

An den
Bundesgesundheitsminister
Herrn Dr. Philipp Rösler
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Laborakkreditierungen:
International:
**College of American
Pathologists**
National:
Instand e.V.

Dr. med. L.H. Bauer
Dr. med. H. Focke
Dr. med. N.W. Klehr
Oberanger 30
D-80331 München
Tel.: 0049-(0)89-6423011
Fax: 0049-(0)89-6426660
E-MAIL:
info@krebsbehandlung.de
Informationen:
www.krebsbehandlung.de

München, den 15.März 2010
KI/hf

**Ihr Interview im „DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT“ 6/2010
„Ich kann nicht mehr Geld versprechen,
aber ein faireres System“**

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

die Versuche Ihrer Amtsvorgängerin bzw. Amtsvorgänger zum Ziele einer tragfähigen, gerechten und sinnvollen Reduzierung der Kostenexpansion in unserem Gesundheitswesen waren sicher gut gemeint, jedoch wenig erfolgreich. Dies liegt wohl auch darin begründet, dass diesen als Nichtmediziner der notwendige Einblick in die tatsächlichen Erfordernisse der Medizinischen Grundversorgung und damit auch der Überblick versagt blieb.

Die bis dahin getroffenen Entscheidungen waren infolgedessen ineffektiv, weil auf die bloße Umverteilung der Lasten beschränkt, sozusagen aus dem Blick von oben nach unten. Das auf die medizinische Basis gestützte effektive Korrektur-Erfordernis blieb hingegen völlig unberücksichtigt.

Als Arzt-Kollege ist jedoch in Ihrem Falle davon auszugehen, dass dieser Einblick gewährleistet ist. Den ersten äußerst geschickten Anfang hierzu haben Sie bereits jetzt schon gemacht mit der Deklarationspflicht einer besseren Wirksamkeit bei der Neueinführung neuer Arzneimittel.

Dieser ist überzeugend, weil auch für jeden Laien logisch nachvollziehbar. Hierdurch werden viele Millionen an Einsparungen erzielt werden.

Es ist aber noch wesentlich mehr erreichbar, nämlich in Höhe **zweistelliger Milliardenbeträge**. Aus diesem Grunde glauben wir, aus unseren mehr als 40 Jahren Erfahrungen in diesem System Ihnen weitere sinnvolle Anregungen zur Nutzung solcher Einsparungs-Potentiale präsentieren zu können, die absolut ohne soziale Härten und Einbußen in der medizinischen Versorgung tragfähig in das derzeit bestehende System eingepasst werden können.

Dies **auch ohne die umstrittene Umstrukturierung**, was Ihren Koalitionspartnern entgegen kommt. Darüber hinaus werden damit auch jedwede Konfrontationen vermieden.

Am Beispiel der Versorgung von Tumorpatienten ist dies besonders gut zu demonstrieren:

Es ist bekannt, dass die **onkologische Versorgung** von Tumorpatienten eine der größten finanziellen Belastungen in Höhe zweistelliger Milliardenbeträge in unserem Gesundheitssystem ist.

„Onkologisch“ bedeutet – wie Ihnen sicher bekannt – nicht etwa die umfassende Versorgung von Tumorpatienten, sondern lediglich die Behandlung mit Chemotherapie, Strahlentherapie und mit den neuen in ihrer Kosten-Nutzen-Nebenwirkungs-Relation (höchst umstrittenen) Antikörper-Therapien. Die erforderliche medizinische Grund-Versorgung der Tumor-Patienten bleibt meist auf der Strecke, weil die Hausärzte bezüglich der Versorgung der onkologisch induzierten Nebenwirkungen nicht nur völlig überfordert, sondern auch das Potential ihrer Leistungserbringung höchst eingeschränkt sind.

Zusammengefaßt ist es so, dass mit den "etablierten" Maßnahmen eine Lebensverlängerung nur in den wenigsten Fällen (und das auch nur bei wenigen speziellen Tumorarten) möglich ist. Nicht selten versterben die Patienten sogar frühzeitig nicht am Tumor selbst, sondern an den Nebenwirkungen der höchst kostenintensiven onkologischen Therapien.

Dieser Kostenfaktor wäre – aus rein „wirtschaftlicher“ Sicht – möglicherweise akzeptabel unter dem Gesichtspunkt, dass die für diese Medikamente aufgewandeten Gelder im EU-Raum bleiben, also wenn man ausschließlich den finanziellen und nicht den menschlichen bzw. medizinischen Aspekt vor Augen hat. **Volkswirtschaftlich** gesehen ist dies jedoch ein **Trugschluss**, weil die Hersteller dieser Substanzen weitestgehend im außereuropäischen Ausland angesiedelt sind. Sie betreiben zwar Niederlassungen und automatisierte Produktionsstätten in den europäischen Ländern, der hauptsächliche Profit jedoch fließt nach außerhalb von Europa.

