

# - Neuer Chef des IQWiG -

## der evidenzbasierte Prof. J. Windeler®

Angela Vogel

Anfang Mai 2010 ging durch die Presse: Chef des IQWiG werde Prof. Mühlbauer, Bremen. Jetzt ist die Überraschung perfekt. Berufen wird statt seiner der Schreibtischarzt, Biometriker, Medizinstatistiker/Epidemiologe und Verbandsfunktionär, Prof. Dr. Jürgen Windeler.

IQWiG ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Es soll Nutzen und Kosten von Medikamenten abwägen und festlegen, welche Leistungen der Katalog der Leistungen der Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung jeweils umfasst, welche gestrichen und/oder welche neu aufgenommen werden sollen/können.

Windeler ist Gremienpolitikern und ÄrztInnen nicht unbekannt, jedenfalls nicht jenen, die mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) in Essen zu tun hatten oder die regelmäßig ihr Ärzteblatt konsultieren.

Hier erschien auch kürzlich eine Kurzbiographie des Berufenen.

Der 1957 in Hildesheim geborene Windeler studierte von 1979-1985 Medizin an der Georg-August-Universität in Göttingen und an der Medizinischen Hochschule Lübeck. 1985 promovierte er zum Doktor der Medizin. 1993 folgte die Habilitation. Seine Venia legendi<sup>1</sup> drehte sich um Themen aus den Wissenschaftsbereichen der medizinischen Menschenvermessung (Biometrie<sup>2</sup>) und der klinischen Epidemiologie<sup>3</sup>. 1986-1993 arbeitete er als

---

1) Habilitationsvorlesung

2) Die Biometrie (auch Biometrik, gr. βίος (bíos) = Leben und μέτρον (métron) = Maß) beschäftigt sich mit Messungen an Lebewesen und den dazu erforderlichen Mess- und Auswerteverfahren – siehe: <http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Biometrie&printable=yes>

3) Epidemiologie untersucht die Verteilung und die Bestimmungen von gesundheitsbezogenen Zuständen oder Ereignissen in umschriebenen Bevölkerungsgruppen und die Anwendung der Ergebnisse zur Steuerung von Gesundheitsproblemen. Ziele sind: 1) die Ätiologie oder Ursachen einer Erkrankung zu erkennen sowie mögliche Risikofaktoren, also Einflussgrößen, die das Erkrankungsrisiko einer Person erhöhen, zu erforschen, 2) das Ausmaß einer Krankheit in der Bevölkerung zu bestimmen, 3) den natürlichen Verlauf und die Prognose von Krankheiten zu untersuchen – vgl. L. Gordis, Epidemiologie, Marburg 2001, S. 3ff. ; die E. bedient sich bei der Erkennung der einzelnen Ziele der Bildung großer Gruppen bspw. Kranker und Gesunder, Exponierter und Nichtexponierter (auch gegenüber Medikamenten und anderen Therapien Exponierter), Menschen in einer Region

Assistenzarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter in Göttingen, Düsseldorf, Wuppertal und Bochum. Einen fachmedizinischen Abschluss erwarb er offenbar nicht. Unklar ist auch, wie lange er überhaupt die ärztliche Assistenz Tätigkeit ausübte, also in der alltäglichen medizinischen Praxis als AiP (Arzt im Praktikum) und später als Assistenzarzt ärztliche Erfahrungen<sup>4</sup> sammeln konnte, bevor er die kurativ- und patientInnenferne Laufbahn antrat und sich ausschließlich der Menschenvermessung, Medizinstatistik und epidemiologischen Forschung zuwandte.

Von 1993 bis 1999 arbeitete er als stellvertretender Leiter der Abteilung für Medizinische Biometrie an der Ruprechts-Karls-Universität in Heidelberg. 1999 übernahm er die Leitung des Fachbereichs Evidenzbasierte Medizin<sup>5</sup> bei besagtem MDS und wurde zur Jahrtausendwende Mitglied im Institut für die Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dort selbst half er (u.a.), die sog. Positivliste für Medikamente zu entwickeln, an deren politischer Durchsetzung Horst Seehofer und NachfolgerInnen dann so kläglich scheiterten.

2001 wurde Windeler zum außerplanmäßigen Professor an der Ruhr-Universität Bochum berufen. 2003 trat er in den Vorstand des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) ein, deren Vorstandsvorsitzender er 2005 wurde, aber nur bis 2007 blieb. Schon 2004 war er beim MDS weiter nach oben gerutscht, wurde dort leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer. Ehrenamtlich engagierte er sich im Beirat diverser Krebshilfe-Organisationen, dort im Fachausschuss Früherkennung von Krebserkrankungen.

Bleibe noch seine Mitgliedschaft und Mitarbeit in dem Verein GWUP (siehe unter: <http://www.gwup.org/>) bzw. dessen Publikationsorgan „Der Skeptiker“ zu erwähnen. Ob sein Engagement hier verdeckt politischer Interventionspolitik gegen unliebsame ZeitgenossInnen und (Industrie)-Konkurrenten dient, getarnt als publizistischer Kreuzzug für Wissenschaft und Wahrheit und Rationalität in Leben, Denken und Fühlen (da besonders) - und gegen das, was die GWUP für Aberglauben hält, ist unbekannt.

---

mit Menschen aus einer anderen Region usw., vergleicht sie und berechnet mit komplizierten mathematisch-statistischen Methoden die jeweiligen Risiken und möglichen Ursachen. In Deutschland hat die Epidemiologie bislang kaum an Boden gewonnen. Man betreibt lieber Medizinstatistik und gibt diese als Epidemiologie aus. Deshalb haben einschlägige deutsche Studien in der Regel wenig Aussagekraft und mannigfache Fehlerquellen. Meist sind sie auch nicht randomisiert (siehe dazu Fußnote 20), was Windeler zu Recht beklagt.

4) Die Assistenzarztzeit bis zur Facharztprüfung dauerte auch in den 90er Jahren bis zu fünf Jahre.

5) Evidenzbasierte Medizin (EbM, von englisch evidence-based medicine „auf Beweismaterial gestützte Heilkunde“) ist eine Richtung in der Medizin, die verlangt, dass bei jeder medizinischen Behandlung patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden, vgl dazu:

[http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Evidenzbasierte\\_Medizin&printable=yes](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Evidenzbasierte_Medizin&printable=yes)

Aberglauben und irrational sind für diesen Verein immerhin Kritik (u.a.) an der Gentechnik, Synthesebiologie oder auch Biological Engineering.

Beeinträchtigungen/Erkrankungen durch Elektrosmog, Besserung des Befindens oder gar Heilung durch Homöopathie und sog. komplementärmedizinische Therapien, lehnen sie nahezu hysterisch ab. Selbst ihren Ironisierungen der homöopathischen (u.a.) Glaubenssätze springt sauertöpfischer Dogmatismus nur so aus jeder Silbe.

In den Überlegungen zu – meist völlig intransparenten und demokratischer Kontrolle unzugänglichen - Politiker-, Banker-, Industriellen- und Dienstleisterabsprachen (jedweder Couleur) in Sachen moderne Kriegslisten und kapitaler Übertölpelungen Dritter<sup>6</sup> sowie Land-, Kapital- und Produktraubstrategien, wie sie in bestimmten Bevölkerungskreisen immer wieder angestellt werden, sind für sie nichts als Verschwörungstheorien Nicht- oder Halbgebildeter. Für sie ist das nichts weiter als das Treiben Abergläubischer, die irrationale Angstorgien erzeugen und immer wieder neu nähren. Während sie selbst die Inkarnation von Rationalismus und Vernunft sind, wissenschaftlich geadelt. Die Zeitschrift der GWUP „Der Skeptiker“, resp. die dort publizierten Beiträge zeichnen sich vor allem durch diesen ihren kleinlich verengten akademiebourgoisen Dünkel aus, inhaltlich allerdings durch trickreiche Argumentationsmethoden, die das einstige Gründungsmitglied, der Soziologe Edgar Wunder, 1999 in „Das Skeptiker-Syndrom“ ebenfalls unter die Lupe genommen hat. Sein Fazit war ernüchternd:

„Es gibt innerhalb der GWUP eine ganze Reihe von Mitgliedern“

schreibt Wunder,

„die ohne hinreichende fachliche Kenntnis der jeweiligen Materie eine Art Weltanschauungskampf gegen alles führen wollen, was sie mit dem Begriff „paranormal“ assoziieren, die dabei auch (bewusst oder unbewusst) eine selektiv-einseitige Darstellung der Fakten und Argumente sowie zuweilen auch emotional-unsachliche rhetorische Taktiken in Kauf nehmen, während sie an wissenschaftlichen Untersuchungen zu Parawissenschaften höchstens insofern interessiert sind, als deren Ergebnisse „Kanonenfutter“ für öffentliche Kampagnen liefern könnten.“<sup>7</sup>

---

6) Notfalls mit Waffengewalt, zur materiellen und geosphärischen Interessenwahrung, die in Deutschland gegenwärtig Politikberater wie etwa Arnulf Baring als selbstverständliche Handlungsweise öffentlich verkünden und dabei mit oberlehrerhafter Verve übergehen, dass genau das *wieder einmal* den Bankrott einer mit Drittstaaten auf gerechten Ausgleich bedachten Einkaufs- und Handelspolitik der deutschen Zivilgesellschaft bedeutet.

7) Siehe unter: <http://www.skeptizismus.de/skepreview.pdf>

Auf die Arbeit Windelers „Erfolg der Homöopathie – nur ein Placebo-Effekt“<sup>8</sup>, zusammen mit Biologen und Physiker, PD Rainer Wolf, Universität Würzburg<sup>9</sup> verfasst, trifft die Analyse Wunders durchaus zu. Hier präsentierten Windeler/Wolf ihre rational teilweise kaum nachvollziehbare Abneigung gegen die Homöopathie und andere komplementärmedizinische Linderungs- und Heilungsversuche – als selbstbestallte Vertreter eben jener Rationalitätsvernunft.

Sie ´qualifizieren´ die Heil- und Linderungserfolge dieser Therapierichtungen pauschal als Placeboeffekte<sup>10</sup>, die dumme Patienten und unsichere Ärzte nicht von externen wirkstoffinduzierten Linderungs- und Heilungseffekten zu unterscheiden wüssten. Misserfolge der Medikamentierung synthetischer Arzneien aus den Autoklaven (u.a.) der Petrochemie hingegen thematisieren sie als Folge des, wie sie es bezeichnen, Nozebo-Effekts. Damit bezeichnen sie sozusagen eine sich selbst erfüllende Überzeugung von Patienten mit Vorurteilen, die glaubten, synthetische Arzneien schaden eher als dass sie heilten. Dieses Gedankenkonstrukt der Autoren entspringt – wie klar zu erkennen – philosophischem, ganz und gar unärztlichem Denken deutsch-frühidealistic Provenienz etwa eines Fichte auf der Basis des Glaubenssatz: Wille und Glauben bewegen Körper, Geist und Wille.

Wille und Glauben seien eben auch, meinen beide Autoren, beim homöopathisch arbeitenden Arzt und dem an die Homöopathie glaubenden Patienten die Essenz der Beziehung. „Dass sich die oft verfemte Homöopathie“ habe „überhaupt halten“ können, so die Autoren in ihrer Conclusio, verdanke „sie dem Multiplikationsfaktor Patient, der es honorierte, dass hier der Mensch und nicht die Krankheit behandelt“ werde.

Ja, unglaublich. Der Mensch - und nicht die Krankheit.

Was ist von einem Arzt/Menschenvermesser und Medizinstatistiker wie Windeler und einem Biologen/Physiker ohne medizinische Ausbildung und Erfahrung, wie PD Wolf es ist, zu erwarten, die nicht den Menschen, sondern die Krankheit behandeln wollen – und jene Patienten verlachen, die

---

8) siehe unter: <http://www.gwup.org/infos/themen-nach-gebiet/333-homeopathie-erfolge-nur-placeboeffekt?catid=77%3Akomplementaer-und-alternativmedizin-cam>

9) Diesen Beitrag haben die Autoren wahrscheinlich um die Jahrtausendwende herum verfasst, die genauen Angaben waren nicht zu ermitteln.

10) Das Verständnis von „Placebo“, was die Autoren hier präsentieren, bleibt sehr verschwommen. Sagen lässt sich aber, dass sie bei der Bestimmung dieses Begriffs die Selbstheilungskräfte von PatientInnen völlig außer acht lassen – anders als die Homöopathie selbst, die beabsichtigt, die Selbstheilungskräfte von PatientInnen zu aktivieren und zu stärken. Deshalb sind für sie gleiche Besserungsergebnisse bei Gabe eines homöopathischen Mittels und bei Nichtmedikamentierung Beleg für einen lediglichen Placebo-Effekt des Homöopathikums. Noch ärgerlicher aber ist, dass sie auch die Zeitspanne zwischen Arzneiaufnahme und bemerktem Effekt bei Gabe und Nichtgabe des homöopathischen Mittels ignorieren.

sich als Mensch therapiert sehen wollen und nicht nur eine ihnen 'irgendwie' anhaftende ominöse Wesenheit „Krankheit“?

Und, wechselt man die Perspektive: Wie verstörend muss es auf das hier rubrizierte Abstraktum „Multiplikationsfaktor Mensch“ wirken, der der konkrete, individuelle Patient<sup>11</sup> im Ordnungssystem von Sprache und Denken nun mal auch immer ist, dass es gar nicht um ihn oder sie, ihre Krankheiten, Leiden und Schmerzen geht, sondern nur um die Krankheit und deren Bekämpfung?

So mochten es die Autoren freilich nicht verstanden wissen. Es scheint vielmehr so: Neidisch blicken sie auf das hohe Ansehen der sog. alternativen Therapien in der Bevölkerung und die bundesweite hohe Rate homöopathischer Behandlungen – und drehen den Spieß um, im Duktus jener Ironie, die hier bereits Erwähnung gefunden hat.

Sie *loben* die Homöopathie.

Dies nicht wegen ihrer tatsächlichen medizinischen Erfolge. Nein. Wirkliche Linderungs- und Heilerfolge sprechen sie ihr rundweg ab – teils mit völlig veralteten Literaturbelegen, teils z.B. mit von ihnen verallgemeinerten Belegen aus einem einzigen (!) Präventionsexperiment der Veterinärmedizin bei einer Tiererkrankung(!), teils mit unbewiesenen Behauptungen, wovon im Übrigen die gesamte Arbeit nur so wimmelt. Nein, all dies ist nicht der Grund. Das Lob erhält die Homöopathie wegen ihres – auch das in dem Artikel mit kaum tauglicher Literatur oder aber schlicht nur behauptet – angeblichen Placebo-Effekts: Sozusagen mit nichts als dem Glauben und zwischenmenschlicher Zuwendung von kompetenter Seite – kompetent ist hier nur der Arzt – Krankheiten lindern und heilen. Das scheint für beide Autoren der Stein der Weisen zu sein – und Therapie für unser marodes Gesundheitssystem.

