

SCHRIFTENREIHE DENKANSTÖßE

# *Solidarische Gesundheit muss gegen Gier geschützt werden*

Wolfgang Wodarg

## ZUSAMMENFASSUNG

Der Autor beschreibt als politisch denkender Arzt die subtilen Mechanismen, mit denen eine gierige Finanzindustrie die gesetzliche Krankenversicherung als Kernbereich solidarischer Daseinsvorsorge aufspaltet und mit wachsender Geschwindigkeit einen Markt- platz aus ihr macht, auf dem mit dem Leid und der Not der Menschen große Profite gemacht werden. Er zeigt Wege auf, wie auch bei uns Gesundheit jetzt solidarisch zu sichern ist und wie eine nachhaltige selbstverwaltete Versorgung aussehen kann.

*Dr. med. Wolfgang Wodarg* war 1994 bis 2009 Mitglied des Bundestages und dort Initiator und Sprecher der Enquetekommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Er ist Ehrenmitglied der Parlamentarischen Versammlung des Europarates (Themen u.a.: Gesundheit als öffentliche Aufgabe, Forschung und Ethik, Globalisierung und Gesundheit, Funktion der Medien und Rolle des Gewaltmonopols für Demokratien). Er ist Kuratoriumsmitglied beim Institut Solidarische Moderne und im Vorstand von Transparency International Deutschland.

Die *Denkanstöße* sind eine regelmäßig erscheinende Publikation des Instituts Solidarische Moderne. Die veröffentlichten Texte stellen nicht zwangsläufig die Position des Instituts dar, sondern sind als Diskussionsgrundlage gedacht.

Textvorschläge für die Schriftenreihe *Denkanstöße* können per E-Mail geschickt werden an: [publikation@solidarische-moderne.de](mailto:publikation@solidarische-moderne.de). Über die Veröffentlichung eingesendeter Beiträge entscheidet ein Auswahlgremium des Instituts.

Das Institut Solidarische Moderne e.V., 2010 mit Sitz in Berlin gegründet, ist Programmwerkstatt und demokratischer Kulturverein mit einer Doppelfunktion: Im engen Dialog von politischer Praxis und konstruktiver Wissenschaft erarbeitet das ISM mit seinen 1.500 Mitglieder Entwürfe zu ökonomischen, ökologischen, sozialen und kulturellen Fragen einer demokratischen Gesellschaftsreform. Es unterstützt gesellschaftliche Kräfte bei der Entwicklung eines emanzipatorischen Reformprojekts und es bemüht sich um die Realisierung einer entsprechenden Machtoption.

[www.solidarische-moderne.de](http://www.solidarische-moderne.de) | [info@solidarische-moderne.de](mailto:info@solidarische-moderne.de)

# ***Solidarische Gesundheit muss gegen Gier geschützt werden***

## **Diagnose und Therapie eines todkranken Solidarsystems**

### **1. Der „heilige Raum“ der Gesundheit**

Das Gesundheitssystem ist in sich sehr geschlossen. Es entwickelt seine eigenen Regeln, seine eigene Sprache, sein eigenes internes Gefüge von Zielen, Werten, Denkweisen, Ritualen, Qualifikationsmerkmalen, Aufgaben und Strukturen.<sup>1</sup>

Für seine externe Umgebung bildet es Kopplungsstellen aus. Orte für jene, die seiner Funktionen bedürfen. Mit Wartezimmern, Ambulanzen, Aufnahmestationen oder Rettungswagen schafft es sich eigene Vorräume, in denen seine Nutzer freiwillig oder unverhofft, mit oder ohne Blaulicht auf oft sehr eindrucksvolle Weise auf ihre Patientenrolle vorbereitet werden. Wie Weihrauch im Tempel, so signalisieren die Ausdünstungen der Keimfreiheit für die meist leidend oder angespannt Wartenden, dass etwas Besonderes hinter der Sprechzimmertür, hinter dem Sichtschutz verborgen ist.

Jene Schnittstellen mit der „gesunden“ oder zumindest noch nicht Hilfe suchenden Welt bereiten einen Rollenwechsel vor und verlangen eine erhebliche Anpassungsleistung von jenen, die als Patienten aufgenommen werden wollen oder müssen. „Patient“ sein heißt, seine gesellschaftliche Rolle zu ändern, heißt, sich auf die Medizin-Rituale einzulassen und eine Schnittstelle zu diesem System zu entwickeln.<sup>2</sup>

Die besondere Funktion eines geschützten und schützenden Raumes für Kranke, in dem andere Verhaltensmuster und Regeln gelten als zum Beispiel im Wirtschafts-, Politik-, Bildungs- oder Rechtssystem, gibt es in allen Gesellschaften und Kulturen seit Jahrtausenden. Die Vertrauensbeziehung zwischen kranken Hilfsbedürftigen und Medizinmänn-

---

1 Niklas Luhmann, Die Gesellschaft der Gesellschaft 2Bd., Suhrkamp Verlag Frankfurt/Main 1998

2 Klaus Dörner; Der gute Arzt–Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, Schattauer Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2001

nern oder -frauen ist eine viel beschriebene schutzwürdige Voraussetzung für Neuorientierung aus der Krankheit oder mit der Krankheit.<sup>3</sup>

Die historische Innendifferenzierung des Gesundheitssystems ist jedoch nicht nur durch seine originären Aufgaben und Ressourcen bedingt. Es zeigt auch deutliche Spuren anderer Subsysteme unserer Gesellschaft, die sich in den letzten dreihundert Jahren funktionell ausdifferenziert haben.

