Rheuma-Apherese Kommissionen“ eingerichtet werden, die, wie soll es anders sein, vom MDK kopflastig besetzt werden. Bereits hier werden grosse Schwächen unseres bisherigen Gesundheitswesens deutlich: anstatt pragmatisch und sinnvoll für den Patienten zu handeln wird wieder überbordend ineffektiv dafür bürokratisch korrekt über den Patienten, der nie gesehen wird, entschieden. Perverser kann sich ein Gesundheitswesen nicht darstellen, der Grundgedanke der Solidargemeinschaft wird zur Posse. **Die Zuteilung der Apherese wird für schwerkranke Rheumapatienten und auch andere Patienten durch Funktionäre zum Gnadentakt gemacht!**

Gleiches gilt für die Verweigerung des Bundesausschusses Ärzte und Kranken die **Rheopherese** als hochwirksame Therapie für die Vermeidung der Erblindung aufgrund der sog. adulten trockenen Maculadegeneneration anzuerkennen bzw. die Studien (Evidenzklasse 1! – durchgeführt in den USA!) hier zu übernehmen und zur Kassenleistung zu machen. Bezüglich dieser Dinge füge ich Ihnen einen hochinteressanten Artikel aus dem „Forum für Gesundheitspolitik“ hinzu. Diese Art der Augenerkrankung kann jeden von uns befallen, die Folgen sind unabsehbar sowohl für das individuelle Schicksal wie auch für die Solidargemeinschaft. Betroffen sind Männer und Frauen ab dem 50. Lebensjahr. Ich bitte Sie aufgrund der Wichtigkeit und Bedeutung Ihren Einfluss geltend zu machen, dass möglichst schnell die Rheopherese als Verfahren in den Leistungskatalog aufgenommen wird und somit den Kostenträgern gewaltige Kosten erspart werden, die sie ohne die zügige Einführung des Verfahren an nichtkalkulierbare Folgekosten per gesetzlichem Auftrag zu zahlen hätten. Ähnliches gilt für den akuten Hörsturz und Tinnitus wo auch in einer Evidenzklasse 1 Studie die Wirksamkeit des Verfahrens belegt ist. Interessant ist dass die bisherige Behandlung mit Infusionen von den Kassen anstandslos bezahlt wird: die Ironie: dieses Verfahren (Infusionsschema nach xxxx und xxxxx) hat nie den Wirksamkeitsbeweis antreten müssen, es gibt in Deutschland 12 verschiedene Varianten(!!!) Merkwürdig ist hier, dass nie ein MDK gegen diese Massnahme protestiert oder ablehnt wegen nicht nachgewiesener Wirksamkeit. Auch hier: gewaltige Umsätze der Pharmazeutischen Industrie für Infusionstherapeutika, Cortison, Vitamine und Durchblutungsmittel! Besonderheit: stationärer Aufenthalt für 10 Tage erforderlich (wird anstandslos von den Kassen und ihren MDKs toleriert!) Wird der Antrag auf Rheopherese gestellt bei drohender Ertaubung und nachgewiesener Wirkungslosigkeit für xxxxx-xxxxxxx: Ablehnung der Rheopherese durch den MDK: ausserschulmedizinisch-experimentell!!!

Es sei angemerkt, dass bei insgesamt nur 3% aller Behandlungsprozeduren der Medizin überhaupt nach Gesichtspunkten der Evidenz-basierten Medizin vorgegangen werden kann. Wollte man den Quotienten steigern, so wären kaum zu finanzierbare Geldsummen im Gesundheitswesen aufzubringen, noch weniger würde man geeignete „Studienpatienten“ finden, um alle Fragen bis in Detail mit einer doppelblinden-randomisierten und placebokontrollierten Studien oder Studien zu beantworten und als Behandlungsleitlinie festzulegen. Gelöst werden kann diese Problem nur dadurch, dass Studien global durchgeführt werden unter dem Dach der WHO. Dies bedeutet aber auch für das deutsche Gesundheitswesen, jetzt schon seine Nabelschau aufzugeben, sondern sich der Globalisierung zu öffnen. Ich halte es für wichtig, dass im SGBV aber auch für den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen bindend festgelegt wird, dass Studien, die international bzw. im EU-Raum und/oder von WHO bzw. FDA durchgeführt werden im für Deutschland verbindlich anerkannt werden. Der bisherige „typische deutsche“ Sonderweg, ausländische Studien abzulehnen und erst einmal eine deutsche Studie durchführen zu wollen für eine Zulassung muss endgültig der Vergangenheit angehören!. Es kann keinem deutschen Patienten zugemutet werden, dass ihm Behandlungsverfahren vorenthalten werden, die längst weltweit verbreitet und Anerkennung gefunden haben, nur weil er den Unzulänglichkeiten des deutschen Gesundheitswesens ausgeliefert ist. Allein diese aktuelle Situation verstösst gegen internationales Recht und es würde mich nicht wundern, wenn über kurz oder lang die ersten Patientenklagen aus Deutschland vor EU bzw. internationalen Gerichten anhängig werden!