In diesem Sinne empfehlen sie der Wissenschaftsmedizin, sich dies für sie Wesentliche von der Homöopathie abzuschauen und den Placebo-Effekt zum eigenen Nutzen und Frommen zu instrumentalisieren<sup>12</sup> – oder mit den Worten der Autoren ausgedrückt:

---

11) Patientinnen kommen bei beiden Autoren nicht vor, was wiederum zeigt: nach der Rationalisten Logik beginnt und endet der Mensch beim Manne. Wie wahr. Das zeigt ja allein schon der Artikel „der“ in „der Mensch“. Weitere Differenzierungen können Rationalisten von diesem Schlage augenscheinlich nur verwirren.

12) Instrumentalisieren nenne ich diese Vorgehensweise, weil sich beide Autoren keinen Augenblick fragen, warum homöopathisch arbeitende ÄrztInnen diese Zuwendung aufbringen und wie diese beschaffen, strukturiert und ärztlich unterfüttert ist. Empfohlen wird eine rein technisch gedachte Übertragung, die Kontext, Sinn und Zweck dieser medizinischen Behandlung tilgen will. Der Zugriff degradiert die ärztliche Zuwendung zu einer bloßen Technik, von der völlig unreflektiert angenommen wird, dass sie in jedem Kontext und unterlegt mit anderem Sinn und Zweck genauso funktioniert wie im Kontext homöopathischer Therapien. Daran zeigt sich sehr gut, dass die Thematik den

„Kranke homöopathisch zu behandeln, scheint also in jeder Hinsicht der klugen wissenschaftsmedizinischen Strategie zu entsprechen, nichts zu tun, abzuwarten, bis sich der Organismus selbst hilft, und dabei den Placebo-Effekt optimal einzusetzen“ (S. 17), wobei „der Wirkstoff des Placebos (..) der Heiler selber“ ist (S. 7)<sup>13</sup>.

Dies behaupten sie mit der Begründung, dass sich erwiesen habe, die Besserung der Beschwerden sei allein durch den Optimismus des Arztes zu erzielen, der Patient werde wieder gesund und das Mittel werde helfen, was er verabreicht. Die Besserungen seien tatsächlich erzielt worden, obgleich nur Scheinpräparate gegeben worden seien, die aber die PatientInnen für echte Wirkstoffpräparate gehalten hätten. Also entfalte der optimistische Arzt die heilsame Wirkung, auf Medikamente könne verzichtet werden. Entsprechend schlagen sie vor, bei Arznei-, aber auch anderen Studien zur Wirksamkeit von Therapien immer auch eine dritte Gruppe zur Bestimmung/Berechnung eines solchen Placebo-Effekts zu bilden.

Das ist in jedem Fall eine billige und sehr rationell einsetzbare medizinische Behandlung, obgleich die Autoren nicht genau angeben, bei welchen Gesundheitsstörungen und/oder akuten resp. chronischen Erkrankungen die PatientInnen mit der behaupteten heilsamen Dauerwirkung derart erfolgreich hinters Licht geführt werden konnten.

In diesem Kontext ist auch Windelers Anfang Juni 2010 gegenüber der Presse gemachte Äußerung zu verstehen, dass 50.000 Medikamente völlig überflüssig seien. 10.000 würden auch reichen.

Aus „Erfolge der Homöopathie ...“ ist allerdings auch zu ersehen, was die Autoren mit all jenen vorhaben, bei denen der so vehement vertretene Placebo-Effekt nicht eintritt. Salopp formuliert ist der Tipp der Autoren: ab mit ihnen in die Psychosomatik. Die meisten dieser Erkrankungen sind psychosomatisch verursacht.

Eine differenzierte Betrachtung nach einzelnen Gesundheitsstörungen, Erkrankungsbildern und -arten enthält der Artikel auch hier wieder nicht. Und nach wissenschaftlichen Beweisen resp. Hinweisen oder belastbaren Indizien für das als bewiesen Unterstellte sucht die Leserin ebenfalls vergeblich.

Doch mag darüber hinwegtrösten, dass Windeler/Wolf sich diese Beweislosigkeit mit nahezu allen VertreterInnen der Psychosomatik teilen. Da wird

---

Autoren fremd geblieben ist und sie lediglich ihren Vermessungs- und Rasterblick darüber gelegt haben, um das rauszusaugen, was sie offenbar für Honig halten.

13) vgl. unter: <http://www.gwup.org/infos/themen-nach-gebiet/77-cam/333-homeopathie-erfolge-nur-placeboeffekt>

generell als zutreffend unterstellt<sup>14</sup>, was seit Jahrzehnten im Hypothetischen stecken geblieben ist. Auch nach den Regeln der Kunst – also der guten Forschungspraxis – durchgeführten Evaluationen der jährlich verordneten tausenden von psychosomatischen REHA-Behandlungen sucht man im Schrifttum ebenfalls weit gehend vergeblich. Da reicht es für den Erfolgsnachweis, wenn PatientInnen nach der REHA ihren Ärzten nickend versichern, ja, ja, mir geht es schon wieder besser. Die Therapie hat angeschlagen. Woll, woll.

PatientInnen sind allermeist höfliche Leute, die ihre ÄrztInnen erstens nicht enttäuschen wollen, weil sie sich so viel Mühe gegeben haben und zweitens auf die Suggestivfrage, hat Ihnen die Therapie etwas gebracht, oder: Fühlen Sie sich jetzt besser als zu Beginn Ihrer REHA, richtigerweise Auskunft über ihre Augenblicklichkeitsempfindung geben. Nachbefragungen Wochen oder Monate nach den REHA-Maßnahmen werden regelhaft nicht durchgeführt. Ein entsprechender Austausch mit den in der Heimatregion der PatientInnen behandelnden ÄrztInnen findet nicht statt.

Wie sein Lebenslauf ausweist, ist Windeler nach der Jahrtausendwende zu einem der virilsten Verfechter der sog. Evidenzbasierten Medizin<sup>15</sup> geworden – und als Rationalisierer im Dienste der Krankenversicherer schon seit Jahren eifrig am Werk. Auf dem Hintergrund seiner Auslassungen in „Erfolge der Homöopathie ..“ und – etwa - seines mit Autoren wie z.B. Gerd Antes<sup>16</sup> verfassten Beitrags über „Randomisierte kontrollierte Studien: Kri-

---

14) vgl. dazu z.B. H. Ch. Deter, *Angewandte Psychosomatik. Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker*, Thieme Stuttgart, New York, 1997. Die meisten Arbeiten über dieses Thema krankten zudem an fehlender Verursachungssuche (Ätiologie) auf Grund ihres völlig verengten Blickes auf die PatientInnen, deren Symptomatik und Umfeld. Die psychosomatische Ursache wird immer schon unterstellt, andere Ursachen meist nicht einmal ins Auge gefasst und diagnostisch ernsthaft auf den Prüfstand gestellt. Falls sich in Bild gebenden Verfahren eine organische Ursache herausstellen sollte, war es für Psychosomatiker und Versicherungsgutachter regelhaft die depressive und/oder Konflikt beladene Psyche, die – um im Bild zu bleiben – organische Schäden wie eine Hirnatrophie erzeugt bzw. dafür gesorgt haben soll, dass ganze Hirnareale abstarben. Und das ist nur ein Beispiel unter vielen, vielen anderen. Tatsächlich lesen sich die meisten solcher Arbeiten wie „Neues aus der Anstalt“ von und mit dem Kabarettisten Priol. Im Unterschied dazu sind sie aber leider bierernst und keineswegs belustigend gemeint, sondern haben oft schlimme, erschütternde Konsequenzen für die solchermaßen psychopathologisierten PatientInnen. Auch das ist ein Fass ohne Boden.

15) Siehe dazu das Grundlagenwerk von Kunz, Ollenschläger, Raspe et al., *Lehrbuch der Evidenzbasierten Medizin in Klinik und Praxis*, Köln 2000, publiziert von der Hans Neuffer Stiftung und im Deutschen Ärzte-Verlag verlegt. Mitautor war damals auch schon Gerd Antes, Cochrane Zentrum Freiburg – siehe nächste Fußnote.

16) Gerd Antes (\* 30. Juli 1949 in Wasbek) ist ein deutscher Mathematiker, Biometriker, Mitglied der nationalen STIKO (Impfkommission) und Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums am Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik (IMBI) des Universitätsklinikums Freiburg. Er gilt als ein Wegbereiter der evidenzbasierten Medizin in Deutschland.

tische Evaluation ist ein Wesensmerkmal ärztlichen Handelns“ (2008)<sup>17</sup> steht aber leider zu vermuten, dass er dabei ebenso selektiv und technokratisch funktional nach dem Motto vorzugehen versucht: Das Gute ins Töpfchen, das Schlechte in den Orkus (der Denunziation) ....

Insofern wäre seine Berufung zum neuen Chef des IQWiG alles andere als eine Überraschung. Im Gegenteil. Auf dem Weg ins durchrationalisierte telemedizinische REFA-Gesundheitssystem und der therapeutischen wie rehabilitativen Krankheits- wie Gesundungsnormung durch für alle geltende Leitlinien mit jeweils beschränktem Therapieradius für die einzelnen Erkrankungsbilder für KrankenhausmedizinerInnen, niedergelassene ÄrztInnen und angestellte ÄrztInnen in Rendite orientierten medizinischen Versorgungszentren dürfte sich seine Berufung als ein zwar stiller, doch dafür einer der wenigen aus Sicht der FDP gelungenen Coups in dieser – fatalen – Legislaturperiode erweisen. Die evidenzbasierte Medizin ist da nur das Aushängeschild für die Implementierung eines beschränkten Sets seriell verabreichter Therapien. Sie wird keinerlei Raum mehr lassen für den ärztlichen Linderungs- und Heilversuch von Individuen - geschlechtsspezifisch geprägter Individuen jeden Alters mit all ihren makro- und mikrokörperlichen Besonderheiten, ihren Polymorphismen, der Biografie ihrer Körper, ihrer im Laufe ihrer externen und endogenen Lebensbelastungen je besonders geprägten Stoffwechselforgänge und Zellerneuerung trotz der jeweils festgelegten genetischen Codierung.<sup>18</sup>

Garantiert dürfte Eines sein: Die Bestrebungen dieses Herrn in seiner neuen Position werden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Krankenversicherten, ÄrztInnen in Krankenhäusern und Praxen, PatientInnen und RehabilitantInnen das Fürchten lehren. Seine unbedingte Befürwortung randomisierter Studien zur Evaluation bestimmter therapeutischer Wege fußt auf der Überzeugung, dass die bisherigen Wege, zu realitätsnahen Beurteilungen und Erfolgskontrollen therapeutischer Maßnahmen durch ÄrztInnen und PatientInnen zu kommen, fehlbar und unzuverlässig sind, weil die beteiligten Menschen so fehlbar und unzuverlässig, so wenig objektiv im Sinne von operationabel sind. Input (Therapie) und das Output-Ergebnis (Linderungs- und Heilungserfolg) lassen sich bei solcher Praxis nicht überindividuell verallgemeinern, d.h. bei möglichst großen Menschengruppen mit dem immer zumindest annähernd gleichen Qualitäts- und Effektmanagement erzeugen.

---

17) Windeler, Jürgen; Antes, Gerd; Behrens, Johann; Donner-Banzhoff, Norbert; Lelgemann, Monika, Randomisierte Kontrollierte Studien: Kritische Evaluation ist ein Wesensmerkmal ärztlichen Handelns, in: Dtsch. Ärzteblatt/Jg. 105/Heft 11/14. März 2008, A 565-A 570 bzw. A 1

18) Gemeint sind damit auch DNA-Methylierungen, die - inzwischen nachweislich - die RNA-Tätigkeit in all ihren lebens- und gesundheitswichtigen Facetten individuell verschieden beeinflussen.

Das ist das Problem der Evidenzmediziner vom Schlage eines Windeler oder Antes – ein Problem, was sie zum Mittel der Denunziation greifen und gegen Patienten wie Ärzte gerichtet so plötzlich wie unwissenschaftlich pauschalierend geifern lässt:

„Der günstige Spontanverlauf von Erkrankungen, die selektive Symptom-schilderung durch Patienten und die selektive Wahrnehmung von Ärzten, der Arztwechsel von unzufriedenen Patienten und damit ein unvollständiges Follow-up, eine verzerrte Erinnerung und anderes mehr tragen dazu bei, dass im Versorgungsalltag Therapieeffekte oft zu positiv eingeschätzt werden. Die Versorgungspraxis gibt also ein tendenziell geschöntes Feedback. Sicher spielt auch eine Rolle, dass wirkungslose, ja sogar gefährliche Untersuchungen und Behandlungen eine Beziehungsfunktion erfüllen können: die Bewältigung von Angst bei Patient und Arzt angesichts allgegenwärtiger Unsicherheit, Vermittlung von Kompetenz, Vertrauen und Hoffnung („Droge Arzt“).“

Droge Arzt? Das richtet sich in jedem Fall gegen die sog. sprechende Medizin, gegen den **respektvollen** individuellen Austausch zwischen PatientIn und Arzt/Ärztin **auf Augenhöhe. Es richtet sich, aber auch gegen die ärztlichen Erfahrungen der Einzelmediziner, deren Urteile und Vorurteile.** Hier hausen laut Windeler und MitautorInnen nur Fehler und Fehlbarer voller Angst und Unsicherheit, die ihnen – man ahnt es – nur die (IQWiG)-Leitlinien auf der Basis der evidenzbasierten Medizin nehmen kann. Wichtigster angestrebter Effekt aber dürfte sein, der hier vermuteten Ressourcen-Vernichtung Einhalt zu gebieten.

Außer es geht um den bereits dargelegten, erwünschten Placebo-Effekt, erzeugt durch kostbar billige Optimismusanimation in Arztzimmern. Optimismus lässt sich bekanntlich ohne finanzielle Risiken (für GKV und Behandler) verströmen. Für PatientInnen allerdings könnte Optimismus aus Kalkül zur schlimmen Falle werden.

Es sollte uns nicht überraschen, wenn wir in absehbarer Frist mit massiver medialer Verbreitung dieser 'neuen' Behandlungsmethoden konfrontiert werden: des (unterstellten) Placebo-Effekts als großen medizinischen Fortschritt in der Institutionalisierung der 'sprechenden Medizin' einerseits (an)-gepriesen und andererseits der Vermarktung der ausgedünnten Serientherapiesets als garantiert (bio)-qualitätskontrolliert wirksame GKV-Leistungen<sup>19</sup> – selbstverständlich ohne jegliche Versorgungsrationierung akut und chronisch Kranker.

---

19) Ich möchte an dieser Stelle nur kurz darauf hinweisen, dass auch die PKV unter massiven finanziellen Problemen leidet und Leistungen, durchaus in Anlehnung an die Forschungen und Beschlüsse des IQWiG, einzuschränken erwägt.

So mögen sich denn dünkeldogmatische Aufklärungspassion und Profession zum Krisenbewältigungs- und Gewinnmaximierungskonzept für die weitere Teilprivatisierung und Kommerzialisierung des hiesigen Gesundheitswesens fügen – mit dem richtigen Mann am richtigen Platz.

Und die PatientInnen? Die merken das gar nicht. Die leiden ja sowieso schon. An ihrer Krankheit.

Entsprechend hat der ab 1. September 2010 frisch gebackene Direktor des IQWiG als Einstandsgabe von Einsparungen im zweistelligen Milliardenbereich gesprochen und der Frankfurter Rundschau (FR) in den Laptop getextet, die „Summen, die für ungeeignete Behandlungen ausgegeben werden“, seien „erheblich“. Es gehe um "Milliardenbeträge, und nicht nur einstellige". Bevor er über Rationierung medizinischer Leistungen reden wolle, sollten zunächst diese Einsparmöglichkeiten genutzt werden.

Was für ihn „ungeeignete Behandlungen“ sind, das sagte er der FR nicht – und die fühlte sich auch nicht dazu berufen, mit Fragen nachzuhaken. Auch die FR und ihr Besitzer, der Herr Dumont, sind schließlich der festen Überzeugung: Sparen ist immer gut, sowohl im eigenen wie in allen anderen Häusern – und ginge es zu Lasten der Qualität, wie etwa bei der FR deutlich zu beobachten.

Denn: Erhöhung der Krankenkassenzusatzbeiträge schmälert die Konsumausgaben und das ist schlecht fürs Geschäft – vor allem für die Anzeigenkunden der hiesigen Tageszeitungen und die Zahl der Abonnenten, also auch für die FR.

Leider ist weder der FR noch anderen Gazetten aufgefallen, dass schon das 2009 und 2010 drohende hohe Milliardenloch in der Gesetzlichen Krankenversicherung nur gedroht hatte, eines zu werden – es aber einfach nicht werden wollte.

Doch dürfte die FR geahnt haben, dass Windeler den Leistungskatalog der Krankenkassen meinte - und all jene darin enthaltenen Positionen, die nicht evidenzbasiert abgesichert sind und seine geliebten Menschen vermessenden und medizinstatistisch erwiesenen Effizienzmaßstäben der großen Zahlen nicht gehorchen.

So was muss nun mal geahndet werden, aber allemal, da denkt Herr Windeler nicht anders als der ganze Rest der namenlos dienenden Sub-Eliten in unserem Land:

Wer nicht gehorcht, wird nicht gehört. Das sollen sie wissen.

Oder im Stile der FR wiedergegeben: Er werde versuchen "mit allen Beteiligten, auch mit potenziellen Gegnern", eine gute Gesprächsbasis zu finden, in der Sache aber "trotzdem hart und konfrontativ" auftreten.

Versicherte in der GKV können sich also darauf einstellen, dass erstens alle von der GKV bislang versicherten Diagnostika bzw. diagnostischen Methoden, Therapeutika, Therapievorgänge sowie alle Hilfsmittel und zweitens alle jetzt noch von Krankenkassen der GKV übernommenen komplexärmedizinischen Therapien auf den Prüfstand der evidenzbasierten Medizin gestellt werden - einschließlich die Akupunktur für geschädigte Menisken und Schmerzen im LWS-Bereich. Gestrichen wird, was nach deren Kriterien a) (angeblich) unwissenschaftlich ist, b) (angeblich) keinen signifikanten Therapieerfolg verspricht bei c) einer großen, statistisch ins Gewicht fallenden Zahl von Menschen und es sich d) um keinen/keine Placebo-Effekte handelt, die auch ohne Kosten hätten erreicht werden können. Das heißt aber, um bestimmte Therapien von der GKV finanziert zu bekommen, müssen ihre Wirksamkeit/Erfolge durch randomisiert<sup>20</sup> durchgeführte epidemiologische Studien auf evidenzbasierter Grundlage als bewiesen gelten. Wenn nicht, dann nicht – dann sind sie das unversicherte Privatvergnügen von Patient und seinem Arzt/seinen Ärzten.

So wünschenswert

- eine medizinische Durchforstung und Erforschung der hier zu Lande täglich eingesetzten diagnostischen Methoden und Diagnostika, der Qualität der schlussendlichen ärztlichen Diagnosen, der ver- oder angeordneten therapeutischen Maßnahmen im Lichte neuer medizinischer Erkenntnisse

auch immer ist, hier droht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet zu werden. Zwar ist auch Windeler et al. klar, dass Ergebnisse epidemiologischer, also auch evidenzbasierter Studien nicht auf die Behandlung kranker Individuen in den Praxen und Krankenhäusern 'heruntergebrochen' werden können. Dies allein schon deshalb nicht, weil kein Arzt, keine Ärztin, weiß, welches der Individuen vor ihnen sitzt/liegt, dessen vergleichbare individuelle Pendant mit all ihren (u.a.) Symptomen und Reaktionsweisen auf die in der Studie angewandte Therapie oder das gegebene oder

---

20) Randomisiert heißt, dass entweder die Studienteilnehmer, deren Verteilung auf die einzelnen Vergleichsgruppen oder aber die Gruppe, die die in Frage stehende Therapie, ein Placebo oder aber gar nichts bekommen, nach dem Zufallsprinzip ausgewählt werden. Das allein schon für sich genommen, macht deutlich, dass mit schwer erkrankten PatientInnen mit ganz bestimmten Erkrankungen wie z.B. fortgeschrittenem Diabetes, drohender Niereninsuffizienz, mit lebensbedrohlichen Wasseransammlungen, operablen Krebsarten, operablen und subito auch zu medikamentierenden Einblutungen, Schlaganfällen oder Herzinfarkten, schwereren Thrombosen oder mit schweren Herzrhythmusstörungen (um nur wenige Beispiele zu nennen), nicht durchführbar sind. Da ist auch nicht zu argumentieren, all diese Leute würden sowieso sterben, da könnte man sie zuvor auch noch in der beschriebenen Weise beforschen.

nicht gegebene Medikament (als Beispiel jetzt genommen) in einer der Vergleichsgruppen war. Sie können nicht wissen, in welcher dieser Vergleichsgruppen und mit welchem Ergebnis. Möglicherweise gehört das konkrete Individuum zu einer ganz kleinen Zahl von Personen, die eine besonders modifizierte Symptomatik vor oder während oder nach der Studiendurchführung zeigten als die Mehrzahl in der jeweilig gebildeten Studiengruppe. Oder sie reagierten atypisch, so dass sich deren Erkrankungszustand vor, während oder nach der getesteten Therapie statistisch gar nicht abbilden lässt, weil deren Zahl zu klein war. Sie verschwinden mit ihren Besonderheiten im sog. „epidemiologischen Rauschen“ – so der Fachausdruck. Es gibt freilich noch eine Reihe weiterer Gründe, warum sich die Ergebnisse epidemiologischer oder aber medizinstatistischer Studien nicht auf die Einzelsituation übertragen lassen, doch sind diese zu kompliziert, um hier verständlich dargelegt werden zu können. Wichtig ist es jedoch, sich zu merken, dass in all solchen Studien – gleichgültig in welchem Studiendesign sie daher kommen – statistisch ermittelte Fallzahlenrelationen die Hauptrolle spielen: Was der Nutzen ist, d.h. die Besserungs-/Heilwirkung, oder das mit einer Therapie, mit einem Medikament, mit einem diagnostischen Verfahren verbundene Risiko, gemeint sind damit die Unwirksamkeit oder Verschlechterungen des Erkrankungszustandes, also Nutzen und Risiko sind immer quantitativ und allgemein bestimmt. Deshalb können daraus direkt keine auf den Individualfall bezogene ärztliche Handlungsanleitungen abgeleitet werden.

Windeler et al. drücken diesen Sachverhalt wie folgt aus:

„Die Ergebnisse aus RCT<sup>21</sup> bildeten die Praxis („die Behandlungswirklichkeit“) nicht ab. Es ist weder möglich noch von Interesse, eine Nutzenfragestellung unter Berücksichtigung aller Aspekte der „Behandlungswirklichkeit“ zu beantworten. Prospektive vergleichende Interventionsstudien sollen eine konkrete Frage so valide wie möglich beantworten. Sie müssen dazu andere Fragen und andere Aspekte ausblenden.“

Dennoch behaupten sie einen Satz weiter, es sei „im Einzelfall zusammen mit dem Patienten zu entscheiden, ob mit den aus RCT gelieferten validen Ergebnissen in der Behandlungswirklichkeit gearbeitet werden kann oder nicht<sup>22</sup>“, denn „aus den Auswirkungen vieler RCT auf die Behandlungswirklichkeit“ sei „unmittelbar abzuleiten, dass deren Ergebnisse für den Alltag als relevant und die Entscheidung leitend angesehen worden sind“. Im Klartext: Weil viele ärztliche Behandler evidenzbasierte Studien durchaus als Handlungsanleitung für ihren ärztlichen Alltag benutzt haben, ist

---

21) RCT bezeichnet den Studientyp der Randomisierten Kontrollierten Studie = Randomized Controlled Trial.

22) Die Autoren beziehen sich hier in ihren Fußnoten auf: a) Rothwell PM (Hrsg.) From randomised trial to personalised medicine, Elsevier, 2007, und auf b) Behrens, J., Langer G., Evidence-based Nursing and Caring, Bern, Oxford: Huber 2006.

daraus zu schließen, dass sie tatsächlich auch genau dafür taugen und nutzbar sind.

Es gab mal einen sehr treffenden, wenn auch derben Spruch in den Jahren 1968 ff, der da lautete: Leute fressen Scheiße, Millionen von Fliegen können sich nicht irren.

Der künftige Chef des IQWiG und seine MitautorInnen empfehlen hier also den ärztlichen Missbrauch der Ergebnisse statistisch aufbereiteter Studien in ihrer alltäglichen ärztlichen Praxis, weil es viele Ärzte machten und es deshalb einen Nutzen dieses Missbrauchs geben müsse. Interessant, diese legitimierende Begründung für medizinfachliche Fehlleistungen. Sie gibt weiteren tiefen Einblick in Haltung, Gewissen und Denkweise dieser VertreterInnen der evidenzbasierten Medizin.

Wenn´s ihnen denn dienlich ist, scheint alles erlaubt. Auch hoch mit Risiken behafteten Vorgehensweisen und Methoden wie das hier Empfohlene bzw. wie folgt Diktierte:

„Aderlässe und Klistiere für jegliche Beschwerden, Bettruhe bei Rückenschmerzen<sup>23</sup>, zu großzügig verordnete kardiale Antiarrhythmika, Schonung des Herzkranken – RCT waren und sind das aufklärerische Instrument, um Vorurteilen und gefährlichen Praktiken zu begegnen. Ärzte müssen nachweisen, dass die von ihnen vorgeschlagenen Behandlungen nachweislich mehr nutzen als schaden. Dies lässt sich nur mit wissenschaftlich validen Studiendesigns belegen, mit RCT an prominenter Stelle. Diese kritische Evaluation wird damit zu einem zentralen Definitionskriterium eines verantwortungsvollen therapeutischen Handelns.“<sup>24</sup>

Skrupel indes scheinen sie beim empfohlenen ´Herunterbrechen´ statistisch gewonnener Studienerkenntnisse auf den einzelnen Patienten, die

---

23) Gerade das ist eines der fatalsten Beispiele: In vielen REHA-Einrichtungen werden zahlreiche Menschen mit Rückenschmerzen – egal was diese verursacht, ob eine Autounfall mit vielen kleinen Skelettschäden im Rückenbereich, ob Muskelschwund auf Grund von oft irreversiblen Läsionen der sog. small fibre – bis aufs Blut gepeinigt. Sie müssen sich trotz wachsender Schmerzen bewegen, bewegen, bewegen – natürlich an all diesen medizinisch selten zu befürwortenden Bewegungsmaschinen zur Fitness. Die REHA-Ergebnisse sind meist schrecklich. Die Menschen sind kränker als je zuvor und psychisch derart gedemütigt, dass sie psychologische Unterstützung brauchen bzw. bräuchten. Das neue Dogma hält Verweise auf Schmerzen für Verweigerung und das ärztliche und pflegende Personal agiert nach den bösen alten Regeln der „Schwarzen Pädagogik“. Sie schlagen die PatientInnen zwar nicht mehr, aber sie verletzen sie systematisch mental, psychisch und geistig. Alsdann erklären sie die während der REHA anwachsenden Rückenschmerzen zum psychosomatischen Problem – also dem Problem der Psyche, das erst sie in der REHA geschaffen oder bei meist auch psychisch labilen Rekonvaleszenten systematisch verstärkt haben. Tatsächlich hat sich das sog. Aktivierungskonzept in der Praxis zum Dogma und Alptraum für viele von Rückenschmerzen Geplagte entwickelt. - So viel zur Tilgung von ärztlichem Unsinn wie sie eben auch Windeler vorzuschweben scheint.

24) Antes et al, Kritische Evaluation...“, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 11, 14. März 2008, S. A 570

einzelne Patientin, nicht zu haben, ganz im Gegenteil. Skrupel müssen jene entwickeln, die es weiter zulassen wollen, dass Ärzte machen können, was sie wollen und sei es noch so unsinnig.

Ärztliche Therapiefreiheit, auch heute noch rechtlich zugesichert und Grundbestand unserer Demokratie? Nicht, wenn es zu viel kostet und die Renditen der Kommerzialisierer des Gesundheitssystems schmälert. Angestellte Ärzte in Krankenhauskonzernen und Gewinn orientierte medizinische Versorgungszentren müssen schließlich an die Leine gelegt werden. Sie müssen tun, was ihnen der kaufmännische Direktor aufträgt. Da ist die ärztliche Therapiefreiheit ja doch sehr, sehr hinderlich.

Das dürfte es sein, was hinter all den hehren Forderungen, Vorschlägen und dieser so auffällig gezielt platzierten ÄrztInnenschelte steckt.

Doch liegt auch eine innere Logik in der Argumentation der Evidenzbasiererten. Sie müssen ja den Nutzen der evidenzbasierten Medizinforschung für das hiesige Krankenversorgungssystem und dessen Finanzierung glaubhaft transparent und anscheinend für Jedermann plausibel vermarkten und dem Gesetzgeber als das Erfolg versprechende System der Zukunft erfolgreich andienen.

Es ist also leider nicht mehr auszuschließen, dass die medizinische Versorgung hier zu Lande Beute von Menschenvermessern/Statistikern und Erbsen zählenden Mathematikern und deren angeblich von allem kurativen Unsinn entschlackten Diagnostik- und Therapie-Leitlinien wird – also von Leuten wie den hier zu Wort Gekommenen, die selbst über eine geringe oder gar keine ärztlich kurative Erfahrung verfügen und auch keine pharmakologische Ausbildung genossen haben.

Unser Gesundheitswesen krankt mitnichten allein an der fehlenden epidemiologischen Erforschung und Ergebniskontrollen von Therapien und Arzneien. Nicht minder wichtig und kostenträchtig ist die gesamte Struktur, die mangelnde Ursachenanamnese in Praxen und Krankenhäusern, aber auch und nicht zuletzt die Gestaltung der Einnahmeseite.

Zu wünschen wäre auch insbesondere und u.a.

- die gerade hier zu Lande dominierende Dünkelhierarchie unter den MedizinerInnen, die Erziehung zum (unärztlichen) Niederkonkurrieren und auf Nachmacheffekte ausgelegte Alltagsdiskriminierung/-demütigung von Nachwuchs und Andersdenkenden. Diese Struktur ist es, die es ermöglicht, Behandlungsirrtümer immer wieder zu tradieren und eben nicht zu korrigieren,
- ein wissenschaftlich an den Kriterien der Erfahrungsmedizin ausgerichtetes und von den Interessen der gesamten Gesundheitsindust-

- rie<sup>25</sup> unabhängiges MedizinerInnenstudium, eine ebenso ausgerichtete ärztliche Fortbildung während der ärztlichen Berufspraxis,
- eine transparente Durchforstung angebotener Therapien und ärztlicher Überzeugungen, die die Kasuistik, Fallkontrollstudien, Querschnittsstudien ebenso respektieren wie molekular und biochemisch gewonnene medizinische wie kinetische Erkenntnisse in vivo et in vitro,
  - Transparenz von Forschung, Gremienseilschaften, Geldflüsse – Aufdeckung und ernsthafte Verfolgung von Korruption und Günstlingswirtschaft,
  - Focussierung von Erfolgskontrollen schon im Frühstadium auf die von der Medizingeräteindustrie angepriesenen Diagnostikgeräte, Biomarker usw. – als Beispiel sei hier das EEG genannt. Das EEG ist eine so weit verbreitete wie nutzlose Untersuchung, die für die GKV ein erheblicher Kostenfaktor ist, aber kaum irgendetwas zur diagnostischen Aufklärung beizutragen vermag,
  - Focussierung auf die Kontrolle vorgeblich unabhängiger Studien in epidemiologischer und evidenzbasierter Erscheinungsweise und Aufdeckung von Forschungsfälschungen und Wissenschaftsbetrug,
  - Focussierung im Frühstadium auf medizinische Referenzwertlaborwerte, die von der Medizinindustrie ´neu justiert´ worden sind. Beispiel hier ist die Absenkung der Normgrenzwertspannen für die a) Cholesterinwerte, b) Triglyzeridwerte, c) Blutdruckwerte und derzeit d) der Zuckerwerte im Blut, angeblich zur Diagnose eines sog. Prädiabetes bzw. Diabetes im Frühstadium. Alle die nach solchen Diagnosen verordneten Medikamente haben mehr der sog. Nebenwirkungen als sie je irgendeinen Nutzen gezeigt haben. Das gilt insbesondere für die zur Senkung des Cholesterinspiegels gegebenen nervengiftigen Statine, die teils zu fulminanten Polyneuropathien führen, aber auch die ZNS-Nerven nicht verschonen. Im schlimmsten Fall ist nach jahrelanger Medikamentenverordnung die Altersdemenz die Folge. Wenn man bedenkt, dass die Absenkung des Cholesterinspiegels für nahezu die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung verordnet worden ist, dann mag man ahnen, was die heute so beschleunigt zunehmende Altersdemenz auch mit derartigen medikamentösen Patientenverseuchungen zu tun haben könnte bzw. hat. Ein weiteres Beispiel sind die Katheteruntersuchungen – und viele, viele weitere ließen sich hinzufügen. Grund dafür sind aber in keinem Fall die individuellen ärztlichen Erfahrungen, deren Urteile oder Vorurteile, sondern die Machenschaften der Medizinindustrie und deren weit gespannten Korruptionsnetze,

---

25) Allein die Medizingeräte- und Medizinhilfsmittelindustrie kassiert von der GKV jährlich 60 Milliarden Euro. Die Pharmariesen kassierten 2008 von der GKV ca. 27 Mrd. Euro. Hinzu kommen die entsprechenden Ausgaben der PKV und was PatientInnen obendrein zusätzlich selbst bezahlen (müssen).

- Focussierung auf die auch bei uns weit verbreitete Korruption im Gesundheitswesen, die – siehe nur z.B. den Herzkloppenskandal – jährlich ebenfalls Millionen an Euro verschlingt,
- Focussierung auf das Gutachterunwesen, was Ärzten (in bestimmten lukrativen Bereichen nahezu nie Ärztinnen) insgesamt unglaublich viel Geld von den Sozialversicherungen einbringt (mehr noch in Privatversicherungsprozessen), die Arbeitszeit dafür und die Ressourcennutzung aber indirekt auf Kosten der GKV geht.

Das mag genügen, wobei gerade in diesem Zusammenhang noch ein Wort über die nahende Telemedizin und die dazu notwendige Infrastruktur – sowohl innerhalb wie außerhalb der ärztlichen Versorgungsräume – zu verlieren ist. Es ist auch und vor allem die Telemedizin, die nach übergreifenden, möglichst einfach zu handelnden und tatsächlich für alle MedizinerInnen gleichermaßen geltenden Leitlinien verlangt.

Gemeint sind Leitlinien, die man jederzeit und an allen Orten abrufen kann – im Handygespräch des Arztes mit dem Patienten z.B. bei der Ablesung dessen funktechnisch übermittelter Temperatur-, Blutdruck-, Puls-, Blutzusammensetzungs-, Herzrhythmuswerte – vielleicht zusätzlich noch der Daten über sein Essen, seine Coitusrate, seine verwendeten Genussmittel, seine Lauf- oder Spaziergänge etcpp.; es gibt mittlerweile nichts mehr, was da für Ärzte und andere Interessierte nicht phantasierbar wäre.

In diesem Vorfeld werden kleinen wie großen Versorgungseinrichtungen, den Vertretern der GKV sowie den PatientInnen die dollsten Gerätschaften und Mittel angedient, aufgeschwatzt oder sogar aufgedrückt. Dies geschieht durchaus auch mit Hilfe korrupter Ärztesfunktionäre, die lauthals Werbung machen und die klebrigsten Versprechen absondern, teils im Gleichklang mit nicht weniger korrupten MedienarbeiterInnen.

Hier fände Herr Windeler ein äußerst arbeitsintensives Arbeitsfeld für seine Bemühungen und Vorhaben. Doch es ist sehr zu bezweifeln, ob und dass er in diesem Bereich zupackt, müsste er sich dabei doch mit der Wachstum generierenden Maschinen-, Geräte-, Glas-, Blech-, Blas-, Mikroelektronik-, IT- und Nanotechnologie-Industrie (nicht zu vergessen die Schmierölhersteller) anlegen.

Wie würde da die gesamte politische Klasse toben.

Diese Industrie knöpft der GKV – ich sagte es schon – für ihre Waren immerhin ca. 60 Mrd. Euro jährlich ab – mit steigender Tendenz und Kostenintensität. Doch darüber spricht hier zu Lande niemand – das ist tabu, so tabu wie die Korruption von und bei dem Medizingerätehersteller Siemens eher eine kleine, unwichtige Nachrichtennebensache war und blieb.

Telemedizin plus Teleinfrastruktur versprechen hier zudem einen wichtigen und wirklichen Wachstumsschub in der Wertschöpfung – also keine Scheinwachstumsraten wie so viele der so genannten Finanzprodukte, die zwar als Waren gehandelt werden, aber nichts weniger als Produkte sind. In den o.g. Sparten der Gesundheitsindustrie dagegen werden für ca. 60 Mrd. Euro echte Sachwerte geschaffen, was in etwa der Summe entspricht, die im deutschen Gesundheitswesen von den dort Beschäftigten insgesamt verdient wird. Es ist schließlich kein Zufall, dass Politiker wie SPD-Steinmeier noch im Wahlkampf 2009 vom Gesundheitswesen als dem zukünftigen Wachstums- und Beschäftigungsmotor der inländischen Wirtschaft sprach und glaubte, wählerwirksam darauf seine politische Zukunftskonzeption bauen zu können.

Auch FDP-Rösler hat die von der Geräteindustrie verschlungenen Unsummen bislang mit keinem Wort erwähnt oder gar kritisiert. Das hieße schließlich, den medizinischen Fortschritt zu blockieren. So bleibt das telemedizinische Leitlinienkonzept mit seinen Rationalisierungspotenzialen und der erwünschte Placebo-Effekt durch nicht verschriebene Arzneien in fließbandartig abfertigenden Praxen, Versorgungszentren und Krankenhäusern, die – und das wäre keineswegs nur negativ – auch nicht mehr so viel und unnütz operieren dürften.

Und es steht zu vermuten, dass es homöopathische und pflanzentherapeutische Medikamente auf Krankenkärtchen gar nicht mehr geben wird. Dafür dürfte dieser Spezialfreund der Homöopathie in seinem Rationalitätswahn und exquisiten Effektivitätsstolz schon sorgen.

Das würde allerdings vor allem all jene PatientInnen bitter treffen, die die Medikamente aus dem petrochemischen Baukasten nicht vertragen oder die sie nicht einnehmen können, weil sie ihren Erkrankungszustand nur verschlimmern statt bessern. Diese Effekte kennen die meisten der chronisch vergifteten und/oder chemikaliensensitiven Menschen. Wie sie versorgt und wirksam therapiert werden können, das steht in den Sternen, nicht aber in der medizinischen Literatur.

Warum das so ist, verrät meist schon der Beipackzettel mit den Angaben der in den Medikamenten enthaltenen Wirkstoffe – siehe Statine - und Trägersubstanzen.

Glykol z.B. ist eine sehr beliebte Trägersubstanz für medizinische Wirkstoffe und in vielen Medikamenten enthalten. Darauf hingewiesen, staunt der Apotheker, hat er das doch nicht gewusst.

Glykol aber ist ein technisches Lösemittel und nervengiftig. So, so, sagt der Apotheker. Wieso darf ich es dann verkaufen, wenn es so giftig ist?

Tja, warum.

Herrn Windeler freilich dürfte die nach Einnahme solcher Medikamente wieder besseres Wissen eher für einen der von ihm in besagtem Artikel über die Homöopathie beschriebenen **Nocebo-Effekte** halten, denn, das wird er mit der ihm eigenen Bestimmtheit vermuten, wenn nicht gar für längst erwiesen annehmen:

Wieder einmal kommt ihm da wirkmächtiger Aberglauben in die Schadwirkungen der Chemie, des Elektrosmogs, der Gen-Technik und Biosynthese (oder worum es sich sonst noch handeln mag) entgegen gewandelt, unzugänglich für alle seine rationalen, so gut, vernünftig begründeten und wissenschaftlich berechneten Argumente.

Für Leute wie Windeler ist es vor allem die Angst, die krank macht. Ökophobie oder auch - wahlweise - Radiophobie nannten die herrschenden Kreise hier zu Lande (vor allem deren gewissenlose Subalterne) die Radioaktivitätskontamination in der Ukraine, in Weißrussland wie auch in Russland, im skandinavischen Nordosten, in der DDR, in Bayern, aber auch in der Türkei und im Süden Frankreichs im April 1986 ff. nach der Havarie des Atommeilers in Tschernobyl und die Versuche von BürgerInnen, sich davor zu schützen. Sie beließen es auch danach bei der Leugnung des großen Sterbens und der vielen Krebserkrankungen, insbesondere der schon 1990 mit Bild und Biografie aktenkundig gewordenen, infolge ihrer radioaktiven Verstrahlung verstorbenen 5.000 Katastrophenhelfer in Tschernobyl. Auch die vielen, vielen radioaktiv verletzten Kinder in Weißrussland, es ist jetzt schon die teils erheblich geschädigte Enkelgeneration der damals mehr als 1 Mio. verstrahlten WeißrussInnen, sind für sie nichts als pure Einbildung und Angstmache.

Es kann nicht verwundern, dass sie sich da so einig sind, der Diktator Lukaschenko und die Hiesigen. Auch Windeler scheint zu den 'Hiesigen' zu gehören oder gehört zu haben. In der Schmähchrift „Erfolge der Homöopathie ..“ jedenfalls bezieht er sich mit seinem Mitautor auf die vom Forscher Michaelis selbst unzutreffend ausgewerteten Ergebnisdaten der sog. Mainzer Kinderleukämie studie positiv. Ausgerechnet eine derartige fehlerhafte und erkennbar ergebnisorientierte Studie ohne wissenschaftliche Bestandskraft diente ihm als Beweis für die irrationale Angst der Kernkraftgegner und die Harmlosigkeit laufender Atommeiler für die von Radioaktivität nicht bedrohte Gesundheit der Kinder im - von Michaelis weit, sehr weit gezogenen - Kilometerumkreis von AKWs.

Chemisch, durch Luftverschmutzung, radioaktiv oder durch nicht ionisierende Strahlen (Elektrosmog) Verletzte?

Für Herrn Windeler dürfte es „so was“ mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht geben, schon gar nicht chronische Gesundheitsschäden durch Expositionen gegenüber diversen Gefahrstoffen im Niedrigdosisbereich und anderen Einwirkungen - und seien es behauptete Vergiftungen

durch Trägersubstanzen von Wirkstoffen in Pharmazeutika wie eben (z.B.) Glykol oder gegenüber den noch erheblich nervengiftigeren Phthalaten wie z.B. die Untergruppen DEP und DMP.

Also noch schlechtere medizinische und versicherungsrechtliche Versorgung für beruflich oder auch im öffentlichen Raum/Privatleben durch Schadstoffe aller Art chemisch Verletzte/chronisch Kranke?

Es gilt dem neuen Chef des IQWiG genau auf die Finger zu schauen. Positive Erwartungen dürften sich mit ihm freilich nur schwerlich verbinden lassen.

Aber welcher Versicherte und/oder Erkrankte in Not erlebt hier nicht gern auch mal eine Überraschung der erfreulichen Art – wider alle seine mehr oder weniger finstere Erwartung?

Altenstadt, Juni 2010