## **2. Von der Nachbarschaftshilfe zu nationalen Gesundheitssystemen**

Vor der Industrialisierung war die Gesundheitspflege eine klassisch subsidiär gegliederte Aufgabe: Eigenhilfe im Haushalt, Hilfe in der näheren Umgebung unter Einbezug besonders erfahrener Nachbarn und in urbanen Regionen erste Bader, Hebammen und Quacksalber. Selbst in der privilegierten Adelschicht war fachlich ausgebildete Hilfe etwas Besonderes. Dominant und wichtiger und viel verbreiteter als der Mediziner war immer die Pflege, sei es zu Haus oder in Siechenhäusern. Medizinisches Fachpersonal zog umher oder wartete bei Hofe auf betuchte Kundschaft.

In Folge der Industrialisierung und der funktionellen Ausdifferenzierung der Gesellschaft wurde das Gesundheitssystem von systemfremden Kräften mitgeformt. Zentralistisches Durchregieren oder föderalistisches Zusammenwachsen bewirkten jedoch unterschiedliche Hilfesysteme. Die zentralstaatlichen Gesundheitsdienste in Großbritannien oder in den ehemaligen Ostblockstaaten unterscheiden sich deutlich von den eher kommunal beziehungsweise regional ausgerichteten Gesundheitsdiensten in Italien, Spanien oder den skandinavischen Ländern<sup>4,5</sup>.

## **3. Die erfolgreichen Skandinavier**

In Skandinavien ist die Hilfe bei Krankheit primär eine Angelegenheit der kommunalen bzw. regionalen Strukturen. Während beim OECD-Spitzenreiter Finnland die gesundheitliche Versorgung auf kommunaler Ebene sichergestellt wird, sind in Schweden, Norwegen und Dänemark die Regionen etwas größer zugeschnitten.

---

3 z.B.: Fritz Hartmann; Patient, Arzt und Medizin-Beitrag zur ärztlichen Anthropologie, Vandenhoeck & Ruprecht, 1984

4 Jon Magnussen et al.; Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges, Open University Press, Milton Keynes 2009

5 [http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf)

Grundsätzlich entsprechen die skandinavischen Versorgungsstrukturen den Prinzipien der Subsidiarität und basieren auf Gemeindefachdiensten und örtlichen Gesundheitszentren. Beide haben sehr gute Grundlagen und erhalten gegebenenfalls zusätzliche fachliche Unterstützung und Supervision durch transparente „best practice“-Systeme und zentrale Fachdienste übergeordneter Stellen. Seltener Spezialbehandlungen werden zentralisiert, und der Einkauf von Medikamenten oder anderen Gütern erfolgt aus guten Gründen durch eine starke gemeinsame Einkaufsorganisation. Die Regionen bewirtschaften eigene Budgets, und ihre Leistung wird nach für das ganze Land gleichermaßen geltenden Versorgungszielen beurteilt.

#### ***4. Die deutsche Solidargemeinschaft unter dem Druck des Marktes***

Deutschland hat durch die von Bismarck verordnete nebenstaatliche Struktur mit einer an die Arbeitswelt angelehnten eigenen Selbstverwaltung und mit Pflichtabgaben, die - anders als sonstige Steuern- zweckgebunden erhoben werden dürfen, ein sehr stabiles, die Regierungen, Kriege und Krisen überstehendes Gesundheitssystem von hoher Leistungsfähigkeit geschaffen.

Jedoch verändert sich die noch nach dem zweiten Weltkrieg sehr regional ausgerichtete und geschlossene gesundheitliche Versorgungsstruktur unter dem Einfluss eines übermächtigen, globalisierten Finanz- und Wirtschaftssystems in den letzten dreißig Jahren in rasantem Tempo. Arztpraxen und Kliniken mutieren zu Profit-Zentren und aus Patienten werden Kunden. Der gute alte Hausarzt stirbt aus, und die Stationschwester wird durch Pflegemanager ersetzt. Wer das nicht mitmachen will, wandert aus nach Skandinavien. Unser Gesundheitssystem verliert seine Form, wie ein Kuchen, aus dem sich jeder am Tisch die Rosinen herauspickt.

#### ***5. Lukrative Geschäfte mit der Not der Kranken***

Der globalisierte Finanzmarkt weiß, dass mit Not, mit Hilflosigkeit, mit der Angst vor Krankheit und Tod die lukrativsten Geschäfte zu machen sind. Billiardenschwere Fonds-Verwalter<sup>6</sup> stürzten sich auf die Pharmaindustrie und stürzen sich inzwischen auf die Versorgungsstrukturen selbst. Health Maintenance Organisationen (HMOs) schossen zuerst in den USA aus dem Boden und sorgten mit Medizintechnik und Big Pharma in

---

<sup>6</sup> Paul Schreyer; Krankes Wachstum, HINTERGRUND, Heft 1 / 2 -2010

wenigen Jahren dafür, dass dort etwa ein Fünftel des gesamten Volksvermögens verbraucht wird, um jene, die zahlungskräftig sind, solange wie möglich zwischen Leben und Tod abhängig zu halten.

Durch zum großen Teil fragwürdiges und teilweise kriminelles Marketing<sup>7</sup> und durch erfundene Krankheiten hat diese Industrie in den letzten Jahrzehnten unsere Wahrnehmung und unser Bild vom hilfsbedürftigen Patienten in die ihr gemäße Form eines anspruchsvollen Kunden verwandelt. Schlüsselfiguren bei dieser Metamorphose sind, ohne es so richtig bemerkt zu haben, die Ärztinnen und Ärzte.

Die ärztliche Ausbildung, die Forschungswelt, welche Ärztinnen und Ärzte während ihrer fachlichen Sozialisierung erleben, die Karriere-Muster und der Geschäftsbetrieb der Institutionen, in denen sie funktionieren, werden zunehmend von der Eigengesetzlichkeit einer expansiven Gesundheitsindustrie geprägt.<sup>2</sup> Mit ungeheuren Investitionen wurde der ehemals geschützte gesellschaftliche Raum organisierter gegenseitiger Hilfe im Krankheitsfall zum Wirkungsfeld eines globalen Gesundheitsmarktes umgeformt.

Dieser schnell wachsende Wirtschaftszweig organisiert Abhängigkeiten, vernichtet und verdrängt die Subsistenzstrukturen im Bereich bodenständiger gesundheitlicher Hilfesysteme und ersetzt sie in wachsendem Tempo durch Filialen zunehmend ausdifferenzierter Versorgungskonzerne.

#### **6. Aus kriminellen Pillen-Verkäufern werden Case-Manager**

Wenn die Chefin des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller (vfa) Frau Cornelia Yzer von Versorgungsforschung schwärmt<sup>8</sup> so gibt sie Zeugnis über die Kehrtwende einer in den letzten 30 Jahren abnehmend innovativen Pharmastrategie hin zur direkten Übernahme von ganzheitlichem „Patientenmanagement“.

Die Janssen-Cilag GmbH, eine auf Psychopharmaka spezialisierte Tochter des US-Konzerns Johnson & Johnson (J&J), hat im Bereich der psychiatrischen Versorgung bereits vorgemacht, wie solch ein Case-Management in Deutschland aussehen soll. Mit

---

7 Sammy Almashat, Charles Preston, Timothy Waterman, Sidney Wolfe; Rapidly Increasing Criminal and Civil Monetary Penalties Against the Pharmaceutical Industry: 1991 to 2010, Public Citizen's Health Research Group 2010 (pers. Mitteilung)

8 <http://www.vfa.de/de/presse/verbandsinformationen/positionen/versorgungsforschung.html>

Satellitenfirmen in Niedersachsen hat sie sich augenscheinlich bereits die psychiatrischen Rosinen aus dem AOK-Kuchen gepickt<sup>9</sup>.

Man muss es ja nicht wissen, dass der hinter Tochterfirmen verborgene Vertragspartner der AOK, nämlich der J&J Konzern vor kurzem wegen krimineller Vermarktungstechniken einer Psycho-Droge zu 6,14 Mio. \$ Strafe verurteilt worden ist.<sup>10</sup> Ein weiterer Korruptionstatbestand wegen zig-millionenschwerer Kick-Back-Geschäfte mit dem Gesundheitsdienstleister Omnicare wurde im September 2010 vom US-Justizministerium zur Anklage gebracht.<sup>11</sup> Warum schreit in Deutschland darüber niemand auf?

Andere Abhängigkeiten werden folgen, denn die Angebote sind für die Wettbewerber in den Reihen der gesetzlichen Krankenkassen auch deshalb verlockend, weil die Unternehmen Risikokapital einspeisen und sich genau die Krankheiten aussuchen, bei denen nicht nur Big-Pharma profitiert, sondern auch die GKV-Kasse aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eine kräftige Finanzspritze erhält. Natürlich besteht auch in der unübersichtlichen Landschaft des Vertragswettbewerbs zwischen skrupellosen, einschlägig vorbestraften Unternehmen und den Managern der über 150 gesetzlichen Krankenkassen ein erhebliches Korruptionsrisiko.

### ***7. Kassen werden von mächtigen Konzernen über den Tisch gezogen***

Großflächige Monopole und Patentsysteme, Dumpinglöhne, politische Einflussnahme, exzessives Marketing mit Korruption der medizinischen Akteure in atemberaubender Unverschämtheit sowie Externalisierung der Kosten sind die Tatwerkzeuge dieser geldgierigen Konzerne.

Die Blauäugigkeit und der Dilettantismus, mit dem sich die deutschen Treuhänder der Solidargemeinschaft von US-Investoren und global wirkenden Konzernen über den Tisch ziehen lassen, ist nur zu verstehen, wenn man die politische Begleitmusik dieser Entwicklung und die Geschichte der GKV seit 1992 zurückverfolgt.

---

9 <http://www.solidarische-moderne.de/de/article/121.privatisierungsfalle-irre-ist-wer-sich-fangen-laesst.html>

10 <http://www.businessweek.com/news/2010-05-21/j-j-unit-pleads-guilty-to-improper-topamax-marketing-update2-.html>

11 [http://www.huffingtonpost.com/2010/01/15/johnson-johnson-kickback\\_n\\_424604.html](http://www.huffingtonpost.com/2010/01/15/johnson-johnson-kickback_n_424604.html)

### **8. Sündenfall in Lahnstein: der Wettbewerb unter Solidarpartnern**

Damals wurde das regional stark gegliederte System der Solidarkassen nach einem „Kompromiss“ zwischen CDU/CSU und SPD durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)<sup>12</sup> völlig umgebaut. In Lahnstein einigte man sich darauf, die bis dahin in fast jeder Kreisstadt vorhandenen Ortskrankenkassen auf Landesebene zusammenzufassen und diese ab 1997 in den Wettbewerb mit den sehr heterogenen Betriebs- und Innungskrankenkassen, den Knappschaften, den der GKV zugehörigen Kassen für Seeleute oder Landwirte und den überwiegend auf Bundesebene organisierten Ersatzkassen zu schicken. Die damals etwa 1200 Solidarkassen sollten gegeneinander konkurrieren.

Ein Arbeiter durfte fortan auch bei einer Angestelltenkrankenkasse versichert sein, und jede Kasse sollte jeden Kassenwechsler aufnehmen müssen (Kontrahierungszwang). Das wurde als Abschaffung von Diskriminierung, als Emanzipation der Arbeiter und als großer politischer Erfolg gefeiert. Die regional gegliederte Solidargemeinschaft war somit in Hunderte gegeneinander im nationalen Wettbewerb stehende Einzelkassen aufgeteilt worden.

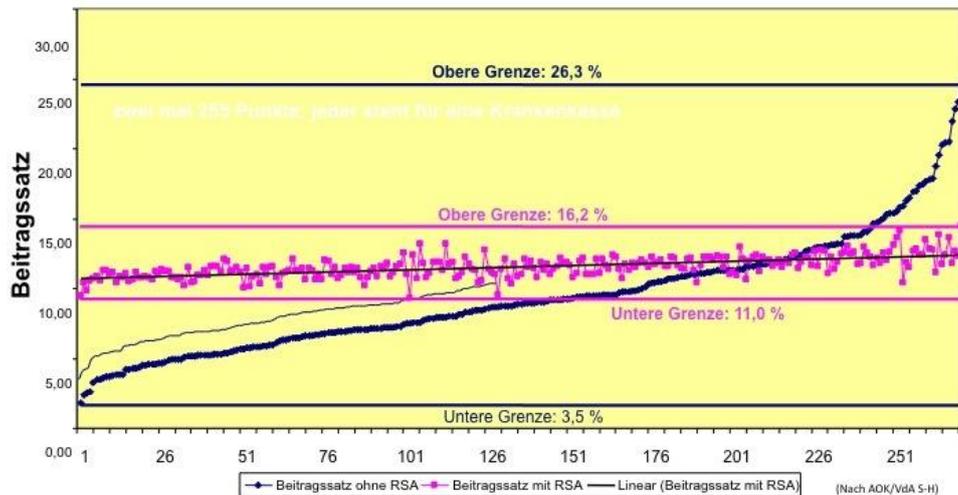
Weiterhin blieb aber der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) definiert und für ganz Deutschland gleich. Da die Kassen ihre Ausgaben durch angemessene Beiträge decken müssen und ihre Versichertenprofile sehr ungleiche Krankheitslasten aufwiesen, war aber klar, dass es einen Lastenausgleich geben musste.

### **9. Kassenwettbewerb: Wer teure Kranke meidet, der gewinnt**

Die Ausgaben der Konkurrenten pro Versicherten waren sehr unterschiedlich. Eine Betriebskrankenkasse, die überwiegend junge und gesunde Beschäftigte eines Unternehmens versicherte, wäre mit etwa 3,5% Beitrag aus der Lohntüte bestens ausgekommen. Andererseits hätte eine „Rentnerkasse“, wie zum Beispiel die AOK einer Großstadt, wegen der geringeren Durchschnittseinkommen ihrer Mitglieder und wegen höherer Krankheitslasten um die 26% zur Deckung ihrer Ausgaben aus den Einkünften der Versicherten einbehalten müssen.

---

<sup>12</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsstrukturgesetz>



**Spanne der ausgabendeckenden Beitragssätze mit und ohne altem RSA**

### 10. Risikostrukturausgleich: gut für Berater, schlecht für Kranke

Schon damals wurde deshalb Lastenausgleich zwischen den Kassen errechnet und gegen den Widerstand einer schwarz-gelben Koalition in das **Gesundheitsstrukturgesetz** (*Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der [gesetzlichen Krankenversicherung](#)*) vom 21. Dezember 1992 hineinverhandelt. Der damalige SPD-Bundestagsabgeordnete Prof. Dr. Martin Pfaff hat durch das von ihm gegründete wissenschaftliche Institut in Augsburg an der Ausgestaltung des Ausgleichs als Gesundheitsökonom mitgewirkt und gemeinsam mit Rudolf Dressler und der SPD-Fraktion den ersten [Risikostrukturausgleich](#) (RSA) gegenüber der CDU/CSU und FDP durchgesetzt. Dadurch konnten sich die Beiträge der GKV-Kassen bis auf maximal etwa 5% Unterschied aneinander annähern lassen (s. Grafik).

Als Gegenleistung für die Eröffnung des Kassenwettbewerbs wurden von der SPD noch einige weitere Neuregelungen politisch ausgehandelt, darunter ein gesundheitspolitischer Dauerbrenner der Sozialdemokraten, eine Positivliste für die von den Kassen zu übernehmenden Arzneimittel, die Seehofer später hämisch triumphierend vor laufender Kamera wieder zerreißen ließ.

Die konservative Seite hatte aber im Interesse der privaten Krankenversicherungen viel erreicht und mit der Durchsetzung des Kassenwettbewerbs den Spaltpilz für eine erfolg-

reiche und bis heute rasant zunehmende Deregulierung in das deutsche Gesundheitswesens getrieben.

### **11. Der Wettbewerb um gute Risiken belohnt die Falschen**

Das „Teile und Herrsche!“ hat in den dann kommenden Jahren zum politisch einkalkulierten Untergang derjenigen Kassen geführt, die nicht schnell genug durch betriebswirtschaftliche Optimierungsprozesse ihre Wettbewerbsfähigkeit steigern konnten. Gerade dieser Druck hat jedoch das Selbstverständnis der gesetzlichen Krankenkassen nach und nach pervertiert. Die Erfolgsmerkmale für Wirtschaftsbetriebe sind eben grundsätzlich andere als jene von Solidarkassen. Letztere sind Einrichtungen der öffentlichen Wohlfahrtspflege. Ihr Erfolg lässt sich nicht einfach an ihrer Bilanz in Mark bzw. Euro darstellen. Anders als Wirtschaftsbetriebe sind die Kassen Treuhänder öffentlicher Gelder und daher an der Erfüllung ihrer Aufgaben für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung aller Versicherten zu messen.

Das im aufkommenden Verdrängungswettbewerb prägende betriebswirtschaftliche Kalkül wurde harte Wirklichkeit für viele der Versicherten, denen wegen schlechter Einkommen oder hohen Versorgungsbedarfs das Leben schwer gemacht wurde.

Eine Kasse, die auf chronisch kranken Versicherten „sitzen blieb“, konnte ihre Ausgaben trotz des groben Lastenausgleichs nicht so senken wie eine Kasse, der es gelang, möglichst viele junge, gesunde und gut verdienende Mitglieder anzulocken. Im Wettbewerb hatten es also gerade jene Kassen schwer, welche über die meisten praktischen Erfahrungen mit Hilfsbedürftigsten verfügten.

Mit Aufkommen der elektronischen Datenverarbeitung konnten die Kassen ihr Versichertenklientel immer genauer unter die Lupe nehmen und mussten feststellen, dass ein kleiner Versichertenkreis von nur fünf Promille für ein Fünftel aller Ausgaben verantwortlich war. Anders ausgedrückt: Zehn Prozent der Versicherten verursachten etwa achtzig Prozent der Ausgaben.

Die Kassen begannen mit dem Rosinenpicken und mit systematischer Drückebergerei vor Leistungen für teure Kranke. Plötzlich hörten chronisch Kranke, die sich über erschwerten Leistungszugang beklagten, sie könnten ja jetzt die Kasse wechseln.

## **12. Gesetzliche Schadensbegrenzung: Kompliziert und wenig hilfreich**

Von 1998 an beschäftigte sich dann die Gesundheitspolitik hauptsächlich mit komplizierten Lastenausgleichsregelungen und mit unterschiedlichsten Versuchen und Rechenmodellen, die trotz des organisierten Gegeneinanders der Kassen eine Rest-Solidarität im Gesamtsystem erhalten sollten. Der Gesetzgeber verlor grundsätzliche Probleme des kranken GKV-Systems aus den Augen und begnügte sich mit palliativen Maßnahmen wie Symptombekämpfung, Schönreden und Begleitung des Sterbeprozesses unseres Solidarsystems.

Aufwendige schadensbegrenzende oder wenigstens neutralisierende Regelungen wurden durch externe Institute ersonnen und durchgerechnet und sodann mit den wohlklingenden Namen wie „Disease-Management-Programm (DMP)“<sup>13</sup> zum Schutz chronisch Kranker oder „morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (mRSA)“<sup>14</sup> als Mittel gegen die Nebenwirkungen des Kassenwettbewerbs per Gesetz verordnet.

Inzwischen hatten sich die Kassenfunktionäre und die Gremien der Selbstverwaltung in großer Betriebsamkeit - wie in Lahnstein gewünscht- „professionalisiert“. Immer mehr schauten sie auf ihre „Marktposition“. Sie kurbelten dadurch die Dumpingprozesse zu Lasten chronisch Kranker aus ihrer neuen betriebswirtschaftlichen Sichtweise immer mehr an.

Der Vertragswettbewerb wurde als weitere Waffe in diesem Gegeneinander der Kassen gesetzlich eingeführt. Stationen dieser gesetzlichen Deregulierung waren das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)<sup>15</sup>, das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)<sup>16</sup> und zuletzt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)<sup>17</sup> aus dem Jahre 2007.

Anfang 2010 umfasste allein das Sozialgesetzbuch V 319 Paragraphen und eine völlig unübersichtliche Zahl von Verordnungen, Richtlinien, untergesetzlichen Normen und

---

13 <http://de.wikipedia.org/wiki/Disease-Management-Programm>

14 [http://www.gkv-spitzenverband.de/Morbi\\_RSA.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/Morbi_RSA.gkvnet)

15 <http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/gkv-modernisierungsgesetz/gkv-modernisierungsgesetz.htm>

16 <http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/vertragsarztrechtsaenderungsgesetz/vertragsarztrechtsaenderungsgesetz.htm>

17 <http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/gkv-wettbewerbsstaerkungsgesetz-gkv-wsg/gkv-wettbewerbsstaerkungsgesetz-gkv-wsg.htm>

Abmachungen sowie weiteren komplexen Normensetzungen auf der Ebene der Selbstverwaltung.

### **13. Gesetzeschaos schafft neuen Markt für Beratungsindustrie**

Hunderte von Beratungsfirmen wurden gegründet oder spezialisierten sich darauf, der Selbstverwaltung und den hoch dotierten Geschäftsführungen der Kassen zu zeigen, wie man sich als Kasse „positionieren“ oder „aufstellen“ muss, um die Konkurrenz zu übertrumpfen. Sie schufen bei den immer noch über 200 Kassen mit Hilfe ihrer Schar von Gesundheitsökonomern und Vertragsspezialisten einen unüberschaubaren Flickenteppich von unterschiedlichsten Einzelverträgen (Selektivverträge<sup>18</sup>) mit Ärzten, Kliniken, Hilfsmittel-Lieferanten, Pflegediensten und schließlich auch mit Pharma-Unternehmen. Das Denken der Kassenmanager veränderte sich schnell. Komplementär dazu entstanden auch auf der Seite der Leistungsanbieter neue komplexe Strukturen, die ohne den professionellen Sachverstand von Gesundheitsökonomern, Fachanwälten, IT-Spezialisten, Qualitätssicherern und Weiterbildungsspezialisten nicht auskamen. So entstanden –finanziert aus den Gesamtressourcen des Gesundheitssystems- neue Berufe, die oft besser bezahlt waren als so mancher Stationsarzt oder so manche Pflegekraft.

### **14. Wettbewerbsstärkungsgesetz: Übergang zur offenen Deregulierung**

Wahltarife mit Rabatten und Beitragsrückerstattungen, die besonders für Gesunde Vorteil bringen, trugen zur weiteren Aufspaltung der Solidargemeinschaft bei. Die Privaten Krankenversicherungen (PKV) sorgten mit wirksamem Lobbying dafür, dass immer mehr Gestaltungselemente ihrer kapitalgedeckten, risikoadjustierten Versicherungen das Gesicht unserer Solidarkassen veränderten.

Als das Wettbewerbsstärkungsgesetz 2006 überraschend von der Großen Koalition in den Bundestag eingebracht und dann der Gesundheitsfond mit einheitlichen Beitragsätzen und dem Druck drohender Zusatzbeiträge für Kassen in Not eingeführt wurde, verschärfte sich der Kassenwettbewerb nochmals. Auch der Morbi-RSA für achtzig verschiedene Krankheiten änderte daran bis heute nichts. Er führte lediglich zu noch komplizierteren und noch unübersichtlicheren Vertragsstrukturen, wie man am oben ge-

---

<sup>18</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Selektivvertrag>

schilderten Psychiatrie-Versorgungsvertrag der AOK-Niedersachsen<sup>9</sup> beispielhaft erkennen kann.

### **15. Arbeitgeber lassen paritätische Verantwortung aufkündigen**

Seit der letzten Gesundheitsreform haben auch die Arbeitgeber kein großes Interesse mehr, bremsend auf künftige Beitragssteigerungen einzuwirken. Ihr Beitragsanteil für die Krankenversicherungen wurde ab 2011 per Gesetz auf 7,3% von insgesamt 15,5% begrenzt. Alle Kostensteigerungen und Mehrausgaben der Kassen werden, wie jetzt schon Zahnersatz, Brillen und Krankengeld, über Zusatzbeiträge und Zuzahlungen allein von den Versicherten zu tragen sein.

Die private Versicherungswirtschaft freut sich auch. Nicht nur, dass ihr durch den neuen gesetzlichen Versicherungszwang die Neukunden zu Tausenden in die Filialen getrieben wurden, auch werden noch mehr gut Verdienende als bisher bei der absehbaren Einführung hoher monatlicher Zusatzbeiträge in ihre Fallen gehen.

### **16. Die deutsche Deregulierung als FDP-Exportschlager?**

Die beiden FDP-Bundesminister Rösler und Niebel helfen bei der Erschließung des Gesundheitssektors für die Finanzwirtschaft offenbar tatkräftig mit. Sie luden zur Gesundheitsministerkonferenz der WHO über die zukünftige Finanzierung der Krankenversicherung in Entwicklungsländern in die noblen Liegenschaften der Allianz-Gruppe am Pariser Platz ein und schwärmten dort von der privatwirtschaftlichen Metamorphose unserer weltweit bisher vorbildlichen Solidargemeinschaft.

In der Zeitschrift „kma“ las man bereits im Juni 2006<sup>19</sup>: „Die Beraterszene verspricht sich von der Gesetzlichen Krankenversicherung als einem der letzten zu deregulierenden Märkte ein fettes Umsatzvolumen.“ „Erst jüngst hat Boston Consulting für den Bundesverband der AOK ein Szenario erarbeitet, das Entwicklungsperspektiven bis 2015 aufzeigen soll.“ In derselben Ausgabe sucht Ralf Sjuts, der Vorstandsvorsitzende der Deutschen BKK, einen Vertriebsleiter, der ausdrücklich nicht aus der Gesundheitsbranche kommt: „Wir wollen jemanden, der woanders schon einmal bewiesen hat, dass er ver-

---

<sup>19</sup> [http://www.b-lue.com/content/fileadmin/seiten/aktuelles/media/0606\\_kma\\_Kassentotalumbau.pdf](http://www.b-lue.com/content/fileadmin/seiten/aktuelles/media/0606_kma_Kassentotalumbau.pdf)

kaufen kann.“ sagt Sjuts und setzt für die Kundenbetreuung konsequenterweise auf Call-Center.

### **17. Die Anbieter schließen sich zu mächtigen Monopolen zusammen**

Während sich die Kassen über neue Wettbewerbsfelder freuten und in einer neuen Generation von Kassenmanagern über staatliche Planwirtschaft geschimpft wurde, wobei eine wahre Wettbewerbseuphorie um sich griff<sup>20</sup>, kam es auf der Seite der Leistungsanbieter zu immer stärkerer Konzentration und Monopolbildung.

Wenige große Krankenhauskonzerne gingen daran, nicht nur die Kliniklandschaft unter sich aufzuteilen, sondern sich auch durch Satellitenpraxen, Integrationsverträge, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Vor- und Nachsorgeeinrichtungen und Öffnung ihrer Häuser für ambulante Leistungen möglichst viele „Zulieferer“ und ambulante Versorgungsnetze einzuverleiben.