4.Reformvorschlag: Stärkung der Mitwirkung von Patientenvereinigungen

In der Praxis erlebe ich es immer wieder, dass in speziellen Fragen des Sozialrechtes und fragen der spezieller Therapieformen über die Köpfe der betroffenen hinweg entschieden. Speziell in Deutschland haben wir das Problem Patienten nicht als gleichberechtigte Partner, sondern als „Befehlsempfänger“ anzusehen. Dies gilt für den Umgang im ärztlichen Bereich, als auch für den behördlichen Umgang (KK, KV, Versicherungen). Besonders kritisch muss auch hier der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen gesehen werden. Es kann ganz einfach in einem Solidarsystem nicht sein, dass die betroffene Patientengruppen ausgeklammert und nicht am Entscheidungsprozess beteiligt werden!(z.B. Rheumatiker u.a.). Ich halte es für wichtig den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen in dieser

Form aufzulösen, da in dieser heutigen Form es ein reiner Funktionärsclub bestehend aus MDK –Ärzten und KV Funktionären, ist, den die Wirklichkeit von Patienten und behandelnden Ärzten nicht interessiert. Man muss feststellen, dass der Bundesausschuss bisher wenig an Effizienz gezeigt hat, dafür aber den Steuerzahler reichlich Geld kostet! Anstelle dieser Einrichtung halte ich die Einrichtung eines paritätischen Gremiums für „innovative Behandlung und Diagnostik“ im Rahmen der Globalisierung und Europäisierung unseres Gesundheitswesens für sinnvoll und angebracht. Darin sind paritätisch vertreten: 1. Patientenvereinigung(en), je nach Fragestellungen, der VdK, Caritas/Diakonieverbände, Vertreter der Leistungsträger (PKV/GKV), Vertreter der Bundesärztekammer, Vertreter der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaft bei gegebener Fragestellung, Vertreter der Pharmaindustrie, Vertreter des BV Med. Das Gremium ist politisch unabhängig, seine Entscheidung und Empfehlungen sollen aber, wie auch jetzt verbindlichen Charakter für Leistungserbringer und Leistungsträger im Gesundheitswesen haben. Neu soll aber sein, dass das Gremium einen Rechenschaftsbereich über seine Tätigkeit und Entscheidungen dem Parlament und der Regierung 1x/Jahr vorlegt.

Zur Einführung und Durchführung und Etablierung innovativer Verfahren (hier explizit therapeutische Apherese) möchte ich auf einige Grundsätze im internationalen Recht und EU-Recht kommen:

Es ist unzweifelhaft dass die therapeutische Apherese den Anforderungen der Evidence-based Medicine Rechnung tragen muss, was sie auch tut und dies in immer stärkerer Masse durch kontrollierte randomisierte Studien. Viele Indikationen der Therapeutischen Apherese bestehen bei **seltene n Erkrankungen bzw. bei klinischen Sondersituationen**. Diese Sachverhalte sind im Office of Rare Disease der WHO niedergelegt. In der EU gilt bereits eine Prävalenz von weniger als 5 Fällen pro 10.000 Einwohner als selten. In den USA existiert seit 1983(!) eine Richtlinie bezüglich pharmakologischer Produkte für seltene Krankheiten (= Orphan Drugs). 1996 wurde in den USA eine weitere Verfahrensrichtlinie eingesetzt, die sog. Humanitarian Device Exemptions (HDE) Richtlinie, die Entwicklungen für Diagnostik und Therapie von seltenen Erkrankungen und deren Erstattung im Gesundheitssystem (<http://www.fda.gov/carh/ode/hdeinfo.htm>). Dort ist z.B. der Einsatz eines Aphereseverfahrens zur Behandlung einer seltenen Bluterkrankheit, die auf der Störung des Immunsystems beruht (sog. Hemmkörperhämophilie) als sichere und effektive Therapiemöglichkeit anerkannt (Kommentar: in Deutschland wird die Behandlung von den MDKs abgelehnt und von den Kassen nicht anerkannt. Die Patienten sterben an den Folgen der Nichtbehandlung!!) Die FDA nutzt bei der HDE-Bewertung natürlich auch die Kriterien der Evidence-Based-medicine, verweist aber hier klar auf die **bestverfügbare Evidenz, ohne die unbedingte Forderung nach einer kontrollierten randomisierten klinischen Studie. Bei primär seltenen Erkrankungen bzw. seltenen Differentialindikationen werden solche Studien realistisch erweise kaum jemals vorliegen. Die FDA stellt klar heraus dass nur auf Grund des Fehlens bzw. der Nichtverwirklichung einer Evidenzklasse 1 Studie therapeutisches Handeln nicht unterlassen werden darf. (aktuelle Situation in Deutschland: Ärzte werden in diesen Situationen vom MDK und den Kassen gezwungen therapeutisches Handeln mit geeigneten Verfahren zu unterlassen!)** Anfang 2000 hat auch die Europäische Union eine Orphan-drug-Verordnung veröffentlicht. Es ist nun möglich, Anträge an die Europäische Arzneimittelbehörde EMA zu stellen, um den sog. Orphan-Drug-Status zu erhalten. Dieser entspricht zwar nicht einer Zulassung, beinhaltet aber Vorteile bzgl. des Zulassungsverfahrens und Vertriebsrechtes für die therapeutische Indikation. Bisher ist die Regelung der EU auf Arzneimittel beschränkt. Entsprechend der HDE-Richtlinie in den USA wäre die Erweiterung auch auf Medizinprodukte, die bei seltenen und schweren Erkrankungen z.B. im Bereich der Therapeutischen Apherese zum Einsatz kommen sinnvoll und könnte beispielhaft für die Kostenerstattung in Deutschland gelten.

Gerade für die letztgenannten Sachverhalte bitte ich Sie sich einzusetzen und parlamentarisch auf den Weg zu bringen, das es hier insgesamt um lebensrettende Behandlungsformen geht.

In der Kürze habe ich versucht einige Anregungen und m.E. dringliche Probleme aus der Sicht der „Basis“ darzustellen. Ich möchte Sie bitten diese Anliegen in die Fraktion einzubringen und zum Gegenstand der Unionspolitik im Bereich Gesundheitsreform zu machen. Ich würde mich freuen mit Ihnen in der Diskussion zu bleiben und mein Fachwissen nutzbringend zur Verfügung zu stellen.

Und verbleibe mit freundlichen Grüßen!

Dr. xxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx