

Konzept für eine Reform des Gesundheitswesens in Deutschland

von Dr. med. Mathias Kossatz, Arzt für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main, Kassenarzt seit mehr als 20 Jahren

Kurze Zusammenfassung

1. Die hier vorgeschlagene Gesundheitsreform löst sowohl die qualitativen als auch die finanziellen Probleme unseres Gesundheitswesens dauerhaft. Einige Teile können sofort angegangen werden, die volle Wirksamkeit entfaltet sich erst mit einer neu ausgebildeten Ärztegeneration, also frühestens nach sechs Jahren.
2. Wir suchen den Fortschritt im Gesundheitssystem in zwei für die Volksgesundheit wenig effektiven, aber teuren Richtungen:
 - a) im medizinisch-technischen Fortschritt und
 - b) im Fortschritt bei chemisch definierten Medikamenten.
3. Wir wenden eine teure und toxische Notfallmedizin unzulässigerweise als Basismedizin im Alltag an, wodurch wir insbesondere hohe Folgekosten durch unerwünschte Medikamentenwirkungen erzeugen.
4. Wir behandeln fast immer erst Krankheit, was sehr teuer ist, statt Volksgesundheit zu fördern, was erheblich billiger ist.
5. In welcher Richtung ist der Fortschritt vorrangig zu suchen ?
 - a) In der Verbesserung der Qualifikation des Hausarztes, also im Medizinstudium;
 - b) In der Vorbeugung, also in der Schul- und Erwachsenenbildung und auch hier im Medizinstudium.
6. Der Fortschritt beim medizinisch-technischen Fortschritt und neuen chemisch definierten Medikamenten sollte entsprechend dem finanziellen Leistungsvermögen der gesamten Gesellschaft entweder "kontrolliert eingekauft" oder ggf. zeitlich verschoben oder zunächst auf wenige Leistungszentren beschränkt werden.
7. Insbesondere muß geklärt werden, wie es zu der drastischen Steigerung der Krankenhauskosten gekommen ist. Anschließend muß mit einer Strategie der Beschränkung und Einschränkung der Anteil für die Krankenhäuser in festzulegenden Schritten von jetzt 46 % auf maximal 25 % abgesenkt werden.
8. Global erzeugte Vorteile beim Suchen des Fortschritts in der richtigen Richtung werden die lokalen Nachteile unwichtig machen, die durch die vorgeschlagenen Einschränkungen entstehen werden.
9. Daher muß von Anfang an betont werden, daß diese Gesundheitsreform nur im Ganzen funktioniert. Wenn man versucht, nur Teile umzusetzen, wird man die Versorgung im Gesundheitswesen verschlechtern.
10. Da wir für die neuen erforderlichen Aufgaben, insbesondere für intensive Vorbeugung und auch für eine preiswerte und nicht toxische Basismedizin kein System zur Verfügung haben, wird eine Anleihe bei einer alten asiatischen Hochkultur vorgeschlagen, mit der viele westliche Ärzte bereits positive praktische Erfahrung gemacht haben und die mit unserem westlich-wissenschaftlichen Weltbild vereinbar ist.

Problemfeststellung: Beitragssteigerung in der Krankenversicherung bis zum Kollaps

Nach einer Analyse des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung vom 6.12.2001 würde der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ohne Reformen von seinerzeit 13,6 % auf 34 % im Jahre 2040 ansteigen. Dies wäre auch dann eine Katastrophe, wenn die Kosten nicht zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen werden müßten (Belastung der Lohn-Stück-Kosten), sondern auch wenn die Gesellschaft als Ganze sie anderweitig aufbringen müßte. Zwischen 1992 und 2003 betrug die durchschnittliche Beitragssteigerung in der GKV 68% und damit erheblich mehr als Inflationsrate beziehungsweise Einkommensentwicklung verlangt hätten.

Daß dabei auch eine echte Kostensteigerung vorliegt und nicht nur ein Beitragszahler-Zahlenproblem, kann man an den Steigerungsraten der privaten Krankenversicherung (PKV) erkennen, bei denen die vielen Sparmaßnahmen der GKV nicht vorgenommen wurden: Bei einer großen deutschen PKV betrug die Beitragssteigerung zwischen 1992 und 2003 bei Männern 130 % und bei Frauen 200 % - im Durchschnitt für beide Geschlechter 170 %. 1993 betrug der PKV-Beitrag (als fiktiver Mix für beide Geschlechter) dieser Versicherung 30% des mittleren gesetzlichen Beitrages, aber 2003 schon 63 %. Da es sich bei diesen Zahlen um eine allgemeine Werbung für die PKV handelte, dürfte dies noch eine der günstigsten Beitragsentwicklungen in der PKV sein.

Erhebliche Beitragssteigerungen für die Patienten durch die aktuelle Gesundheitsreform

Die von der Regierung aktuell in Gang gesetzten Reformmaßnahmen der GKV gehen auf die Gründe für diese enormen Steigerungsraten nur zum Teil ein (Begründung siehe weiter unten). Insbesondere entlasten die aktuell von der Regierung - z. T. in Zusammenarbeit mit der Opposition - durchgesetzten Reformen die Bevölkerung nicht von den steigenden Kosten. Vielmehr werden diese nur umgeschichtet und dabei die Patienten erheblich mehr belastet: Ausfall der Zahnversicherung (immerhin entfallen allein auf die Zahnärzte 8 % der Gesamtausgaben oder 11,5 Mrd. EUR), keine Erstattung von Brillen, eine Praxisgebühr von je 10 Euro beim Hausarzt, Zahnarzt und Psychotherapeuten, deutlich gestiegene Rezeptgebühren mit bis zu 10 Euro pro Medikament, keinerlei Erstattung mehr für fast sämtliche pflanzlichen und homöopathischen Medikamente und für alle chemisch definierten Medikamente, für die kein Rezept erforderlich ist (ab dem 13. Lebensjahr).

Für viele Patienten, besonders aber Alte und Arme, bedeutet dies eine verdeckte drastische Steigerung ihrer Monatsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Eine gleichzeitig erfolgende Absenkung der Monatsbeiträge - falls diese überhaupt gelingen sollte - wird diese Mehrkosten mit Sicherheit nicht ausgleichen. Zum Beispiel bedeuten die für Januar 2004 angekündigten Beitragssenkungen einiger Krankenversicherungen von ca. 0,5% für den Durchschnittsversicherten eine monatliche Kostenersparnis von 2,50 Euro oder 30 Euro pro Jahr. Aber selbst einem chronisch kranken Schwerbehinderten wird neuerdings eine jährliche Selbstbeteiligung von 1% zugemutet, bei einer monatlichen Rente von 1000 Euro also 120 Euro pro Jahr, beim Durchschnittsversicherten natürlich noch viel mehr.

Offiziell angeführte Gründe für die Beitragssteigerung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Neben altbekannten Gründen für die Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen werden heute im wesentlichen zwei angeführt:

1. a) Der demographische Faktor. Die Menschen werden älter und im Alter fallen die hohen Kosten an: angeblich verbrauchen 9 % der Versicherten 90% der Milliarden im Gesundheitswesen

- b) Noch einmal der demographische Faktor. Immer weniger junge Menschen müssen für immer mehr Alte die hohen Behandlungskosten aufbringen, wodurch die Last für den einzelnen ansteigt.
2. Die steigende Arbeitslosigkeit: immer weniger Berufstätige müssen die steigenden Kosten im Gesundheitswesen tragen, wodurch ebenfalls die Last für den Einzelnen ansteigt.

Fünf weitere wesentliche, bisher meist ungenannte Gründe für die Beitragssteigerung

Neben vielen anderen diskutierten Faktoren gibt es fünf weitere wesentliche Gründe, die bei den Überlegungen der Gesundheitspolitiker in der Regel überhaupt nicht erwähnt werden:

1. Die Art des technisch-medizinischen Fortschritts.

Jede Verfeinerung der Medizintechnik steigert die Kosten erheblich. Kostensenkung durch massenhafte Anwendung ist dabei nur im ärztlichen Labor möglich, ansonsten entfällt sie. Als Beispiel seien Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in ein Bein genannt: bei solchen Beschwerden gab es vor zwanzig Jahren nur zwei Röntgenaufnahmen, Kosten ca. 16 Euro ; später die Computertomographie (CT), Kosten ca. 115 Euro; und heute oft die Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT), ca. 238 Euro. Diese wird inzwischen auch häufig bei Problemen der Schultergelenke und Kniegelenke durchgeführt, eine Technologie also, die eine Kostensteigerung um etwa das 15-fache gegenüber einfachem Röntgen erzeugt.

2. Die Art unseres Fortschritts bei Medikamenten.

Dabei setzen wir fast ausschließlich auf chemische Innovationen. Bei der Entwicklung von chemischen Medikamenten wird jedoch vieles nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum entwickelt, was sehr aufwendig und damit teuer ist. Im weiteren muß eine umfangreiche Überprüfung der Giftigkeit eines Medikamentes vorgenommen werden, um die Gefahr der dauerhaften Gesundheitsschädigung weitgehend auszuschließen, was die Kosten weiter steigert. Schließlich muß die Herstellerfirma in den wenigen patentgeschützten Jahren diese hohen Kosten wieder hereinholen und will natürlich außerdem noch etwas daran verdienen. Dadurch sind fast alle medikamentösen Innovationen sehr teuer. Das gilt auch dann, wenn das neue Medikament nur einen winzigen Fortschritt bedeutet, indem zum Beispiel eine bestimmte Nebenwirkung fehlt oder eine gewünschte Hauptwirkung geringfügig besser ausfällt als bei dem Vorgängermedikament. Zur Gewichtigkeit dieses Argumentes: 60 % der 23,4 Mrd. Euro, die wir für Medikamente ausgeben, entfallen auf solche sogenannten Innovationen - fast 10% des Gesamtetats.

3. Die unbesehene Akzeptanz dieser beiden Arten von Fortschritt und deren selbstverständliche und ungehemmte Zulassung in den Krankenhäusern führte - unter anderem - in den vergangenen 20 Jahren zu einem drastischen Anstieg der Krankenhauskosten, deren Anteil von ursprünglich etwa 25 % auf inzwischen 46 % (sechsvierzig) angestiegen ist, während gleichzeitig der Anteil der ambulanten Arztkosten von ursprünglich 35 % auf etwa 22 % gedrückt wurde. In den Krankenhäusern werden aber nur etwa 10% aller Kranken behandelt. Während die Bundespolitik die Kosten in der ambulanten Behandlung durchaus erfolgreich eingedämmt hat, hatte sie auf die Kosten in den Krankenhäusern wenig Einfluß, wohl weil die Krankenhäuser Sache der regionalen Politik sind. Dafür, daß es sich um das größte aller Probleme im Gesundheitswesen handelt, höre ich übrigens nur wenig davon in der öffentlichen Diskussion. Was immer hier bisher auch getan wurde, es hat jedenfalls den weiteren Anstieg der Krankenhauskosten nicht verhindern können. Der relativ so gewaltige Anstieg der Krankenhauskosten ist aber auch Symptom von Ursache Nr. 4:

4. Unser Gesundheitswesen ist mit Ausnahme von Impfungen und Hygiene nicht vorbeugeorientiert. Auch die sogenannten Vorsorgeuntersuchungen sind in Wirklichkeit Untersuchungen zur Früherkennung, das heißt die Krankheit liegt auch hier schon vor. Krankheit behandeln ist aber wesentlich teurer als für Gesundheit sorgen. Ein echtes Konzept zur Vorbeugung gibt es in unserer Kultur jedoch nicht. Man kann diesbezüglich aber von anderen Kulturen lernen, zum Beispiel vom alten Indien, wo die Vorbeugung beziehungsweise Behandlung von Frühzeichen noch vor Ausbruch der Krankheit eine große Rolle spielte wie auch die Maßnahmen gegen eine vorzeitige Alterung.

5. Die fehlende Vorbeugung und die fehlende Kenntnis von Frühzeichen und deren Behandlung noch vor Ausbruch einer Krankheit führt zu vielen chronischen Krankheiten in unserer Gesellschaft. Mit wenigen Ausnahmen kennen wir keine Heilung von chronischen Erkrankungen. Diese sind es jedoch, die die hohen Kosten verursachen. Die fehlende Kenntnis von Maßnahmen gegen eine vorzeitige Alterung führen naturgemäß dazu, daß das Alter mit chronischer Krankheit verbunden ist, wodurch die Kosten mit zunehmendem Lebensalter doppelt steigen - einerseits, weil der Organismus natürlicherweise schwächer wird und andererseits, weil sich die chronischen Krankheiten häufen. Dies dürfte auch den Hauptgrund für die angestiegenen Krankenhauskosten abgeben. Es gibt Konzepte, die nachweislich die hohen Kosten im Alter halbieren können, einige Untersuchungen legen sogar eine Reduktion der Kosten um 70% nahe (siehe weiter unten).

Scheitern der aktuellen Gesundheitsreform vorprogrammiert

Auch wenn andere Faktoren der Kostensteigerung im Gesundheitswesen durchaus in die Reformbemühungen der früheren Bundesregierungen und auch der jetzigen Eingang gefunden haben, z. B. die Arzneimittelpreise oder jetzt die ungehemmte Benutzung der Chipkarte, kann man aufgrund der Nichtbeachtung der oben genannten fünf Gründe schon jetzt ein Scheitern der aktuellen Gesundheitsreform voraussagen - das heißt, neben der erheblichen Kostensteigerung für die Patienten wird sie wohl leider auch die Beiträge zur gesetzliche Krankenversicherung nicht absenken können.

Einige Begründungen für das Vorgehen bei der im folgenden dargestellten Gesundheitsreform

Als Außenstehender wird man mehrere der oben angeführten Gründe für die Kostensteigerung im Gesundheitswesen für unausweichlich halten. Man kann doch auf den medizinischen Fortschritt nicht verzichten, weder bei der Medizintechnik noch bei den chemischen Medikamenten, nicht wahr ?

Hierzu Grundsätzliches: 70% aller Diagnosen stellt ein erfahrener Arzt allein durch gute Befragung. Weitere 20% ermittelt er durch einfachste Untersuchungen wie Besichtigung, Abtasten, Abhören, usw. Nur für die restlichen 10% aller Krankheiten treiben wir den hohen technischen Aufwand, den wir jetzt kaum noch bezahlen können. Dabei haben wir vergessen anzugeben, welchen Genauigkeitsgrad wir denn haben möchten: 97%, 98% oder gar 99%? - 100 % geht sowieso nicht. Jedes weitere Prozent Fortschritt dieser Art steigert die Kosten exponentiell, wie oben am Beispiel der Diagnostik der Lendenwirbelsäule gezeigt wurde. Wenn man es bezahlen kann - gut, aber wir sind zur Zeit nicht mehr in dieser Lage. Eine Beschränkung der Zahl technischer Großgeräte wäre eine der möglichen Konsequenzen, um die Kosten zu reduzieren.

Hinzu kommt, daß der Fortschritt durch Medizintechnik oft überschätzt wird:

- Eine Untersuchung der Universität Kiel wies nach, daß in 30 Jahren Nutzung der Techniken Ultraschall, Szintigraphie und Computertomographie die Zahl der Fehldiagnosen bei den wirklich ernsthaften Erkrankungen Herzinfarkt, Lungenembolie und bösartiger Tumor keineswegs abgenommen hatte. Sie hatte sogar tendenziell zugenommen, wenn auch nicht signifikant.

- Bei der Beurteilung derselben Röntgenaufnahme der Lunge, zum Beispiel bei Lungenentzündung oder einem Knoten in der weiblichen Brust, stimmen Fachärzte für Radiologie nur zu etwa 87% überein.

- Bei Kreuzschmerzen, die ins Bein ausstrahlen ("Ischias") stimmt auch die maximal teure Diagnostik, das heißt die Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) mit dem klinischen Befund oft nicht gut überein. Der Patient kann starke Schmerzen haben, doch im MRT ist nichts zu sehen. Umgekehrt kann im MRT eine völlig zerstörte Bandscheibe zu erkennen sein, ohne daß der Patient von dieser Stelle her Beschwerden hat. Der Radiologe diagnostiziert eine Einengung der Nerven rechts, doch der Patient hat Schmerzen links, usw.

„Alle High Tech-Untersuchungen einschließlich Röntgen, Sonographie, Endoskopie, CT und MRT ändern nichts an der Fehldiagnoserate von ca. 10% an großen Kliniken. Immer noch tragen Anamnese [=Befragung durch den Arzt] und klinische Untersuchung mit 95% bzw. 80% zur Hauptdiagnose bei, dagegen beispielsweise Röntgen und Endoskopie weniger als 40%“

[Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, Universität Dresden, auf dem Internistenkongress in Wiesbaden 2004, zitiert nach Medical Tribune (39. Jg.) No 22 vom 28.5.2004, S.15; Anmerkung in eckigen Klammern vom Autor zur Übersetzung oder Verdeutlichung].

Dies soll nicht bedeuten, Medizintechnik sei überflüssig. Ich nutze sie genauso wie jeder andere Arzt täglich und bin dankbar für ihre Existenz. Aber eine Richtlinie, bei welcher Symptomatik beziehungsweise Diagnose nach welchem Schema, in welcher Reihenfolge, und gegebenenfalls nach welcher Wartezeit die maximal teure Diagnostik eingesetzt werden soll, ist meines Erachtens in der jetzigen finanziellen Lage erforderlich. Wenn das gesamte Konzept stimmt, wird die Volksgesundheit durch so eine Einschränkung nicht schlechter. Im einzelnen gegebenenfalls auftretende Nachteile durch etwas längeres Abwarten (beim Einsatz der Maximaltechnik) werden mehr als ausgeglichen durch das Prinzip der umfassenden Vorbeugung, wie es weiter unten dargestellt wird.

Im übrigen kann uns niemand daran hindern, die entsprechenden Richtlinien wieder zu lockern und mehr technischen Aufwand zu treiben, wenn wir es wieder bezahlen können. Wir müssen aber eine Steuerinstanz einbauen, die den maximal möglichen Aufwand regelt.

Mir ist nur ein Fall erinnerlich, in dem das existierende Kontrollgremium (der gemeinsame Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen) eine anerkannte technische Untersuchungsmethode nicht allgemein für die GKV zugelassen hat beziehungsweise die Zulassung wieder entzog: die Messung der Knochendichte in der Vorbeugung der Osteoporose.

Im Grunde müßten aber solche Entscheidungen zur Zulassung beziehungsweise Beschränkung der Indikation ständig gefällt werden. Diesen Vorgang habe ich oben in der Zusammenfassung mit "kontrolliert einkaufen" bezeichnet. Jeder Hausvater überlegt doch auch, ob er sich das Wünschenswerte auch leisten kann und ob es wirklich erforderlich ist. Möglicherweise ist ja das jetzt im GMG vorgesehene neue "Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" imstande, diese Aufgabe zu lösen.

Zum Fortschritt bei (chemisch definierten) Medikamenten:

Viele chemische Innovationen stellen keine echte Verbesserung dar, schon gar nicht wenn man das Kosten-Nutzen-Verhältnis einbezieht. Solch eine umfassende Abschätzung nimmt aber meines Wissens bisher nur eine einzige unabhängige medizinische Zeitschrift in Deutschland vor (das "arznei-

telegramm"), deren Ergebnisse aber keineswegs von unserem Gesundheitswesen übernommen werden. Die ebenfalls unabhängige medizinische Zeitschrift "Der Arzneimittelbrief" bezieht die Kosten immerhin in seine Diskussion mit ein.

Das existierende zuständige Gremium von Ärzten und Krankenkassen befaßt sich in aller Regel nur mit der Zulassung von bestimmten medizinischen Verfahren. Nur in einem Falle ist mir bekannt, daß ein anerkannt wirksames Medikament nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen wurde, weil diese Maßnahme offensichtlich die finanzielle Katastrophe bedeutet hätte: bei dem Potenzmittel Viagra.

Siehe oben: Im Grunde müßten solche Entscheidungen für oder gegen die Zulassung von Medikamenten in der GKV aber ständig gefällt werden - siehe den Absatz zuvor: "kontrolliert einkaufen"; das heißt man muß immer wieder fragen, ob man sich das Wünschenswerte auch leisten kann und ob es wirklich erforderlich ist. Im Anhang findet sich ein ausführlich diskutiertes Beispiel (die fettensenkenden Medikamente bei der koronaren Herzkrankheit).

Chemische Medikamente eignen sich meist eher für die Notfallbehandlung und werden in unserem Medizinsystem viel zu häufig verwendet. Dadurch bekommen wir unnötig deutlich die Nebenwirkungen zu spüren, mit entsprechenden Folgekosten. In Deutschland sollen sogar jedes Jahr 20 000 Menschen als Folge von Medikamentenwirkungen sterben, davon allein ca. 4 000 Personen an den Folgen der Einnahme von Aspirin-artigen Mitteln gegen Schmerzen und Entzündung. Angeblich werden in Deutschland jedes Jahr ca. 300 000 Krankenhausbehandlungen aufgrund von unerwünschten Medikamentenwirkungen erforderlich.

Da der Arzt in seiner Ausbildung aber in aller Regel nur die Behandlung mit chemisch definierten Medikamenten gelernt hat, wendet er naturgemäß auch fast nur chemische Medikamente an.

Ca. 40 000 Personen jährlich sterben in Deutschland an einer Infektion, die sie sich erst im Krankenhaus geholt haben. Dabei handelt es sich meistens um Bakterien, die an sich harmlos sind, aber durch die routinemäßige Anwendung von Antibiotika im Krankenhaus gegen jegliches Antibiotikum resistent wurden. Wenn sie nun geschwächte Patienten befallen, gibt es keine Hilfe mehr.

Antibiotika werden auch in der Kinderheilkunde viel zu häufig eingesetzt, praktisch immer, wenn das Kind Fieber hat. Dabei hat jeder Arzt in seiner Ausbildung gelernt, daß 90 Prozent der fieberhaften Erkrankungen im Kindesalter durch Viren bedingt sind, bei denen ein Antibiotikum nicht nur nicht hilft, sondern gegebenenfalls sogar noch die Abwehr schwächt. Eine solche Behandlung ist teuer, bestenfalls sinnlos, aber massenhaft üblich. Als Begründung wird im Zweifelsfall angegeben, daß sich auf die Virenerkrankung ja zusätzlich Bakterien gesetzt haben könnten und daß man dieser Komplikation mit dem Antibiotikum vorbeugen möchte. Der eigentliche Grund besteht aber meines Erachtens wiederum darin, daß der Arzt in seiner Ausbildung nichts anderes gelernt hat. Auch weil er in seiner (Krankenhaus-) Ausbildung häufig mit den schlimmsten Fällen konfrontiert war, wo das Antibiotikum tatsächlich gebraucht wurde.

Hier bin ich also beim nächsten Faktor angelangt, der unser Medizinsystem qualitativ schlecht und dazu teuer macht:

Die praxisfremde Ausbildung des Arztes und die unzulässige Übertragung einer teuren und toxischen Notfallmedizin als Basisedizin in den Alltag

Spätestens seit Einführung der Chipkarte ist es so, daß - ich übertreibe minimal - der Patient mit Schnupfen zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt, mit Husten zum Lungenfacharzt, mit Schmerzen in der Herzregion zum Herzspezialisten, mit Magenschmerzen zum Gastroenterologen, mit

Rückenschmerzen zum Orthopäden, mit einem Ekzem zum Hautarzt, mit Kopfschmerzen zum Nervenarzt und - noch neu - bei psychischen Problemen zum Psychologen geht - von allein, versteht sich, das heißt ohne Überweisung durch einen Hausarzt. Dieses Doktor-Hopping ist nicht nur teuer und wird im übrigen durch die jetzt eingeführte Praxisgebühr keineswegs eingedämmt, sondern es ist auch ein deutliches Zeichen dafür, daß der Patient beim Facharzt grundsätzlich eine bessere Behandlung zu erhalten glaubt als beim Hausarzt. Dadurch sind die Fachärzte auch massenhaft mit banalen Alltagserkrankungen befaßt, die nun wirklich jeder Hausarzt ebenso gut behandeln könnte.

Dies soll nicht bedeuten, daß wir keine Fachärzte brauchen. Auch ich arbeite mit allen möglichen Fachärzten zusammen und bin dankbar für ihre Existenz. Wenn aber die Zahl der Fachärzte die der Allgemeinärzte derartig übersteigt, wie es inzwischen der Fall ist (im Jahr 2000 62% Fachärzte und nur noch 38% Allgemeinärzte), zeigt dies meines Erachtens einen grundsätzlichen Fehler im Gesundheitssystem an. Er ist vor auszusehen, daß bei einer Entlastung der Fachärzte von einfachen Erkrankungen der Bedarf an Fachärzten erheblich verringert werden kann - mit der Folge einer Kostensenkung, wie die Kassen inzwischen erkannt haben.

Dazu muß die Kompetenz des Hausarztes allerdings so gesteigert werden, daß die Menschen wieder mehr Vertrauen zu ihm haben. Dies sollte auf zwei Weisen geschehen, einmal konservativ und zum anderen durch Einführung einer völlig neuen Basismedizin.

Konservativ bedeutet, daß die bisher nach meiner Kenntnis immer noch in weiten Teilen unglaublich praxisferne Ausbildung des Medizinstudenten von Anfang an auf den ärztlichen Alltag eines Hausarztes zugeschnitten wird. Zu Beginn seines Studiums lernt der angehende Arzt noch einmal Physik und Chemie, auch Biologie - allerdings leider nichts über Heilpflanzen! -, die alle eigentlich in die Oberstufe des Gymnasiums gehören, von dem er gerade kommt. Vieles in den ersten zwei Jahren seiner Ausbildung wäre nur sinnvoll, wenn wir in die Forschung gehen wollte - die wenigen, die das tun wollen, könnten das doch später für sich alleine nachholen! Anschließend muß der Medizinstudent für die Prüfungen eine ungezählte Menge von sehr seltenen Krankheiten kennen, die er später in der Praxis nie sehen wird.

Nach vier Jahren Ausbildung kann es sein, daß der Medizinstudent noch immer nicht weiß, wie er eine einfache Halsentzündung behandeln würde. Für die eitrige Mandelentzündung hat er gelernt: Penicillin. Aber was tun, wenn da kein Eiter zu sehen ist? Bei Fieber hat er gelernt: Acetylsalicylsäure ("Aspirin") oder Paracetamol. Aber was tun, wenn der Patient gar kein Fieber hat? Für diesen einfachen Fall hat er an der Universität nichts gelernt! Noch schlimmer: die Hausmittel, die er selbst vielleicht von Kindheit an für solche Fälle gewöhnt ist, wurden ihm im Studium als unwirksam dargestellt.

Anscheinend ist die Praxisferne der akademischen Ausbildung an deutschen Universitäten generell üblich beziehungsweise beginnt sie schon in der Schule. Bedeutet Praxisferne in jedem Fach schon eine unglaubliche Verschwendung von Zeit und Energie, so ist sie im Bereich der Medizin aus meiner Sicht völlig inakzeptabel.

In seiner folgenden Ausbildung beziehungsweise Fortbildung im Krankenhaus lernt der Arzt dann überwiegend mit dem Extrem der schweren Erkrankung umzugehen, nicht aber mit dem Alltag "im Feld". Wenn er dann schließlich als angehender Allgemeinarzt einen Ausbildungsteil bei einem anderen niedergelassenen Arzt als Assistent absolviert, übernimmt er das etablierte Regime eines Arztes, der aus eben dieser Art der Ausbildung hervorgegangen ist.

Vor allem für die Erkrankungen im Alltag, bei denen man am Körper keine meßbare Veränderung findet, lernt der angehende Arzt keinerlei Therapie. Nach dem Medizinsystem der altindischen Hochkultur - dem Ayurveda -, den ich hier als Basismedizin vorschlage, gehören aber 60 % aller Erkrankungen in diese Kategorie. In unserem westlichen Medizinsystem werden sie "funktionelle"

und/oder "psychosomatische" Störungen genannt. Viele davon führen in unserem Medizinsystem über einen labortechnischen und medizintechnischen Untersuchungs-Marathon durch verschiedene Fachärzte schließlich zu dem Endergebnis: "Sie haben nichts!" Davon fühlt sich der Patient allerdings nur wenig besser und vor allem wird er dadurch nicht gesund. Da der Arzt für alle diese Fälle aber keine Therapie gelernt hat, verordnet er oft dennoch ein chemische Medikament für eine der körperlich faßbaren Krankheiten, nach denen er vorher vergeblich gesucht hat - obwohl der Patient ja nun diese Krankheit gar nicht hat.

Zum Beispiel hat der Arzt bei einem Patienten mit Oberbauchbeschwerden vergeblich nach einer Gastritis oder gar einem Magengeschwür gesucht und beides nicht gefunden. Dennoch gibt er ein starkes, die Magensäure hemmendes Medikament. Dies ist teuer und bestenfalls unsinnig, wird aber massenhaft praktiziert - siehe oben bei den Antibiotika. Wie zuvor sehe ich den Hauptgrund darin, daß der Arzt nichts anderes gelernt hat, und natürlich auch darin, daß er den Patienten nicht ohne Medikament gehen lassen möchte.

Wenn dies 60% aller Krankheiten betrifft, können Sie sich vorstellen, warum ich von einem erheblichen Qualitätsmangel unseres Medizinsystems spreche, der allerdings grundsätzlicher Natur ist, wie ich weiter unten erläutern werde. Diese 60% aller Krankheiten, für die wir in unserem Medizinsystem keine wirksame Behandlung kennen, liefern auch einen der Gründe für das Doktor-Hopping. Wenn der eine Arzt nicht geholfen hat, kann es vielleicht ein anderer, insbesondere ein Facharzt, der muß es doch ganz genau wissen? Diese Krankheiten sind aber auch ein Grund für die Zunahme des Bedarfes an Psychotherapie, der jetzt zur Einbeziehung der Psychologen als quasi Facharzt für die alltäglichen Gesundheitsstörungen der Seele geführt hat (die schweren seelischen Störungen sind ja weiterhin dem Arzt beziehungsweise Psychiater vorbehalten). Und schließlich sind sie (in Deutschland) auch die Ursache für die Existenz eines "Neben-Arztes", für den Heilpraktiker /die Heilpraktikerin.

Daher empfehle ich außer der konservativen Ausbildungsverbesserung des Arztes noch eine radikale: die Einführung einer völlig neuen Basismedizin, die alle Ärzte in ihrer Ausbildung als erstes lernen sollten. Dies würde sie nicht nur in die Lage versetzen, schon nach dem ersten Ausbildungsjahr bei vielen Krankheiten Rat zu wissen, sondern insbesondere auch bei den obengenannten 60% Krankheiten, die ihm oft ohne körperlich faßbare Veränderungen entgegenkommen. Diese Ausbildungsverbesserung würde naturgemäß erst in der nächsten Ärztegeneration wirksam. Zum Teil kann man sie aber auch jetzt schon umsetzen, da es für den Ayurveda Fortbildungskurse für Ärzte gibt, die an Wochenenden wahrgenommen werden können.

Einführung des Medizinsystems der altindischen Hochkultur - Ayurveda - als Basismedizin in das Medizinstudium

Die Methoden unseres Medizinsystems entstammen der Physik und Chemie, das heißt der Erforschung von unbelebter Materie, und sind für die Erfassung von lebenden Wesen nicht gut geeignet. Die Notfallmedizin kann man nichtsdestoweniger gut damit bestreiten: Kanülen zum direkten Einbringen von Medikamenten in den menschlichen Körper, Katheter zum Absaugen von Schleim oder zur Beseitigung von Blutgerinnseln in Blutgefäßen, oder zum Hintragen von gefäßverengenden Medikamenten an den Ort einer inneren Blutung, um diese zu stillen, Darstellung aller von außen nicht sichtbaren Körperteile in der Computertomographie oder Magnet-Resonanz-Tomographie vor einer Operation, die ganze Operationstechnik undsoweiter undsoweiter. Hier liegen ja auch die großen Fortschritte unserer modernen Medizin.

Wenn ich dennoch sage, daß wir mit diesen Methoden ein lebendiges Wesen, also insbesondere einen Menschen nicht gut erfassen können, was meine ich dann damit?

Dies wird vor allem deutlich, wenn man zur Beschreibung eines Menschen oder seiner Gesundheitsstörung, oder auch von Wetter oder Pflanzen oder der Ernährung das altindische System der drei "Farben" (sogenannte "Doshas") verwendet. Mit Hilfe dieser drei "Farben" werden 7 beziehungsweise 10 menschliche Konstitutionstypen unterschieden, die zusammen mit der Natur der Gesundheitsstörung (in Begriffen der drei "Farben") auf logische Weise bereits zur einer Handlungsanweisung für allgemeine Maßnahmen führen. Es handelt sich um die Darstellung von Naturgesetzen, allerdings auf völlig anderer Art, als wir es sonst gewöhnt sind.

Ganz fremd ist die Definition der Farben ("Doshas") auch einem europäischen Arzt allerdings nicht, denn sie werden ähnlich wie unsere Krankheiten als Syndrome beschrieben, das heißt als eine Sammlung von Symptomen, von denen nicht alle da sein müssen.

Hier ist nicht der Platz für eine Darstellung des Ayurveda, doch können Sie einen guten Einstieg auf wenigen Seiten in meinem Artikel "Darstellung der Ayurveda-Kost" in der Zeitschrift "Ernährungs-Umschau", 46. Jahrgang, Sonderheft 1999, Seiten 113 bis 117, finden, wo ich auch einige grundsätzlichen Überlegungen anstelle. *)

Man kann auch sagen, daß wir mit unseren Methoden den Menschen immer in Einzelteile zerlegen müssen, um Wissen über ihn zu gewinnen. Entsprechend oft hat der Patient den Eindruck, man habe nur Teile von ihm erfaßt, aber nicht seine ganze Person. Konsequenz ist unsere Aufteilung der Medizin in einzelne Fachdisziplinen.

Dazu ein Beispiel:

Eine Frau mit Schmerzen auf der linken Brustseite denkt, sie habe ein Problem am Herzen und geht direkt zum Kardiologen (Herzspezialisten). Dieser vermutet aufgrund von Befragung und einfachen Untersuchungen, daß keine Herzerkrankung vorliegt, führt aber dennoch weitergehende technische Untersuchungen durch, quasi zur Sicherheit, denn vom Herzspezialisten erwartet man schließlich, daß er auch die sehr seltenen Störungen am Herzen noch findet. Nachdem er - ich übertreibe minimal - vom Pulmologen (Lungenspezialisten) einen Krebs der Bronchien und vom Gynäkologen einen Brustkrebs hat ausschließen lassen, und nachdem er selbst am Herzen nichts gefunden hat, schickt er die Patientin zum Orthopäden. Der Orthopäde stellt - sagen wir - einen Druckschmerz am fünften Brustwirbel fest, kann im Röntgenbild der Brustwirbelsäule nichts falsches finden, stellt vielleicht die Diagnose "Brustwirbelsäulen-Syndrom links" und verordnet Diclofenac-Tabletten, ein von Aspirin abgeleitetes Medikament.

An dieser Stelle möchte ich einschleichen, daß keiner der Fachärzte hier einen Fehler macht. Jeder tut, was er in der klinischen Ausbildung auch schon immer getan hat: gefährliche Krankheiten in einem anderen Fach durch einen Facharzt-Kollegen ausschließen, bevor er in seinem eigenen Fach eine Diagnose stellt.

Ein ayurvedisch fortgebildeter Arzt würde zunächst die gleichen Fragen stellen wie die Fachärzte und die gleichen elementaren körperlichen Untersuchungen durchführen. Aus der Art der Krankheitszeichen würde er aber eine ayurvedische Diagnose in Begriffen der drei Qualitäten ("Doshas") stellen, die ihm sofort eine Reihe von Therapiemöglichkeiten eröffnet, die der Patient selber durchführen kann. Beispielsweise könnte die ayurvedische Diagnose auf "Vata-Störung" lauten. Damit wäre die Störung automatisch "kalt", "trocken", "bewegt" usw. Als Heilmittel bieten sich feuchte Hitze und Ruhe an, die der Patient entweder in einer Badewanne oder durch eine heiße Kompresse im ruhigen Liegen umsetzen könnte. Rücksicht auf die ayurvedische Konstitution würde der Ayurveda-Arzt dadurch nehmen, daß er dem hitzigen "Pitta-Typ" die Badewanne nicht raten würde, sondern nur die heiße Kompresse. Außerdem würde der Arzt aber vielleicht in der ayurvedischen Pulsdiagnose "Verdrängte Gefühle im Herzen" feststellen und damit das Hauptthema der Patientin ansprechen.

In unserem Medizinsystem käme man zu diesem Thema überhaupt nicht oder erst, nachdem der Patient trotz Durchuntersuchung der Fachärzte aller betroffenen Fächer und Diclofenac-Tabletten immer wieder zum Arzt zurückgekehrt und seine Beschwerden klagt. Dann würde man ihn neuerdings also zum Psychologen schicken oder, schlechter, eine Depression annehmen und möglicherweise gleich mit antidepressiven chemischen Medikamenten behandeln.

Aber sind nicht die Ärzte heute auch im Psychosomatik ausgebildet? Sie erhalten eine gewisse Minimalausbildung, doch rangiert bei uns die Psychosomatik quasi am allerletzten Platz. Daher würde in unserem Medizinsystem auch ein Arzt mit psychosomatischer Aus- oder Fortbildung diese Störung zunächst rein somatisch untersuchen und behandeln. Aber selbst wenn er den Seelenhaushalt anspricht, will sein Patient eventuell keine Psychotherapie - besonders, wenn es sich um einen männlichen Patienten handelt.

In der altindischen Medizin könnte der Patient trotzdem ganzheitlich behandelt werden, ohne daß er dies als Psychotherapie auffassen würde. Man könnte zum Beispiel entsprechend den Pulsmuster ein Medikament (in der Regel eine Pflanzenmischung) geben, das sowohl die Rückenschmerzen als auch die verdrängten Gefühle im Herzen berücksichtigt. Der Patient muß es deshalb nicht wissen, weil die Pflanzenmischungen meist keinen Beipackzettel mit den Indikationen haben. Aber auch die allgemeinen, bereits empfohlenen Maßnahmen wie Badewanne oder heiße Kompresse würden sich im gewünschten Sinne positiv auf den Seelenhaushalt auswirken.

Wenn der Patient unter dieser Therapie nicht schnell gesund wird, würde natürlich auch ein ayurvedisch fortgebildeter Arzt alle sonst üblichen Untersuchungen zum Ausschluß schwerer somatische Erkrankungen durchführen - Ursache der Beschwerden könnte ja auch die Wirbelmetastase eines unerkannten Tumors sein. Es ist aber sehr ineffektiv und teuer, diese technische Routine gleich zu Beginn bei jedem Patienten dieser Art durchführen zu lassen, besonders wenn man sich daran erinnert, daß dies für 60% aller Krankheiten die Suche an der falschen Stelle bedeuten würde.

Der Ayurveda ist zeitlos gültig

Beim ersten Kontakt mit dem Ayurveda kommt man nicht leicht auf die Idee, daß dieses System Wesentliches für unsere Medizin leisten könnte. Im Gegenteil wird man bei der Bezeichnung "altindischen Medizin" eher an "vorsintflutlich" denken - so wie ich bei meiner ersten Begegnung mit dem Ayurveda. Tatsächlich aber lese ich quasi jeden Tag Publikationen im medizinischen Zeitschriften, die die Richtigkeit dieses uralten Systems belegen. Dazu zwei kleine Beispiele:

Die oben beschriebenen drei "Farben" steuern auch den Tagesrhythmus. Die einzig heiße "Farbe" - Pitta genannt - beherrscht die Mittagszeit zwischen 10 Uhr und 14 Uhr. Pitta ist u. a. "heiß", "sauer", "salzig" und "scharf". Nach westlicher Forschung produziert unser Magen um 13 Uhr die maximale Salzsäure-Konzentration am Tag, und zwar gleichgültig ob wir essen oder nicht. Man könnte also sagen, daß wir um diese Zeit maximal sauer sind. In der Sprache des Ayurveda heißt das: Pitta hat sein Maximum, aber damit erhält der Arzt gleich noch eine Menge weitere Informationen über diese Zeit.

Oder nehmen wir eine Krankheit als Beispiel. Bei erheblicher Herzschwäche glaubte man in unsere Medizin lange Zeit, daß der Kranke geschont werden müsse. Nach den Regeln der altindischen Medizin handelt es sich aber um eine Störung der "Farbe", die schwer, träge und langsam ist, genannt "Kapha". Diese Störung braucht Bewegung. Es hat lange gedauert, bis auch wir entdeckt haben, daß erheblich herzschwache Personen durch Bewegung besser werden.

Wie gesagt, der Ayurveda beschreibt die Naturgesetze aus völlig anderem Blickwinkel als wir es gewohnt sind. Ein direkter Vergleich ist auch deshalb nicht gut möglich, weil der klassische Ayurveda

multifaktoriell arbeitet, eine Denkweise, die erst langsam Eingang in unsere Medizin findet. In meiner oben genannten Publikation über den Ayurveda erkläre ich auch, wie es möglich ist, daß dieses Medizinsystem nach Tausenden von Jahren unverändert gültig ist, mit ähnlicher Sicherheit wie mathematische Grundlagen.

Der Ayurveda hilft auch bei schweren Erkrankungen

Da der Ayurveda in letzter Zeit als Wellness-Förderer bekannt geworden ist, glauben selbst dem Ayurveda zugeneigte Personen, er sei für die Behandlung von ernsten Krankheiten nicht geeignet. Als Beispiel für die Wirksamkeit der ayurvedischen Vorgehensweise auch bei schweren Krankheiten mag die koronare Herzkrankheit dienen, bei der die herzversorgenden Blutgefäße ("Herzkranzgefäße") durch Fettablagerungen verengt sind und die als Symptom Anfälle von Brustenge ("Angina pectoris") hat - gegebenenfalls mit Schmerzen, Angst und Schweißausbruch. Da sie ohne Behandlung zum Herzinfarkt führen kann, forschen an dieser Krankheit weltweit ganze Heerscharen von Ärzten.

1991 bewirkte die im Jahr zuvor erfolgte Veröffentlichung einer Untersuchung von Ornish und Mitarbeitern aus Kalifornien in der renommierten medizinischen Fachzeitschrift "The Lancet" eine Weltsensation für die Medizin. Ornish zeigte - ohne das Wort "Ayurveda" ausdrücklich zu erwähnen -, wie durch vier nicht-medikamentöse Maßnahmen die Zahl der Angina pectoris-Anfälle innerhalb eines Jahres um 91% gesenkt, vor allem aber röntgenologisch-angiographisch eine signifikante Aufweitung besonders der hochgradigen Engstellen ("Stenosen") an den Herzkranzgefäßen erreicht werden konnte. Die Kontrollgruppe verzeichnete im gleichen Zeitraum eine Verschlechterung der Beschwerden um 165% und eine signifikante weitere Verengung der Herzkranzgefäße.

Die vier Maßnahmen waren:

1. Strikt nicht rauchen,
2. Fettarme vegetarische Diät mit wenig Milchprodukten und Eiweiß,
3. Mindestens dreimal pro Woche eine Stunde Bewegung mit 75% der Grenzleistung (Gehen),
4. Eine Stunde pro Tag Stressmanagement-Training (u.a. Yoga, Atemübungen, Meditation).

Der Ayurveda kennt kein Dogma; zum Beispiel würde er nur bei bestimmten Krankheiten beziehungsweise bei einer bestimmten Lebensweise vegetarische Kost empfehlen. Das erfolgreiche Konzept von Ornish et al. ist jedoch ein typisches Beispiel für die multifaktorielle ayurvedische Vorgehensweise auf verschiedenen Ebenen:

- Auf der Ebene des Bewußtseins: Meditation;
- Auf der Ebene des Fühlens und Denkens: zwei wöchentliche Treffen der Experimentalgruppe zur Schulung und gegenseitigen Bestärkung in der neuen Lebensweise;
- Auf der Ebene des Körpers: Diät und Training.

Auch andere oder, wenn erforderlich, zusätzliche Ansätze des Ayurveda wären möglich gewesen, zum Beispiel Pflanzentherapie, Musiktherapie etc.; aber auch schon wenige und manchmal ein einziger Ansatz können ausreichend sein.

Ornish und seine Mitarbeiter haben gezeigt, daß mit der von ihnen gewählte Kombination von quasi ayurvedischen Maßnahmen die koronare Herzkrankheit nicht nur erheblich zu lindern, sondern - für alle praktischen Zwecke - sogar zu heilen ist (Dr. D.Ornish et al., The Lancet, Vol. 336, No 8708 (1990), pp 129-133).

Dies ist das Beispiel für die bessere Medizin, die ich meine, und die zu gigantischen Kosteneinsparungen führen würde: ambulante Medizin statt Krankenhaus, Vorbeugung beziehungsweise Heilung statt Dauermedikation mit teuren, chemisch definierten Medikamenten oder wiederholte Reparatur am Herzen mit technisch-medizinischen Mitteln. Von den Nebenwirkungen der Medikamente, die auch wieder teure Behandlungen nach sich ziehen können, ganz zu schweigen.

Die Weltsensation bei dieser Untersuchung bestand im Nachweis der Umkehrbarkeit der Koronarsklerose. Bis dahin hatte niemand für möglich gehalten, daß der Körper die Gefäßverengungen auch von allein wieder aufweiten könnte.

Nachdem diese sensationelle Veröffentlichung durch fast alle medizinischen Zeitschriften weitergereicht worden war, interessierte sich in den Folgejahren allerdings niemand mehr dafür. Der Grund besteht meines Erachtens darin, daß nahezu sämtliche Forscher auf diesem Gebiet mit der Suche nach neuen, chemisch definierten Medikamenten oder nach neuen technischen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden befaßt sind - siehe oben: wir suchen den Fortschritt in der falschen Richtung. Bei dieser Suche haben sich natürlich auch die finanziellen Strukturen verfestigt. Mit neuen, chemisch definierten Medikamenten, die einer Heerschar von Patienten permanent verabreicht werden müssen, läßt sich viel Geld verdienen; ebenso mit technischem Gerät, das sozusagen Tag und Nacht im Einsatz ist, beispielsweise bei der technischen Aufweitung von Herzkranzgefäßen. Es wäre von einem forschenden Professor an einer Universität sicher zuviel verlangt, seine ganze Abteilung mangels Finanzierung zu schließen, um völlig neue Wege bei der Behandlung zu suchen.

Auch aus diesem Grund ist die Ausbildung einer völlig neuen Ärztegeneration mit ganz und gar anderen Grundsätzen erforderlich (siehe weiter unten).

Es ist nicht ganz wahr, daß sich niemand mehr für Ornish und seine Ergebnisse interessierte. Meines Wissens finanzierte die AOK Deutschland eine Folgeuntersuchung mit den gleichen Patienten, bei der – inzwischen vier Jahre später – eine Stabilisierung der Resultate festgestellt werden konnte.

Dies ist meiner Ansicht nach die richtige Richtung, in der geforscht werden muß. Wenn ich gesagt habe, wir suchen den Fortschritt in der falschen Richtung, meine ich nicht, daß jegliche Forschung in der bisherigen Richtung aufhören sollte. Als Notfallmedizin, in der Chirurgie und beispielsweise bei Infektionen ist unser Medizinsystem ja sehr erfolgreich.

Ich meine vielmehr, daß die Basis unseres Medizinsystems eine völlig andere werden muß, ausgerichtet auf Vorbeugung und Heilung. Chronische Behandlung und Krankenhausbehandlung müssen zum Nebenschauplatz werden. Dadurch würde nicht nur die Volksgesundheit erheblich gesteigert, sondern eben auch die Kosten im Gesundheitswesen drastisch gesenkt werden - wie weiter unten noch gezeigt wird.

Konzept für eine echte Reform des Gesundheitswesens in Deutschland

Meine Gesundheitsreform basiert auf folgenden Säulen:

1. Spezielle Pauschalhonorare der beteiligten Ärzte und Krankenhäuser. Ähnlich wie im alten China und im alten Indien darf der Arzt an der Behandlung der Krankheit nicht verdienen.
2. Hausarztprinzip mit völlig neu ausgebildeten Hausärzten.
3. Beschränkung beziehungsweise Steuerung der Zahl aller beteiligten Ärzte und Krankenhäuser.
4. Großgeräteplanung.
5. Planungsgremium aus Ärzten, einem Statistiker und Gesundheitspolitikern, das ständig kostspielige diagnostische und therapeutische Strategien auf Sinn und Kosten hin überarbeitet und deren

Zulassung steuert ("kontrolliert einkaufen" - eventuell schon in dem neu zu gründenden Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen realisierbar)

6. Vorbeugung im großen Stil durch Gesundheitsunterricht an Schulen und Volkshochschulen auf der Basis des Medizinsystems der altindischen Hochkultur, dem Ayurveda

7. Neuordnung der Ärzteausbildung nach praktischen Gesichtspunkten von Anfang an und mit

8. Einführung des ayurvedischen Medizinsystems an den medizinischen Fakultäten als Basismedizin.

Wie sich aus dieser Aufzählung bereits erkennen läßt, ist nicht nur die Bundespolitik betroffen, sondern auch die Länder und andere Institutionen. Teile der angeführten Maßnahmen sind nicht neu bzw. auch im vorhandenen Konzepten so oder ähnlich enthalten. Der Kern jedoch, nämlich Vorbeugung und nicht nur Früherkennung, macht nur Sinn, wenn man ein Konzept dafür kennt. Dieses fehlt aber in unserer gesamten Kultur (Hygiene und Impfungen ausgenommen), daher die Anleihe beim alten Indien.

Erläuterungen zu den acht Säulen der Reform

Zu Punkt 2. und 3.:

Das Hausarztprinzip mit Einschreibung. Wer ohne Überweisung zum Facharzt geht, muß nicht nur 10 Euro, sondern die gesamte Behandlung selbst bezahlen. Eine solche Regelung ist zur Zeit weder sinnvoll noch durchsetzbar. Erst nach einer vollständigen Umsetzung dieser Gesundheitsreform macht eine solch strenge Regelung Sinn. Die Zahl der Facharztsitze wird - erst dann! - durch Nicht-Ersetzen kontinuierlich auf das Maß reduziert, das nach der Umsetzung dieser Gesundheitsreform nur noch erforderlich ist, ebenso die Zahl der Krankenhäuser. Auch die Zahl der Hausarzt-Sitze muß dann rechnerisch so festgelegt werden, daß der Patient im Falle der Unzufriedenheit noch die Möglichkeit zum Wechseln hat. Der Beruf des Hausarztes muß genügend attraktiv gemacht werden, damit angehende Ärzte diese Laufbahn auch einschlagen möchten.

Zu Punkt 1.:

Der Arzt verdient nicht mehr an der Krankheit, sondern nur an der Zahl der bei ihm eingeschriebenen Patienten. Die Krankenhäuser beziehungsweise die dort tätigen spezialisierten Fachärzte sollten ebenfalls einen Bonus für mehr Patienten erhalten, damit es auch hier noch einen Leistungsanreiz gibt.

Zu Punkt 2. und 7.:

Es muß ein qualifizierter Hausarzt neu herangebildet werden, dem das Volk auch vertrauen kann. Dafür muß die Ausbildung der Ärzte grundlegend verändert werden. Ähnlich wie in anderen akademischen Ausbildungsgängen in Deutschland lernt auch der angehende Arzt jahrelang Dinge, die er in der Praxis nie wieder verwenden wird. Er wird auf die seltensten Krankheiten hin geprüft, die in der Praxis nachher keinerlei Relevanz haben werden. Die wirkliche Medizin im Feld unterscheidet sich so stark von der im Krankenhaus gelernten, daß der Hausarzt, ähnlich wie andere akademische Berufe in Deutschland auch, erst in der Praxis wirklich lernt, seinen Beruf auszuüben. Ist dies schon in anderen Berufen eine unglaubliche Verschwendung von Zeit und Energie, halte ich es beim Arztberuf für völlig intolerabel. Wenn ich hier sage "seinen Beruf auszuüben", meine ich natürlich nur die Ärzte, die auch die 60% Krankheiten erfolgreich behandeln möchten, zu denen sie an der Universität und im Krankenhaus nichts gelernt haben. Wer hier mit der Durchuntersuchung und dem Endkommentar "Sie haben nichts" zufrieden ist, kann natürlich so weitermachen, wie er es gelernt hat. Ich bezweifle aber, daß dies bei irgendeinem niedergelassenen Arzt auf die Dauer der Fall ist.

Der detaillierte Entwurf einer ärztlichen Ausbildung gehört nicht an diese Stelle, doch möchte ich wenigstens andeuten, was ich für erforderlich halte: der Arzt muß nicht erst in den klinischen

Semestern, sondern von Anfang an auch im Erkennen von Krankheiten geschult werden, nach Symptomen in Flußdiagrammen, aber vor allem: nach dem Prinzip der Häufigkeit und natürlich auch der Priorität einer möglichen Gefahr. Das wahrscheinlichste und häufigste muß er zuerst lernen, samt Therapie. Die gefährlichste Möglichkeit muß er zuerst lernen samt der Diagnostik, wie man sie ausschließt oder sichert. Wenn er in das erste klinische Semester kommt, sollte er diese praktischen Grundlagen längst auswendig beherrschen und entsprechende Prüfungen ohne Fehler bestehen können. In den Prüfungsfragen der heutigen Prüfungen sind reihenweise hochspezialisierte Fragestellungen enthalten, die selbst manche Experten nicht beantworten können, um nur ja nicht die Prüfungsfragen des Vorjahres zu wiederholen. Warum sollen die Medizinstudenten die Prüfungsfragen nicht vor der Prüfung kennen und allesamt mit Null Fehler bestehen? Möchten Sie von einem Arzt behandelt werden, der mit Fehlern bei elementaren Fragen durch die Prüfung gekommen ist?

Bei dieser Vorgehensweise müßte allerdings der Zugang zu den medizinischen Studienplätzen möglicherweise wieder beschränkt werden.

Zu Punkt 8.:

Das Volk wird dem neuen Hausarzt nur dann vertrauen, wenn er auch die 60% Krankheiten erfolgreich behandeln kann, bei denen der Patient sich heute anhören muß: "Sie haben nichts!". Deshalb sollte jeder Arzt an der medizinischen Fakultät eine Basisausbildung im Medizinsystem der altindischen Hochkultur, dem Ayurveda erhalten, der auch für diese 60% meist "unsichtbaren" Krankheiten eine erfolgreiche Therapie kennt. Eine Basisausbildung in den ersten zwei Semestern anstelle von Physik, Chemie und Biologie würde zunächst völlig reichen, dazu Praktika zur Wahrung der Kenntnisse während des gesamten Studiums. Eine Vertiefung könnte später auf Fortbildungskursen erfolgen ähnlich wie die Fortbildung in den einzelnen Fachdisziplinen der Medizin. Die Deutsche Gesellschaft für Ayurveda beispielsweise bietet mit dem westlichen Denken in Übereinstimmung gebrachte Kurse für eine solche Basisausbildung an.

Im Augenblick ist es so, daß der Arzt erst in seiner Praxis feststellt, daß er für 60% der Krankheiten keine Therapie erlernt hat. Viele meiner Kollegen sind dann mit dem Satz "Sie haben nichts!", den sie den Patienten nach Abschluß der Untersuchungen mitteilen müssen, nicht zufrieden und bilden sich in sogenannten alternativ-medizinischen Methoden fort, von denen sie an der Universität nichts gehört haben: Homöopathie, Akupunktur, Chirotherapie usw.

Oder sie sind nicht zufrieden damit, daß sie bei chronischen Krankheiten nur Medikamente verschreiben können und zusehen müssen, wie sich der Zustand des Patente langsam aber sicher verschlechtert - und befassen sich deshalb mit den Alternativmethoden. Und tatsächlich sagt die Erfahrung, daß sie nun in vielen Fällen helfen können, wo sie mit dem von der Universität mitgegebenen Rüstzeug nicht weiterkamen.

Zu Punkt 6.: Einer meiner Standardsätze bei Vorträgen über den Ayurveda lautet: "Im Ayurveda lernt man, wie man ohne Arzt gesund bleibt". Durch das Verstehen des eigenen Körpers, des eigenen Konstitutionstyps in Begriffen der drei ayurvedischen Färbungen ("Doshas") kann man schon von Kindesbeinen an lernen, was gut für die eigene Person ist (und nicht für alle das gleiche, wie man hierzulande glaubt). Die Eltern können in Volkshochschulkursen Kenntnisse darüber erwerben, wie sie ihre Kinder diesbezüglich richtig erziehen und natürlich auch, wie sie Krankheit für sich selbst vermeiden können.

In der Schule fehlt meines Wissens die Gesundheitserziehung weitgehend. Am ehesten würde sie wohl in den Biologieunterricht passen; das heißt die für die Vorbeugung erforderlichen Grundprinzipien des Ayurveda müßten den Grundschullehrern in ihrer Ausbildung vermittelt werden. Natürlich soll auch der angehende Arzt in seinem Studium die ayurvedischen Prinzipien der Vorbeugung von Krankheit erlernen und selbstredend auch bei sich selber anwenden.

Meditation ist „unsichtbar“, hat aber die stärksten positiven Effekte auf die Gesundheit

Zu Punkt 8.:

Vorbeugung von Krankheit im großen Stil ist genau mit denjenigen Methoden des Ayurveda möglich, die wir am wenigsten begreifen. Schon aus dem System des Yoga haben wir nur das übernommen, was man mit Augen sehen kann, nämlich die Körperübungen, während doch das Wirksamste im Yoga die mentalen Techniken sind. Auch im Ayurveda geht nichts ohne das Prinzip Meditation, wie ich in meiner oben genannten Publikation über die Ernährung im Ayurveda kurz dargelegt habe. Im Internet können Sie unter www.ayurveda.de -> Wissen -> Medizinische Artikel "Die therapeutische Hierarchie im Maharishi Ayurveda" nachlesen, wo dies ausführlich erklärt wird. Das Prinzip Meditation steht ganz oben in der Hierarchie und hat damit den stärksten positiven Effekt auf die Gesundheit.

Am besten erforscht unter den 112 in Indien gelehrten Meditationstechniken ist die sogenannte Transzendente Meditation nach Maharishi Mahesh Yogi, kurz TM. Diese wird daher auch von der Deutschen Gesellschaft für Ayurveda favorisiert, obwohl es im Grunde gleichgültig wäre, auf welche der 112 Arten der Mensch sein Bewußtsein erweitert. Bewußtseinserweiterung in diesem Sinne hat nichts mit vermehrten Kenntnissen des Intellektes zu tun. Vielmehr könnte man Meditation als bewußte Ausdehnung der Ruhe des Geistes definieren, welcher der Körper automatisch folgt, soweit er schon kann. Ein Nebeneffekt der Meditation in diesem Sinne ist daher Tiefenentspannung. Geistig ist prinzipiell grenzenlose Ruhe möglich.

Dieser elementare Vorgang - im Falle der Transzendente Meditation zweimal täglich ca. 20 Minuten ausgeübt - hat nachgewiesenermaßen tiefgreifende positive Wirkungen auf den ganzen Menschen, und zwar prinzipiell vom ersten Tag der Ausübung an. Verständlich ist, daß der Mensch durch die Tiefenentspannung erhöhte Vitalität und größere innere Ruhe erwirbt. Entscheidend für eine Gesundheitsreform ist aber ein anderer Nebeneffekt von Meditation, nämlich die erhebliche Verbesserung der Gesundheit.

1987 ergab eine Untersuchung an 2000 privat versicherten Amerikanern aus dem Bundesstaat Iowa, die regelmäßig Transzendente Meditation ausübten, daß sie über fünf Jahre hinweg nur etwa 50 % der durchschnittlichen Versicherungsleistungen in Anspruch nahmen (David W. Orme-Johnson: Medical Care Utilization and the Transcendental Meditation Program, Psychosomatic Medicine, Vol. 49, No 5/1987, pp 493-507). Wenn sie älter als 40 Jahre waren, verbrauchten sie sogar 70 % weniger als ihre Altersgenossen. Auch ein Vergleich mit demographisch passenden Paaren ("matched pairs") brachte eine Reduktion in gleicher Größenordnung. Bei der Analyse der Gründe für die Krankenhausaufenthalte waren alle Diagnosegruppen bei den Meditierenden signifikant vermindert, mit Ausnahme der Geburtshilfe. Am deutlichsten war der Unterschied bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen: hier gab es bei den Meditierenden 87 % weniger Krankenhausaufenthalte. Im Durchschnitt waren es bei den verschiedenen Krankheitsursachen etwa 35 bis 50% weniger Krankenhausaufenthalte.

In einer weiteren, kanadischen Studie mit 677 älteren Patienten senkte allein die Ausübung der Transzendentalen Meditation die Krankheitskosten um 5 bis 7 % jährlich über die fünf Jahre der Studie hinweg, während die Kosten in der Kontrollgruppe ähnlich wie hierzulande kontinuierlich anstiegen. Bei Abschluß der Studie lagen die Kosten in der Meditationsgruppe 70% unter denen der Vergleichsgruppe (Robert E. Herron, S. L. Hillis, L.V. Mandarino, D. W. Orme-Johnson, K. G. Walton: "The Impact Of The Transcendental Meditation Program On Government Payments To Physicians In Quebec", American Journal Of Health Promotion 1996; 10:208-216; und: Robert E. Herron, K. Cavanaugh; 2001; "Can the Transcendental Meditation Program Reduce Medical Expenditures of Older People?" Journal of Social Behaviour and Personality (In Press)).

Hier ist die Rede von einer Verringerung der Krankheitskosten um 50 oder gar 70%, nicht um 5 oder 7%. Theoretisch könnten wir also alle unsere Probleme im Gesundheitswesen in kürzester Zeit lösen, wenn wir nur dieses am meisten wirksame Element des Ayurveda im Volke aktiv propagieren würden.

In der Praxis wäre es allerdings nicht ganz so einfach, aus Gründen, für deren Darlegung hier kein Platz ist.

In einer anderen Untersuchung mit den Daten der bereits erwähnten Versicherung aus Iowa wurden die 693 Mitglieder eines Universitätscampus, die noch eine Reihe anderer ayurvedischer Maßnahmen befolgten, weil die gesamte Universität nach vedischen Gesichtspunkten ausgerichtet ist, mit dem Durchschnitt der Versicherten und einer demographisch passenden Kontrollgruppe (4148 andere Universitätsmitglieder) verglichen (David W. Orme-Johnson, Robert E. Herron: An Innovative Approach To Reducing Medical Care Utilization and Expenditures, The American Journal Of Managed Care, Vol. 3, No 1, Jan. 1997, pp 135-144).

Hier betrug die Abnahme der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen bei der Versuchsgruppe 59% gegenüber dem Durchschnitt und 57% gegenüber der Kontrollgruppe (über 4 Jahre zwischen 1990 und 1995). Nach 11 Jahren betrug die Abnahme gegenüber dem Durchschnitt 63%. Dabei hatte die Gruppe der über 45-jährigen insgesamt 88% weniger Arztbesuche als die über 45-jährigen der Kontrollgruppe.

Die Kostenreduktion betrug 59 % gegenüber der Norm und 57 % gegenüber der Kontrollgruppe, bei den über 45-jährigen sogar 84%. Die größte Abnahme gab es bei den Krankenhaustagen der Älteren: bei den über 45-jährigen betrug die Reduktion 91% gegenüber dem Durchschnitt und 88% gegenüber der Kontrollgruppe.

Die Bundesrepublik Deutschland ist kein Universitätscampus, doch ist es angesichts der Finanzlage erforderlich, daß wir gesundheitspolitische Ziele entwickeln und im Volk propagieren.

Die jetzt anvisierte Qualitätsverbesserung durch DMP's (Disease Management-Programme) geht ganz und gar nicht in die gleiche Richtung. Sie steigert die inzwischen im Galopp zunehmende Bürokratie in der Arztpraxis ins Unerträgliche und stiehlt damit dem Arzt abermals von der Zeit, die er eigentlich in der Beratung des Patienten verwenden sollte.

In der oben erwähnten Studie von Ornish war Meditation ein wesentlicher Eckpfeiler der Therapie - übrigens nicht die Transzendente Meditation (TM) nach Maharishi Mahesh Yogi, sondern eine andere Technik. Ein normaler Mitteleuropäer ist geneigt anzunehmen, die anderen drei Therapiemaßnahmen - Nichtraucher, vegetarisch Essen, und allenfalls die Körperübungen - hätten den 90-%igen Rückgang der Beschwerden und die Wiederöffnung der Blutgefäße am Herzen erzeugt.

Neuere Untersuchungen legen aber etwas anderes nahe: Laut einer 1995 von der American Heart Association (der Gesellschaft der amerikanischen Herzchirurgen) in Ihrer Zeitschrift "Hypertension" veröffentlichten kontrollierten Studie senkte regelmäßige Meditation (hier wieder Transzendente Meditation) in drei Monaten den Blutdruck ebenso stark wie ein Medikament, doppelt so stark wie progressive Muskelentspannung und siebenmal stärker als ein Schulungsprogramm zur Änderung von Lebensstil und Ernährung (Hypertension 1995, Vol. 28, S. 223 - 237).

In einer Fortführung dieser Studie wurde mit Ultraschall die Stärke der inneren Blutgefäßhaut gemessen und dabei festgestellt, daß diese bei der meditierenden Gruppe in 6 bis 9 Monaten um etwa 1/10 mm abgenommen hatte, während die Ablagerungen in der Kontrollgruppe mit dem Schulungsprogramm etwa um 1/20 mm zugenommen hatten. Beide Änderungen waren hochsignifikant, d. h. Zufall weitgehend ausgeschlossen (Stroke 2000, Vol. 31: S. 568-573). Die Veröffentlichung dieses Ergebnisses erfolgte in einer Pressekonferenz durch die zwei beteiligten amerikanischen Universitäten gleichzeitig und erreichte als dpa-Meldung im März 2000 auch noch die kleinste deutsche Zeitung.

Soviel Betonung des Elementes Meditation ist erforderlich, da im jetzt bestehenden Ayurveda-Boom eine Tendenz besteht, genau dieses wichtigste Element herauszuhalten und den Ayurveda auf eine traditionelle Pflanzenmedizin zu reduzieren. Ich verweise nochmals auf meine Veröffentlichungen im

Internet "Die therapeutische Hierarchie im Maharishi Ayurveda" und meinen Artikel "Darstellung der Ayurveda-Kost" in der Zeitschrift "Ernährungs-Umschau", wo dies genauer erklärt wird.

Nicht die Meditationstechnik selbst ist dabei wichtig, sondern die überindividuelle unbegrenzte Region des Geistes, die mit diesem Mittel aufgesucht wird, und die quasi objektive Erkenntnisse auf subjektiven Wege möglich macht.

Wen so ein Satz ohne nähere Kenntnis verwundert, sollte sich daran erinnern, daß die Mathematik, die Grundlage unserer westlichen Wissenschaften, quasi objektiven logischen Prozessen im Geist der Mathematiker bzw. Physiker entspringt.

Diese Vorab-Verteidigung dient dem Zweck, den geneigten Leser vom sofortigen Abschalten beim Lesen des Reizwortes "Meditation" oder gar "Transzendente Meditation" abzuhalten.

Zum konservativen Kostenmanagement im Gesundheitswesen

Zu Punkt 5.:

Zurück zum konservativen Management des Gesundheitswesens. Über das laut GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) neu zu gründende "Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" bin ich zu wenig informiert, um zu wissen, ob es dem von mir geforderten Gremium gleichwertig wäre. Ich schlage ein Planungsgremium aus Ärzten, einem Statistiker (Mathematiker) und Gesundheitspolitikern vor, das ständig kostspielige diagnostische und therapeutische Strategien auf Sinn und Kosten hin überprüft und deren Zulassung steuert ("kontrolliert einkaufen"). Dabei müssen leider der Statistiker und die Politiker das letzte Wort haben, nämlich bei der Entscheidung, ob eine neue Technologie im Volk wirklich gebraucht wird und vor allem, ob man sie sich für das öffentliche Gesundheitswesen auch leisten kann oder will. Ich habe oben zwei Beispiele für eine vernünftige Ablehnung gegeben (Technik der Osteoporose-Prophylaxe und das Medikament Viagra). Im Anhang findet sich ein ausführlich diskutiertes Beispiel (die fettsenkenden Medikamente bei der koronaren Herzkrankheit). Abermals weise ich darauf hin, daß solche Entscheidungen revidiert werden können, wenn es die Finanzlage zuläßt.

Eine besondere Schwierigkeit bei der Versorgung mit Medikamenten wird möglicherweise durch die Ausweitung der Festbetragsregelung auf Medikamente mit Patentschutz behoben. Bisher wurden durch die staatliche Festbetragsregelung immer mehr Medikamente im Preis stark reduziert und damit für die Kassen bezahlbar beziehungsweise die Kosten überschaubar. Die pharmazeutische Industrie insgesamt hat sich einer Minderung ihrer Einnahmen jedoch dadurch entziehen können, daß sie die Preise für die übrigen Medikamente, die nicht der Festbetragsregelung unterlagen, so stark erhöhte, daß die Kosten für Medikamente insgesamt dennoch kontinuierlich weiter gestiegen sind.

Fairerweise muß man allerdings sagen, daß dies nicht der einzige Grund für die ansteigenden Kosten bei Medikamenten war. Ein Grund sind auch die oben schon angesprochenen sehr teuren Innovationen, die die Ärzte naturgemäß ihren Patienten nicht vorenthalten möchten. Beispielsweise wurde im März 2003 ein neues Medikament gegen die HIV-Infektion zugelassen, das pro Jahr etwa Kosten von 20 000 Euro verursacht, und zwar zusätzlich zu der schon sehr teuren laufenden Behandlung. Wenn das Volk will, daß wir diese Medikamente nicht verschreiben, muß es uns dies durch seine Haushaltspolitiker deutlich verbieten, und zwar in einem solchen einzurichtenden Gremium. Von uns Ärzten können Sie solche Entscheidungen nicht erwarten.

Dabei ist mir bewußt, daß die beteiligten Personen eines solchen Gremiums unter erheblichem Druck aus den verschiedensten Gesellschaftsbereichen stehen würden. Dazu zählen auch die Medien, die unter einem ständigen Zwang zur Veröffentlichung von Neuigkeiten stehen und naturgemäß auch die der oben ausführlich beschriebenen Richtungen "technologischer Fortschritt" und "Fortschritt bei chemisch definierten Medikamenten" einbeziehen. Der Leser, Hörer oder Fernsehzuschauer fragt sich

dann natürlich, wo die beschriebene Neuerung bleibt. Ich erwähne dies, weil spätestens hier wieder das Reizwort von der Zweiklassenmedizin auftauchen wird. Dazu die folgende Überlegung:

Wird also die Versorgung im Gesundheitswesen durch solche Einschränkungen nicht schlechter ?

Nein, denn dieser Nachteil im Einzelnen wird durch eine globale Verbesserung mehr als aufgewogen. Ein Vergleich hierzu: Sagen wir, die Firma Mercedes baute in seine Limousinen eine Kombination von Knie- und Seitenairbags ein, durch die die Zahl der schweren Knie- und Schulterverletzungen beim Unfall um 30% reduziert wird. In unserem bisherigen Medizinsystem würde jetzt die Notwendigkeit gesehen, diese technische Neuerung in jedes deutsche Auto einzubauen. Das wäre zwar sehr teuer, genauer gesagt, wir könnten uns das als Volk gar nicht leisten, ohne die Ausgaben für unser Autobudget über das erträgliche Maß zu erhöhen, aber wir wollen es der gesamten Bevölkerung nicht vorenthalten. Sollen sich die Leute doch woanders einschränken!

Ich schlage statt dessen Verkehrsregeln vor, die die Zahl der Unfälle mit schweren Knie- und Schulterverletzungen um 70% verringern. Das ist natürlich viel besser als eine Reduktion um nur 30% mit hohem technischen Aufwand.

Deshalb sage ich entsprechend: Der Fortschritt in Richtung technischer Neuerungen, um Unfallverletzungen zu vermeiden, ist nicht die richtige Richtung. Der Fortschritt muß in der Richtung gesucht werden, wo es weniger Unfälle gibt.

Der technische Fortschritt kann ebenfalls erfolgen, muß aber entsprechend dem Portemonnaie eingekauft werden, und hier kann "Zweiklassen-Sicherheit" auch geduldet werden: Ein Mercedesfahrer fährt sicherer als ein VW-Fahrer, was wir ja auch dulden. Diese Ungleichheit wird allerdings bis zur Bedeutungslosigkeit unwichtig, wenn die Zahl der schweren Unfälle drastisch gesenkt wird.

Diese Art Ungleichheit ist auch im Medizinbetrieb nicht zu vermeiden, sie existiert in Wirklichkeit auch heute unverändert. Aber den Gesamtfortschritt in die richtige Richtung, der für das ganze Volk viel größere Vorteile bringt, als der Wohlhabende für sich allein kaufen kann - den sollten wir suchen, - solange, bis der Klassenunterschied bedeutungslos wird, weil es nur noch wenige schwere Krankheiten gibt.

Hier ist abermals Satz 9 meiner einleitenden Zusammenfassung angebracht: "Daher muß von Anfang an betont werden, daß diese Gesundheitsreform nur im Ganzen funktioniert. Wenn man versucht, nur Teile umzusetzen, wird man die Versorgung im Gesundheitswesen verschlechtern". Nur wenn eine drastische Verbesserung der Volksgesundheit - die sich heute niemand kaufen kann - , durch Vorbeugung erreicht wird, sind die hier beschriebenen Einschränkungen gerechtfertigt und dem Volk erklärbar.

Zu Punkt 4.:

Das gilt auch für die Großgeräteplanung - beispielsweise eine Beschränkung der 2,5-Millionen-Euro-Geräte wie die Magnet-Resonanz-Tomographie auf wenige Zentren, so wie es bei Einführung dieser Geräte der Fall war. Wie schon erwähnt, müßten klare Richtlinien für deren Anwendung erarbeitet werden, gegebenenfalls einschließlich von Wartezeiten, um die Kosten überblicken bzw. beschränken zu können. Natürlich wird man die bestehende Geräte nicht abschaffen, aber man kann die Zulassung von weiteren Geräten steuern.

Ohne Nachteile ist jedwede Beschränkung allerdings nicht zu machen. Es würde dann, um beim Beispiel der Rückenschmerzen zu bleiben, gegebenenfalls sechs Wochen länger dauern, bis man, sagen wir eine - sehr seltene! - noch unbekannte Tumormetastase in der Wirbelsäule entdeckt -

vorausgesetzt natürlich, beim Patienten war eine Tumorerkrankung zuvor noch nicht bekannt. Demgegenüber stünde die Einsparung, wenn nach einer gewissen Wartezeit die maximal teure Diagnostik - wegen inzwischen eingetretener Besserung - nicht mehr erforderlich ist. Und das sollte nach aller Erfahrung die deutliche Mehrheit der Fälle sein.

Wenn, was aus verständlichen Gründen zu erwarten ist, die Ärzteschaft solche Richtlinien nicht alleine zustandebringt, müßte das zu gründende bundesweite Kontrollgremium (Punkt 5.) diese Aufgabe übernehmen. Hiermit kommen wir zum Zeitplan.

Zum Zeitplan

Solche Einschränkungen würden zum jetzigen Zeitpunkt zu Recht ausschließlich als Verschlechterung der Versorgung im Gesundheitswesen gesehen und damit nicht angenommen werden. Das gleiche gilt für die strikte Anwendung des Hausarztprinzipes zum jetzigen Zeitpunkt. Würde man das Volk zur Annahme zwingen, hätte der Einwand von der Zweiklassenmedizin tatsächlich Substanz und könnte nicht widerlegt werden.

Das gilt allerdings auch schon für die jetzt im GMG beschlossenen Einschränkungen. Ich selber habe weiter oben Beispiele dafür angeführt, wie die aktuellen Belastungen im wesentlichen Arme und Alte treffen.

Vor allem aber wird seit über 20 Jahren das Budget für die Krankenhäuser auf Kosten der ambulanten Medizin ausgeweitet. Jetzt liegt der Anteil der Krankenhauskosten bei 46%. Wollen wir warten, bis er bei 90% liegt? Das Beispiel der Dänen zeigt, daß zumindest 54% kein Alptraum von Schwarzsehern ist.

In der ambulanten Medizin haben die Internisten ihre Medizinisch-Technischen Assistentinnen aus dem Labor entlassen. Die Orthopäden haben die Masseure und Krankengymnastinnen in die Selbständigkeit entlassen müssen. Die Allgemeinärzte haben immer mehr Arzthelferinnen entlassen und arbeiten häufig nur noch mit der Ehefrau und Teilzeitkräften zusammen.

Das Zusammendrücken der ambulanten Medizin hat bereits Ausmaße erreicht, die weitere Reduktion bei der derzeitigen Struktur eigentlich nicht mehr zuläßt.

In den neuen Bundesländern, wo dies dennoch geschieht, weil dort weniger Geld in die ambulante Medizin fließt als in den alten, hat dies verschiedentlich bereits zum Notstand geführt. Die Allgemeinpraxis auf dem Land will niemand mehr übernehmen, mehr als 200 Praxen sind unbesetzt. Ich selber habe zwei Ärztinnen aus Sachsen und Thüringen kennengelernt, die ihre Praxis unfreiwillig als Hobby führen, obwohl sie viel Arbeit haben. Das Geld für die Familie verdient der Ehemann in einem anderen Beruf. Der Blick auf die Statistik der durchschnittlichen Ärzte-Einkommen hilft dabei nicht weiter. Es kommt auf die Gruppe im unteren Einkommens-Drittel an, dessen Wegbrechen sehr schnell die Versorgung gefährdet.

Eine Umstellung der ambulanten Versorgung auf das von mir vorgeschlagene Hausarztprinzip mit pauschaler Honorierung nur pro eingeschriebenem Patient ist daher ohne Chaos und massenhafte Praxispleiten mit dem Risiko des Zusammenbruchs der ambulanten Medizin erst in der nächsten Ärztegeneration möglich, die jetzt ihr Studium beginnt. Für diese müßten die neuen Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung jetzt festgelegt und bekanntgegeben werden, damit sie planen kann.

Was das konservative Kostenmanagement im Gesundheitswesen angeht, hat im Augenblick meines Erachtens die Sanierung der Krankenhauskosten den absoluten Vorrang. Leider liegen mir nicht genügend Daten vor, um die Hauptursachen der ausufernden Kosten in diesem Bereich abschließend zu analysieren. Dementsprechend können die folgenden Vorschläge nur als Diskussionsanregung dienen.

Jedenfalls gilt für sie sinngemäß das für alle oben genannten Einschränkungen gesagte, d. h. ohne eine grundlegende Verbesserung des gesamten Medizinsystems werden sie nur als Verschlechterung der medizinischen Versorgung empfunden werden.

Vorschläge und Ideen zur Senkung des Kostenanteils für Krankenhausbehandlung

1) In konsequenter Umsetzung des Prinzips, daß der Arzt an der Krankheit nicht verdienen darf, sollte folgendes gelten. Stationäre Behandlungen im Krankenhaus, mit oder ohne Operation oder sonstigen Eingriff, dürfen nur von solchen (Fach-) Ärzten veranlaßt werden, die selbst keinerlei stationäre Behandlungen oder Operationen durchführen und somit bei ihrer Entscheidung über die Notwendigkeit der Operation beziehungsweise der stationären Behandlung durch keinerlei wirtschaftliches Eigeninteresse beeinflusst werden. Ausnahmen müssen naturgemäß bei Notfallbehandlungen bzw. Notoperationen gelten.

Dies ist auf die Dauer nur sinnvoll, wenn im Feld nur noch solche Ärzte tätig sind, d. h. insbesondere:

2) Es sollten keine neuen Belegärzte mehr zugelassen werden, da beim Belegarzt-Prinzip der Arzt oder Operateur selbst die Indikation zur Krankenhausbehandlung bzw. Operation stellt und gleichzeitig direkt an der stationären Maßnahme verdient, was dem oben vorgeschlagenen, neu zu installierenden Grundprinzip widerspricht.

Konsequenterweise würden bei einer solchen Richtlinie auf die Dauer alle Ärzte, die gern operieren nur noch an Krankenhäusern angesiedelt sein - oder sich erst im fortgeschrittenen Alter in eigener Praxis niederlassen.

3) Ein Mißstand ist schon bis zu einem gewissen Grad abgestellt worden, nämlich daß Operationen mit Krankenhausaufenthalt durchgeführt wurden, die ebensogut ambulant gemacht werden können. Die ambulanten Operationen sind allerdings zumindest in meinem Bundesland (Hessen) in Schwierigkeiten geraten, weil eben für die ambulante Medizin immer weniger Geld zur Verfügung steht. Ambulante Operationen müßten aber nicht notwendigerweise außerhalb der Krankenhäuser ausgeführt werden. Ambulant heißt ja nur: der Patient bleibt nicht im Krankenhaus liegen, sondern verläßt es möglichst noch am Operationstag. Diese Operationen könnten also in der Zukunft ebensogut von den niedergelassenen Ärzten veranlaßt und von den Krankenhausärzten durchgeführt werden, genauso wie stationäre Operationen auch. In der Zukunft deswegen, weil man nicht den ambulant operierenden Ärzten, die nach der Propagierung der ambulanten Operation eine entsprechende Einrichtung geschaffen haben, ihre Investition vernichten kann.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, daß der Abbau von Betten im Krankenhaus die Zahl der aufgenommenen Fälle sogar kräftig erhöht hat (Bettenabbau bundesweit um 15 % von 1973 bis 1995, aber Anstieg der Zahl der stationär Behandelten im gleichen Zeitraum um 50 % und Zunahme der stationär erbrachten Leistungen um 220 %). Diese nur scheinbar wundersame Umsatzsteigerung erreichten die Krankenhäuser durch eine Verkürzung der Liegezeit. Bei gleichzeitigem Bettennotstand am Mittwochnachmittag und Freitagabend könnte man den Eindruck bekommen, als würde das Krankenhaus immer so viele Patienten ansaugen, daß möglichst alle Betten gefüllt sind. In diesem Falle hilft hier vordergründig nur eine

4) Reduktion der Zahl der Krankenhäuser, also Krankenhaus-Bedarfsplanung - und diese aber nicht durch die lokalen Politiker, die bei der nächsten Wahl erfolgreich sein wollen.

Man kann den Grund für diese immer vollen Betten aber keineswegs außer acht lassen. Wahrscheinlich sind die Ursachen dafür längst analysiert, doch liegt mir keine Analyse vor. Der wesentliche Grund dürfte die zunehmende Zahl alter Menschen in unserer Gesellschaft und die mit dem höheren Alter zunehmende Erkrankungshäufigkeit sein - also eine zunächst unabwendbare

Ursache. Aus meiner Erfahrung als niedergelassener Arzt muß ich aber mindestens noch einen weiteren wichtigen Grund annehmen. Der technisch-medizinische Fortschritt erzeugt nämlich immer neue Behandlungs- und Operationsmöglichkeiten, mit denen dann naturgemäß auch der Bedarf für deren Anwendung entsteht.

Ein Beispiel: Ich arbeite mit einem Kardiologenteam zusammen, das nur selten die Sondierung der Blutversorgung am Herzen mit einem Herzkatheter anordnet beziehungsweise die Erweiterung der Adern am Herzen mit einem Ballon-Katheter. Dazu arbeite ich aber auch mit einem anderen Kardiologenteam zusammen, das beim gleichen Patienten in jedem Falle die Sondierung durchführt, und das alle halbe Jahre.

Wiederum sage ich nicht, das diese Kardiologen etwas falsch machen. Vielmehr handeln sie nur konsequent im Sinne einer aus ihrer Sicht optimalen Versorgung.

Die Verfeinerung der technischen Möglichkeiten bei der Aufdehnung von verengten Blutgefäßen am Herzen einschließlich der noch relativ jungen Möglichkeit, ein Gitterröhrchen ("Stent") zum Offenhalten der verengten Stelle einzusetzen, haben hier ein neues Tätigkeitsfeld erschlossen. Man könnte eine ganze Klinik sozusagen Tag und Nacht allein damit beschäftigen.

5) Das Planungsgremium beziehungsweise Institut könnte hier einschränkend tätig werden. Die Politiker zusammen mit dem Statistiker im Gremium könnten sagen: eine gute Sache, aber wir können es nur in der Häufigkeit der konservativ agierenden Kardiologen bezahlen. Sie könnten die Frequenz begrenzen, Notfälle ausgenommen.

Die wissenschaftliche Abteilung könnte überprüfen, ob eine große Häufigkeit auf die Dauer auch wirklich besser ist. Bei großen Zahlen kommt nämlich auch das nicht ganz geringe, gegebenenfalls sogar tödliche - Risiko eines solchen Eingriffes zum Tragen.