Vom Medizinischen und Menschlichen her gesehen allerdings ist dieser Zustand inakzeptabel, jedoch von Ihren Vorgängern in offensichtlicher Unkenntnis der Gesamtsituation bisher als Tabu völlig unberührt belassen.

Zum Detail:

Ausschließlich für den onkologischen Bereich scheinen Sonder-Agreements zu bestehen:

Beispiel 1:

Wird im Auftrag der Industrie eine Arzneimittel-Studie durchgeführt, beispielsweise zur Behandlung von Hypertonie, Rheuma etc., dann die Kosten für diese Studien (Krankenhaus-Aufenthalt, Diagnostik, Dokumentation, Medikamente, ggf. Therapie-induzierte Folgeerkrankungen etc.) vom Hersteller finanziert werden müssen. Würden diese Studien zu Lasten der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen abgerechnet werden, so wäre schon längst der Staatsanwalt vor der Tür. In der Onkologie kommt dieses Prinzip nicht zum Tragen. Hier werden die Studien geradezu selbstverständlich zu Lasten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen durchgeführt mit Wissen aller Beteiligten. Auch auf diesbezügliche Hinweise hin wird dies von den Versicherern toleriert, die Kosten für diese Studien werden übernommen, obwohl das Gesetz dieses nicht vorsieht.

Beispiel 2:

In den zurückliegenden Jahren hat es sich etabliert, dass im Gegensatz zur traditionellen Asiatischen Medizin (z.B. der TCM) die traditionelle Europäische Medizin (TEM) von den Lobbyisten der Pharma-Industrie geradezu akribisch bekämpft, als "unbewiesen" deklariert, und sogar deren ärztlich wissenschaftliche Fachgesellschaften in Frage gestellt werden. Das betrifft nahezu alles, was bis in die 50er Jahre hinein alleiniges schulmedizinisches Lehrwissen war. So entsteht geradezu der Eindruck, als sei bis dahin seit Jahrhunderten an unseren Europäischen Universitäten nur Scharlatanerie gelehrt worden.

Auch ist es keinesfalls so, dass den traditionellen schulmedizinischen Maßnahmen geringere Wirkung insbesondere in der Tumortherapie zu Eigen ist. Genau das Gegenteil ist der Fall. Aufgrund der wesentlich geringeren Nebenwirkungsrate, der Erhaltung der Lebensqualität der Patienten und der Tatsache, dass hierunter keine kostspieligen Therapie-bedingten Folgeerkrankungen auftreten, sind diese Therapie-Verfahren auch ökonomisch optimal. Deren Anwendung anstatt der Chemotherapie würde nicht nur in zweistelliger Milliardenhöhe das bisherige Beitrags-Aufkommen

entlasten, sondern auch die Lebensqualität für die betroffenen Patienten und auch deren Familien aufrechterhalten.

Natürlich ganz zum Leidwesen der o.g. Lobbyisten, denen aus finanziellen Erwägungen heraus damit der Fortfall zusätzlich therapiebedingter und infolgedessen auch behandlungsbedürftiger Folgeerkrankungen garadezu ein Dorn im Auge sein muß.

Beispiel 3:

Einer diesbezüglichen ökonomischen und vernunftgeprägten Anwendungs- und Betrachtungsweise stehen derzeit die rein wirtschaftlich orientierten und nach dem straffen USA-Muster international festgeschriebenen Onkologie-Regeln entgegen, die keinerlei Kompromisse zulassen nach dem Motto: Chemotherapie muss sein, bis der Patient (durchaus auch an deren Folgen) verstorben ist.

Diese Strukturen werden vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) aufgezwungen. Zwar sind die MDK-Ärzte gemäß SGB V. ausschließlich ihrem ärztlichen Gewissen verpflichtet. Dementgegen werden sie von deren Dachverband regelmäßig durch vorgeschriebene Computer-Textbausteine mit Argumenten versorgt, die ihnen die Ablehnung der (nachgewiesenermaßen wirksamen) traditionellen schulmedizinischen Behandlungsmethoden aufzwingen.

Allein mit Hilfe dessen wird die anderslautende aktuelle und geltende **Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichtes** AZ: 1 BvR 347/98 **unterlaufen**, obwohl sich auch das Bundessozialgericht (AZ: B 1 KR 7/05 R) in seiner Rechtsprechung diesbezüglich längst geöffnet hat.