Auch die niedergelassenen Kassenärzte schlossen sich zu Genossenschaften und Fachverbänden zusammen und spielten zum Beispiel in Bayern als erdrückendes Kartell die Kassen gegeneinander aus. Gleichzeitig entzogen sie sich durch eigene Verträge der Aufsicht ihrer als Körperschaft öffentlichen Rechts angelegten Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Der aktuelle Machtkampf zwischen Ärztenverbänden, KVen und Kassen hat erfreulicherweise die GKV-Kassen zu einer gemeinsamen Gegenaktion<sup>21</sup> noch einmal kurz zusammengeführt.

---

<sup>20</sup> Zum Vertragswettbewerb sagt das wissenschaftliche Institut der AOK (WIDÖ):

„Die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Anbietern von Versorgungsleistungen sind auch nach mehreren Gesundheitsreformen der letzten Jahre nach wie vor größtenteils durch ein enges Netz an plan- und kollektivwirtschaftlichen Detailvorschriften geprägt.

Deshalb haben die einzelwirtschaftlichen Akteure kaum Anreize und Handlungsmöglichkeiten, im Rahmen von wettbewerblichen Such- und Entdeckungsprozessen aktiv auf eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung hinzuwirken.

Vertragswettbewerbliche Steuerungsstrukturen können dieses Problem überwinden und zugleich zur Entwicklung innovativer Versorgungsformen beitragen. Die Konzipierung einer vertragswettbewerblichen Rahmenordnung sowie möglicher Implementierungsschritte von wettbewerblichen Elementen in das Vertragsgeschehen ist eine zentrale zukunftsorientierte Herausforderung.“

<http://www.wido.de/vertragswettbewerb.html>

<sup>21</sup> [http://www.vdek.com/LVen/BAY/Standpunkte/Systemausstieg/Brief\\_Hausaerzte.pdf](http://www.vdek.com/LVen/BAY/Standpunkte/Systemausstieg/Brief_Hausaerzte.pdf)

**18. Während Konzerne ihre Nachfragemacht weiter stärken, wird Kartellrecht eingesetzt, um die GKV-Kassen zu schwächen**

Es wirkt angesichts dieser Zersplitterung der GKV wie eine Verhöhnung der Solidargemeinschaft, wenn Mitte August 2010 der PKV-Verbandschef Reinhold Schulte, ein Einkaufskartell der privaten Krankenkassen ankündigt, um bei den Leistungserbringern durch „Bündelung der Nachfragemacht“ günstigere Preise heraushandeln zu können.

Diese unvorsichtige Ankündigung war schon wenige Tage danach nicht mehr im Internet zu finden, denn die privaten Versicherungskonzerne würden wohl kaum mit diesem Wunsch vor dem EU-Wettbewerbskommissar oder dem Kartellamt bestehen können.

Ganz anders die GKV-Kassen: Als verlängerter Arm staatlicher Daseinsvorsorge sind sie immer noch Körperschaften öffentlichen Rechts. In mehreren Urteilen hat der Europäische Gerichtshof bereits festgestellt, dass ein Staat sehr wohl seinen Pflichten nachkommen darf, ohne Rücksicht auf das für den freien Markt geltende Kartell- oder Wettbewerbsrecht nehmen zu müssen.<sup>22</sup> Die GKV-Kassen waren gerade dabei, sich beim Einkauf von Arzneimitteln etwas mehr zusammenzuschließen, um bessere Preise mit der Pharmaindustrie heraushandeln zu können. Auf Druck der Pharma-Lobby hat die schwarz-gelbe Regierung dem einen Riegel vorgeschoben und mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) die Anwendbarkeit des Kartellrechts auch auf die Rabattverträge der gesetzlichen Kassen systemwidrig ausgedehnt.

**19. Obama versucht zu reparieren - „Schwarz-Gelb“ zerstört weiter**

Während der Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika die verheerenden Folgen eines privatisierten Gesundheitssystems zu reparieren versucht, beugt sich die schwarz-gelbe Koalition in Deutschland vor ihren mächtigen Sponsoren aus der Finanz-, Pharma-, Health-Care- und Versicherungsbranche und verkauft ihnen unsere Kranken.

Die Sätze, dass der „medizinische Fortschritt“ allen zur Verfügung stehen müsse und dass „Gesundheit teuer und nicht „zum Null-Tarif“ zu haben sei, sind immer häufiger zu vernehmen. Aus den Prospekten der Gesundheitsindustrie sind sie –fast unbemerkt- Teil des Standard-Vokabulars der bundesdeutschen GesundheitspolitikerInnen geworden.

---

<sup>22</sup> z. B.: Festbetragsurteil des EuGH vom 16. März 2004; EuGH EuZW2004,241,244,Tz. 65 - EWS 2004, 268

Was „medizinischer Fortschritt“ für unsere Gesundheit bedeuten kann, wenn ihn die nur auf Profit ausgerichtete Gesundheitsindustrie gestaltet, wird gerade in den USA in erschütternder Weise deutlich: Nach Marktgesetzen geht es nicht um Bedarf (need), nicht darum, wer Hilfe am dringendsten braucht, sondern allein um eine möglichst hohe Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen der Gesundheitsindustrie (demand). Die Nachfrage wurde in den USA seit Jahren durch extensives Marketing und inzwischen häufig beschriebene skrupellose Tricks künstlich so hochgeschraubt, dass die gesamte Volkswirtschaft darunter leidet und wirklich Bedürftige erst recht ohne Hilfe bleiben. Die nicht bezahlbare Arztrechnung ist in den USA inzwischen eine der häufigsten Ursachen für familiären Bankrott.<sup>23</sup>

### **20. Die Opposition lässt sich vom Kern des Problems ablenken**

Angesichts dieser Entwicklung muss man erstaunt feststellen, dass bisher auch die Parteien der jetzigen Opposition (rot-grün-rot), die in ihren Programmen die staatliche Verantwortung für Gesundheit besonders herausstellen, der Ideologie des Kassenwettbewerbs sehr unkritisch bis zustimmend gegenüberstanden.