Bei den Operationen am Herzen, bei denen die Engstellen durch angenähte Venen oder andere Gefäße umgangen werden ("Bypass") stellte sich nach Jahren heraus, daß sie das Leben des Herzkranken nicht verlängern können, sondern nur seine Lebensqualität verbessern.

Vorgaben beziehungsweise Einschränkungen ähnlicher Art existieren bereits an anderer Stelle, zum Beispiel in der sogenannten Prävention. Hier wurde die Koloskopie zur Früherkennung des Dickdarmkrebses auf zwei Untersuchungen in der Lebenszeit eines Patienten beschränkt, ebenso wie die Zahl der Untersuchungen auf verstecktes Blut im Stuhl. Ob gerade diese Maßnahmen sinnvoll und mit dem Praxisalltag vereinbar sind, soll hier nicht diskutiert werden.

Anstieg der Krankenhausfälle

Vor allem aber muß der Anstieg der Krankenhausfälle beziehungsweise des Kostenanteils für das Krankenhaus genauestens analysiert werden. Während 1970 auf 100 Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung 9 Krankenhausbehandlungen anfielen, waren es 1991 schon 14 und 1999 schließlich 15, mit einem kontinuierlichen Anstieg. Bei den Rentnern lauten die entsprechenden Zahlen 16 Fälle im Jahre 1970, 33 im Jahre 1991 und 42 Fälle je 100 versicherter Rentner im Jahre 1999. Von 9 auf 15 ist in 30 Jahren oder von 16 auf 42 bei den Rentnern; da stellt sich die Frage: werden wir immer kränker? Oder werden wir immer älter und kommt die oben beschriebene Regel zum Tragen, die da lautet: älter = kränker?

Aus dem Anstieg der Zahl bei den Nichtrentnern wird schon klar, daß es neben dem Grund der veränderten Altersstruktur noch andere geben muß.

Es gibt eben eine Reihe neuer Gründe für Krankenhausbehandlungen, die es früher nicht gab. Wie ich oben schon sagte, erzeugt der technisch-medizinische Fortschritt unter anderem immer neue Operationsmöglichkeiten, die dann zu stationären Behandlungen führen. Ein Beispiel wurde schon genannt: Allein mit den modernen Möglichkeiten der feineren Reparatur der herzversorgenden Blutgefäße kann man eine ganze Klinik betreiben.

Ein weiteres Beispiel liefert die Arthrose, d. h. die Abnutzung der Gelenkknorpel, die schon ab dem 18. Lebensjahr beginnt, im Alter stark zunimmt, aber auch durch erhöhte Belastung, zum Beispiel bei Sportlern in erheblichem Ausmaß anfällt. Ein unverletztes Knie zu öffnen war früher eine große Entscheidung, die meist nur bei sicheren Zeichen eines Meniskusschadens erfolgte, schweres Rheuma einmal ausgenommen. Mit den verfeinerten Diagnosemethoden - konkret: der Kernspintomographie - werden heute auch weniger deutliche Knorpelschäden im Knie sicher erkannt und der Operation zugeführt. Vagabundierende Knorpelteile werden abgesaugt, der Knorpel geglättet. Dadurch hat sich nach meinem Eindruck die Zahl der Knieoperationen gewaltig erhöht, und damit natürlich auch die Zahl der Krankenhausaufenthalte.

Wie ich schon sagte, reichen die mir vorliegenden Daten nicht aus, um das Problem der so drastisch angestiegenen Krankenhauskosten vollständig zu analysieren. Das ist aber zwingend erforderlich, um rational begründete Einschränkungen zur Kostensenkung in diesem Bereich vorzunehmen.

Zu der perfektionierten Reparaturmedizin könnte übrigens eine ähnliche Bemerkung gemacht werden wie oben zum Fortschritt bei technischen Untersuchungen und zum Fortschritt durch chemische Medikamente: ihr Wert wird möglicherweise überschätzt. Nach einem Fernsehbericht (Sendung "W-Wie-Wissen" vom 10.3.2004 in der ARD) brachte beispielsweise eine Scheinoperation am Knie mit einem Hautschnitt bessere Ergebnisse als die tatsächliche Operation, was die Beschwerdefreiheit in der Folgezeit anging. Es könnte Sache des Kontrollgremiums sein, solche Studien auszuwerten und entsprechende Einschränkungen bei der Anwendung in der GKV festzulegen.

Die Entscheidung, ob der Einsatz einer teuren Operation oder einer teuren Medikation auf die Dauer nicht doch billiger kommt, ist keineswegs einfach zu treffen. Die Existenz eines Gremiums, das solche Abschätzungen vornimmt und bindende Empfehlungen für die gesetzliche Krankenversicherung ausspricht, ist daher zu begrüßen. Gründet man dazu allerdings ein ganzes Institut, drängt sich der Verdacht auf, daß dieses teurer werden könnte als die eingesparten Kosten.

Sicher ist nur, daß die hier vorgeschlagene konsequente Vorbeugung wesentlich billiger ist als die beste Krankenbehandlung oder Reparaturoperation im Nachhinein.

Noch viele weitere Vorschläge zum rationalen Kostenmanagement im Gesundheitswesen könnten gemacht werden und würden auf gut fundierte Gegenargumente treffen. Unter meinen Kollegen würden alle solche Einschränkungen durch ein bundesweites Institut als bevormundende "Staatsmedizin" empfunden.

Daher muß ich leider noch einmal wiederholen: solche Einschränkungen sind nur dann akzeptabel, wenn das Gesamtkonzept stimmt und zu einer erheblichen Verbesserung der Volksgesundheit führt.

Die realisierte Utopie als Vorbild

Die Utopie dazu liefert der oben beschriebene amerikanische Universitätscampus, dessen Bewohner eine Reihe von Maßnahmen aus der ayurvedischen Medizin zur Vorbeugung von Krankheiten und vorzeitiger Alterung anwenden. Zur Erinnerung: Die Kostenreduktion bei der Krankenversicherung betrug 59 % gegenüber der Norm und 57 % gegenüber der Kontrollgruppe (aus den Angehörigen anderer Universitäten), bei den über 45-jährigen sogar 84%. Die größte Abnahme gab es bei den Krankenhaustagen der Älteren: bei den über 45-jährigen betrug die Reduktion 91% gegenüber dem Durchschnitt und 88% gegenüber der Kontrollgruppe.

Die konsequente, echte Lösung der Probleme im Gesundheitswesen würde uns den nötigen Schwung verschaffen, auch die übrigen Probleme in diesem Staat erfolgreich anzugehen.

Diese Gesundheitsreform ist auf die Dauer für alle Beteiligten förderlich

Den verschiedenen Interessengruppen, die dieser Gesundheitsreform heftig widersprechen werden, weil sie glauben, bei der Durchsetzung einer solchen Gesundheitsreform finanziell benachteiligt zu werden, möchte ich Folgendes sagen:

Sie sind dabei, die Kuh zu schlachten, die Sie melken wollen. Melken heißt: sie profitieren auf lange Sicht. Schlachten heißt: Sie holen sehr schnell sehr viel heraus, aber danach bekommen sie gar nichts mehr.

Diese Gesundheitsreform ist nicht gegen etwas oder irgend jemanden gerichtet, sondern für etwas, nämlich für ein auf Dauer stabiles Gesundheitssystem. Darin haben dann auch die Richtungen Platz, die weiter oben als falsche Grundrichtungen bezeichnet wurden: High Tech-Medizin und chemisch definierte Medikamente. Sie haben dann darin P l a t z, aber sie fressen nicht das System auf, wie sie es jetzt im Begriff sind zu tun.

Wenn diese Gesundheitsreform greifen würde, hätte dann nicht die Pharmaindustrie zu wenig zu tun, verlieren wir dann nicht viele Arbeitsplätze in der Chemie? - Ich sage: nein, denn auf die chemische Industrie wartet eine Herkulesaufgabe, die in den nächsten 40 Jahren genügend Beschäftigung erzeugen würde. Es handelt sich darum, alle Materialien, die jetzt auf der Mülldeponie entsorgt werden müssen, durch Stoffe zu ersetzen, die zu 100 % recycelbar sind, wobei die Betonung auf 100 % zu legen ist.

Der Grund für diese Notwendigkeit kann ayurvedisch leicht erklärt werden, doch ist er nicht der Platz dafür.

Wenn diese Gesundheitsreform greifen würde, hätten dann nicht Maschinenbauer und Elektroingenieure zu wenig zu tun und verlören wir in dieser Branche nicht Arbeitsplätze? - Nein, auch das glaube ich nicht. Veränderte Bedürfnisse verlangen andere technische Geräte, durch deren Entwicklung und Verkauf diese wesentliche Fähigkeit der deutschen Industrie weiter florieren würde.

Ein Vorschlag zur Wiederherstellung der Regierbarkeit unseres Staates

Zum Abschluß ein umständlicher, d.h. in dieser Republik realistischer Vorschlag zur Verbesserung der Regierbarkeit unseres Staates, damit grundlegende Reformen wie die hier vorgeschlagene wieder eine Chance haben:

1. Die Länder einigen sich auf eine gleichzeitige Verfassungsänderung aller Länder dergestalt, daß die Länge der Amtsperiode der Länderregierung zwischen 4 oder 5 Jahren wechseln kann und nach jeder Landtagswahl neu von einem unabhängigen Mathematiker bestimmt wird.

Dieser entscheidet nach jeder Landtagswahl die Länge der Regierungsperiode des betroffenen Landes zwischen 4 oder 5 Jahren dergestalt, daß in kürzester Zeit die maximale Angleichung aller Landtagswahlzeitpunkte eintritt, und zwar möglichst nahe am Termin für die nächste Bundestagswahl.

Erklärung: Die Landtagswahlen würden sich in der Nähe der Bundestagswahl häufen und die Bundesregierungen könnten a) längere Zeit in Ruhe arbeiten, ohne mit Rücksicht auf alle 5 Minuten anstehende Wahlen ständig unsinnige populistische Kapriolen zu schlagen, die jede unbequeme Reform verhindern und würden b) nicht nach kürzester Zeit einer Mehrheit der Opposition im Bundesrat gegenüberstehen, die jede unbequeme Reform populistisch blockiert bzw. sich mit

Rücksicht auf alle 5 Min. anstehende Wahlen zu unsinniger populistischer Blockade gezwungen sieht, um die Macht in einer Landesregierung zu erhalten.

2. Der Mathematiker wird nach folgendem Verfahren ausgesucht:

Ein Allparteienausschuß des Bundestages bestimmt einstimmig einen unabhängigen Mathematikprofessor für diese Hobbyaufgabe.

3. Ein gleichartiges Vorgehen wäre für die Kommunalwahlen zu überlegen oder diese sollten generell mit den Landtagswahlen synchronisiert werden.

Den Mut für diesen Vorschlag habe ich aus der kürzlichen Verfassungsänderung in Hessen gezogen, wo die Regierungsperiode durch Volksentscheid auf fünf Jahre verlängert wurde.

Die bessere - und weitaus einfachere! - Lösung möchte ich nicht unerwähnt lassen: die Abschaffung des Bundesrates.

Frankfurt am Main, den 18.3.2004

[Erweitert um das obige Zitat von Prof. Wilhelm Kirch aus dem Deutschen Ärzteblatt vom 28.5.2004 und um den Anhang am 21.08.2004]

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Mathias Kossatz
Arzt für Allgemeinmedizin
Kennedyallee 35, 60596 Frankfurt am Main
E-Mail drkossatz@aol.com

*) Meinen Artikel "Darstellung der Ayurveda-Kost" in der Zeitschrift Ernährungs-Umschau, 46. Jahrgang, Sonderheft 1999, Seiten 113 bis 117 sollten Sie über die Zeitschrift "Ernährungs-Umschau" erhalten können, Adresse:

Ernährungs-Umschau, Postfach 800765, D-65907 Frankfurt am Main,

Postadresse: Brüningstraße 580, D-65929 Frankfurt am Main, Telefon 069/26 00-0, Telefax 069/26 00-223,

E-Mail: kontakt@ernaehrungs-umschau.de, Internet-Adresse www.ernaehrungs-umschau.de

Sollte das nicht gelingen, können Sie bei mir per E-Mail das ursprüngliche Manuskript als PDF-Datei anfordern; E-Mail-Adresse: drkossatz@aol.com.