Derzeit ist es so, daß der MDK den gesetzlichen Krankenversicherern von allen zur Verfügung stehenden nicht zur Heilung führenden Therapien ausnahmslos die Kostenübernahme für die kostspieligste bzw. teuerste Behandlungsmaßnahme aufzwingt.

In der Anlage haben wir Ihnen einige Beispiele beigefügt, wie es mit der Versorgung von Tumorpatienten heute tatsächlich bestellt ist. Das erscheint unglaublich und grotesk, ist aber – bedauerlicher Weise – der übliche Alltag.

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

bitte missdeuten Sie diese Ausführungen nicht als plumpe Kollegenschelte, was es wirklich nicht sein soll, sondern vielmehr als einen Versuch, anhand eines simplen Vorschlags genau das Ziel der **Kostenreduktion** zu erreichen, was anderenfalls nur durch weitere erhebliche Abstriche in der Gesundheits-Versorgung, oder mit der weiteren Aufstockung der finanziellen Belastung der Beitragszahler erreicht werden könnte.

Die nachfolgend skizzierte Umsetzung dieses Vorschlages würde nicht einmal eine Gesetzesänderung erforderlich machen, sondern ausschließlich umsetzen, was das Bundesverfassungsgericht ohnehin festgeschrieben hat, und was von den Entscheidungsträgern der gesetzlichen Krankenversicherungen (zum Teil auch der privaten) derzeit unterlaufen wird:

Im Falle einer Tumorerkrankung, bei welcher keine wirkliche Heilung durch Chemotherapie, Strahlentherapie oder Antikörper-Therapie erzielbar ist, bleibt dem betroffenen Patienten die Entscheidung offen, sich alternativ für die traditionellen europäischen schulmedizinischen Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden, ohne dass ihm die Krankenversicherung die Kostenübernahme hierfür verweigert.

Der (Kosten-)Vorteil:

Die Kosten für die traditionellen europäischen Therapiemaßnahmen (TEM) machen maximal ein 20-tel der Beträge aus, mit welchen Chemotherapie, Strahlentherapie oder Antikörper-Therapie derzeit die Krankenversicherungen belasten.

Wir überblicken diese Zahlen umfassend, weil aus den Anamnesen und den Behandlungs-Dokumenten unserer Patienten die Kosten für die Anwendung der verschiedenen erfolglosen Therapien exakt hervorgehen. So werden z.B. geradezu grotesk nicht selten auch noch im weit fortgeschrittenen Stadium der Tumorerkrankung mehrfach Hochdosis-Chemotherapien mit Knochenmark-Transplantationen durchgeführt, die jeweils einen Betrag um die € 200.000,- ausmachen, um nur eines der vielzähligen dramatischen Beispiele zu nennen.

Fazit:

Dass Sie sich mit einer solchen „Freigabe“ der TEM unter den Pharma-Lobbyisten keine Freunde schaffen dürften, liegt auf der Hand. Wie wir einem kürzlichen Magazinbericht entnehmen, haben Sie mit diesen ohnehin "nicht *viel am Hut*". Die Patienten, die überwiegende Mehrzahl aller ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, und insbesondere die mehr und mehr finanziell gebeutelte Solidargemeinschaft der Versicherten und die Arbeitgeberschaft werden es Ihnen danken. Ebenso der Erfolg, den Sie damit erzielen, und damit als erster Gesundheitsminister in die Geschichte unserer Republik eingehen werden, der eine tatsächliche und obendrein die Menschenwürde erhaltende Kosteneinsparung und Entlastung der Versicherten erwirkt, ohne die Beitragszahler, die ja den Hauptteil der Bevölkerung (und auch der Wähler!) ausmachen, zu belasten.

Diese Liberalisierung wäre ganz im Sinne des von Ihnen definierten „fairen Systems“. Nichts anderes wäre hierfür erforderlich, als allein die Umsetzung der bereits geltenden Rechtsprechung an der Basis dort, wo sie derzeit blockiert wird.

Übrigens: die Vertreter der traditionellen Therapien übernehmen auch die **Verantwortung für deren Patienten** und versorgen diese fachgerecht. Hier gibt es kein Abschieben der Patienten von einem Bereich zu dem anderen, wie dies innerhalb der onkologischen Versorgung regelmäßig der Fall ist.

Soweit Ihnen die Umsetzung dieses Vorschlages als zu vorschnell erscheinen sollte, böte sich zunächst ein **vorgeschalteter Modellversuch** an. Zur Mitwirkung wäre unsere Arbeitsgruppe in Kooperation mit weiteren Kollegen – auch innerhalb unserer Medizinischen Fachgesellschaft – gegebenenfalls bereit.

Gerne stehen wir Ihnen für Detail-Auskünfte – auch persönlich – zur Disposition und verbleiben für heute

mit freundlichen Grüßen

Dr. med. N.W. Klehr

Dr. med. L.H. Bauer

Dr. med. H. Focke

Anlage:

Das Schicksal der Krebspatienten im System

Anlage:

Das Schicksal der Krebspatienten im System

Krebspatienten wird von Onkologen die Hoffnung impliziert, sie könnten mit Chemotherapie und Strahlentherapie ihr Leben zum Teil um Jahre verlängern. Ihnen werden dann Therapiemaßnahmen nahe gelegt die mit

"Golden Standard",
"Therapie erster Wahl"
"First Class Therapy"
"Best Option"

und ähnlichen Hoffnung vermittelnden Schlagworten, die überwiegend mit den variablen Bezeichnungen aus der amerikanischen Slang-Terminologie belegt sind. Seit Jahrzehnten vermitteln Onkologen – chronisch hoffnungsfroh – daß sie mit ihren Forschungen "kurz vor dem Durchbruch" stehen und zwingen Krebskranken ihr "chemischen Waffen" auf.

Diese erleben dann monate- bis jahrelang, wie sich unter diesen Therapien ihr Zustand verschlechtert, die Krebserkrankung sich weiter ausbreitet. Sie leiden oft unter qualvollen Nebenwirkungen, die sich ein normaler Mensch gar nicht ausdenken kann. Sie bluten aus sämtlichen Öffnungen (Mund, Darm, Harnröhre) die Leber schwillt an, sie erbrechen, sind mit lebenslangem Therapie induziertem Brechreiz und Magenschleimhaut-Entzündungen behaftet.

Die Extremitäten schwellen an, Hände und Füße werden zunächst taub. Das Taubheitsgefühl geht dann später in dauerhafte Schmerzen über. Das Immunsystem wird extrem geschwächt, infolgedessen kommt es zu schweren Infektionen der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, Harnwegsinfektionen. Herpesinfektionen treten auf, zum Teil löst sich die Haut ab und es kommt zu offenen Fleischwunden. Oft werden diese Nebenwirkungen dann von Onkologen nicht behandelt, weil diese nur dafür zuständig sind, die Chemotherapie zu verabreichen. Der Hausarzt ist überfordert. Als Kassenpatient bleibt ihnen dann ohnehin die erforderliche Hilfe vorenthalten, weil angeblich das Kassen-Budget die Kosten für die Diagnostik und Therapie dieser Begleiterkrankungen der Chemotherapie nicht deckt.

Die Bauchspeicheldrüse versagt, es kommt nicht selten zu diabetischen Erkrankungen (Blut-Zuckerkrankheit), Wasser sammelt sich im Bauchraum an, welches hoch Eiweißhaltig ist. Es kommt zu extremen Schmerzen im Bauchraum und Spannungsgefühl, als würde der Bauch zerplatzen. Endlich dann, nach langem Hin- und Hergeschiebe der Patienten von einer Überweisung zur anderen, wird dann endlich das Wasser (Ascites) punktiert. Damit verliert der Patient Eiweiß im Körper, das – wen wundert es bei dieser Kosten-Infragestellungs-Konstellation – natürlich nicht substituiert wird, obwohl dies dringend erforderlich wäre. Infolgedessen kommt es aufgrund dieses Eiweiß-Mangels rasch erneut zur Ansammlung von Wasser, welches dann "*gnadenvoll*" – wie es die Patienten dann sarkastisch berichten – wieder punktiert wird, damit (ohne Eiweiß-Substitution) umso schneller wieder neuer Ascites nachläuft, um dem Patienten schließlich zu eröffnen, man würde mit weiteren Punktionen nichts mehr erreichen. Sodann erhält der Patient Morphium, damit er die maßlosen Spannungs-Schmerzen erdulden und erleiden kann, die mit einer vernünftigen klassischen schulmedizinischen und Schmerz-Therapie gar nicht erst aufgetreten wären.

Die Nebenwirkungen, die jetzt noch zusätzlich auftreten, sind Atemdepression mit entsprechendem Sauerstoffmangel, sodass der gesamte Stoffwechsel des Patienten zusammenbricht. Es kommt zur Obstipation (Stuhlverstopfung), der Leib wird noch brethärter, weil sich der Stuhl nicht mehr entleert und eindickt, die Patienten erbrechen, weil "*unten nichts mehr herausgeht*", wie sie berichten. Obwohl die Verschreibung oder zumindest der Hinweis, ein Abführmittel sich selbst in der Apotheke zu besorgen, sehr hilfreich wäre, wird dies meist unterlassen, die Patienten bleiben unaufgeklärt Ihrem "Schicksal" selbst überlassen und versterben "*an den Folgen des Krebses*", in Wirklichkeit aber an den Folgen der unterlassenen Hilfeleistung.

Bei Kopf- und Hals-Tumoren werden sie verstümmelnd operiert, die Halsorgane werden ihnen entfernt (Neck dissection), Mikrophone werden ihnen eingepflanzt, damit sie sich – kaum verständlich – noch ein wenig artikulieren können. Sie werden bestrahlt, sodass der Hals und die darin verbliebenen Organe nach relativ kurzer Zeit inklusive den Gefäßen einschrumpfen, der Kopf rot ballonartig anschwillt. Zuerst erfolgt der Luftröhrenschnitt, eine alsbald sich infizierende Kunststoff- oder Metallröhre wird eingelegt. Sodann müssen sie künstlich ernährt werden. Derweil wächst der Krebs unaufhörlich weiter und metastasiert in andere Organe und Gewebe, weil bei der Operation ohnehin nicht alles entfernt werden konnte.

Sie werden im Falle von Unterleibskrebs nicht nur operiert, sondern auch noch obendrein zusätzlich zur wirkungslosen Chemotherapie auch noch bestrahlt. Überleben sie dann noch ein halbes bis ein ganzes Jahr, dann kommt es zum Strahlen-bedingten Durchbruch von Blase und Darm. Es entleert sich Stuhlgang über die Genitalorgane, es rinnt der scharfe Urin aus dem Darm, es kommt hier deshalb

zu Verätzungen (die Patienten müssen Windeln tragen) und schließlich zu aufsteigenden Infektionen in die Nieren. Erforderliche Dauer-Antibiotika-Therapien unterbleiben aus Kostengründen, alle Begleiterkrankungen werden allein dem Wachstum des Krebses subsumiert. Das führt schließlich – anstatt einer ausgewogenen, wenig Nebenwirkungen hervorrufenden Schmerztherapie – zu der unter Onkologen allseits "beliebten" Morphinumgabe mit den oben bereits beschriebenen tödlichen Folgen.

Im Falle von Brustkrebskrankungen wurde bis zum Jahre 2005 im Rahmen der Erstdiagnostik die Feinnadel-Biopsie gewählt. Nachdem im "DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT" (Titelgeschichte) publiziert wurde:

"Metastasierendes Mammakarzinom, Keine Lebensverlängerung"

wurde zeitgleich die Strategie geändert. Jetzt wird die Stanz-Biopsie bevorzugt mit der Folge, dass nahezu in allen Fällen massive Nachblutungen erfolgen in das gesunde Gewebe hinein. Die Brust schwillt deshalb durch das Hämatom (Bluterguss) an. Den Patientinnen wird sodann erläutert, dass *"in ihrem speziellen Falle"*, wo es nach der Entnahme rasch zur Anschwellung der Brust gekommen sei, die Chemotherapie jetzt infolge des

"raschen Krebswachstums in diesem Ausnahmefall dringend erforderlich ist."

Diese wird dann bei den verängstigten Patientinnen je nach Studiendesign mit oder ohne Zusatzmedikamenten durchgeführt, wenngleich deren Wirksamkeit nachweislich bis heute unbewiesen geblieben ist.

Bleibt am Ende noch der Weg in die Palliativ-Station. Das aber ist meist reine Theorie. Entweder handelt es sich um wirklich menschenwürdige Institutionen. Diese aber sind Seltenheiten und überfüllt, und es gibt lange Wartelisten bis dann endlich jemand stirbt, damit wieder ein neuer Platz frei wird. Bis dahin hat sich der Bedarf dieser Patienten oft ohnehin in der Warteposition "geregelt".

Andere Palliativ-Stationen, wo noch Plätze frei sind, zeichnen sich nach Berichten der Angehörigen dadurch aus, dass man die Patienten einfach liegen lässt, oder sie ebenso *"kostengünstig"* behandelt, wie sie es von der ambulanten Versorgung her gewöhnt sind. Dann sind sie isoliert, liegen unter die Sterbenden abgeschoben herum, und dürfen mit ansehen, wie einer nach dem anderen der Mit-Patienten *"qualvoll"* verstirbt.

Diese geschilderte Situation stellt im Übrigen nur die Spitze des tatsächlichen "Eisberges" dar, es könnten noch mehrere Seiten hin leicht allein zur Schilderung dieser Realität gefüllt werden.