Es ist offensichtlich nicht wahrgenommen und diskutiert worden, dass es einen kategorischen Wirkungsunterschied gibt zwischen dem Wettbewerb von jenen, die Leistungen erbringen und jenen, die Leistungen für uns einkaufen und organisieren.

Während ersterer geeignet ist, für gute Qualität bei niedrigen Preisen zu sorgen, führt der zweite –wie dargestellt- zu steigenden Preisen und zu systematischen Versorgungslücken für jene, die viel Arbeit machen und dabei auch noch arm sind. Das sind aber genau die Menschen, für die das staatliche Gesundheitswesen in einem demokratischen Sozialstaat zuerst da sein muss.

Die pauschale Forderung nach mehr „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ verleugnet diese Zusammenhänge und muss nachdenklich machen, zumindest wenn er von Gesundheitsökonomern im Munde geführt wird.

---

23 Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health; WHO, Genf 2008

### **21. Gesundheit ist Menschenrecht und deshalb öffentliche Aufgabe!**

Der UN-Sozialpakt, an den Deutschland seit 1973 gebunden ist, fordert das „Recht auf Gesundheit als das Recht eines jeden Menschen auf das für ihn bzw. sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ (UN-Sozialpakt, Artikel 12 Absatz 1). In Artikel 12, Absatz 2 d heißt es weiter, dass dieses den Staat verpflichtet, „die Voraussetzungen zu schaffen, die für eine Person im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen“<sup>24</sup>.

### **22. Der Denkanstoß für Rot-Grün-Rot**

Es gibt angesichts dieser Herausforderungen große Chancen für eine rot-grün-rote Alternative zur Rettung unseres solidarischen Gesundheitssystems:

1. Die Einführung einer Bürgerversicherung, wie sie mit kleinen technischen Unterschieden von allen drei Parteien, den Gewerkschaften, Sozialverbänden, Kirchen und von der großen Mehrheit der Bevölkerung gewünscht wird. Sie betrifft die gerechte finanzielle Lastenverteilung, die vollständige Einbeziehung der Bevölkerung mit einem risikounabhängigen Beitrag, welcher der jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit entspricht.
2. Die Stärkung der Versichertengemeinschaft gegenüber den Interessen der Finanz- und Gesundheitsindustrie durch eine Zusammenführung der gesetzlichen Kassen, durch eine Stärkung ihrer Nachfragemacht und durch die dadurch erst mögliche Schaffung einer integrierenden und effizienzorientierten Versorgungszuständigkeit für alle in einer jeweiligen Region lebenden Menschen.

Hier geht es um den zweiten Punkt.

### **23. Bevölkerung lehnt Kassenwettbewerb als bürokratisches Monster ab.**

Der Kassenwettbewerb wird von den Versicherten selbst, in ihrer großen Mehrheit, nicht als Vorteil, sondern als bürokratische Last angesehen. Das Gerede vom angeblichen Vorteil des Kassenwettbewerbs kommt lediglich von jenen Insidern, die sich im neuen „Versicherungsmarkt“ gut eingerichtet haben, aber nicht aus der betroffenen Bevölke-

---

<sup>24</sup> Deutsches Institut für Menschenrechte: <http://www.dimr.eu/questions.php?questionid=174>

rung. Eine Kehrtwende vom Gegeneinander der gesetzlichen Kassen hin zu einer einheitlichen, regional gegliederten und gemeinsam organisierten Versorgungsverantwortung ist in Deutschland mit Sicherheit mehrheitsfähig.

Wir alle ärgern uns über den extremen administrativen Aufwand unseres Gesundheitswesens: die Warteschlangen beim Callcenter der Krankenkasse, den hohen Aufwand für Kontrollen und nachgehende Qualitätssicherung, die systematische Unzuständigkeit für regionale Missstände und die gerade für chronisch Kranke unerträglichen administrativen Schwellen bei der Beantragung notwendiger Leistungen. Auch die durch immer weiter steigende Kosten offensichtliche Ineffizienz des zersplitterten GKV-Systems und dessen Unübersichtlichkeit werden millionenfach wahrgenommen.

#### **24. Unmut bei Patienten und Profis**

Spätestens wenn in der Apotheke jeder ein anderes Medikament gegen dasselbe Leiden nur deshalb erhält, weil das Management der Kasse hierfür besondere Rabattbedingungen ausgehandelt hat, fassen sich die Leute an den Kopf und merken, dass das wohl nichts mit ihrer Gesundheit zu tun haben kann.

Entsprechender Unmut herrscht bei vielen Beschäftigten in Kliniken, Praxen, Pflegediensten und anderen Institutionen. Der durch die verquere Ausrichtung des Systems entstandene Misstrauensaufwand frisst wichtige Arbeitszeit. Er stört besonders pflegerisches und ärztliches Personal bei der eigentlich wichtigen Arbeit mit und für die Patienten. Nicht ohne Grund sehnen sich berufene Mediziner nach norwegischen Verhältnissen, wo sie sich nicht um Abrechnungen kümmern müssen, sondern bei einem guten Gehalt ihre Hilfe den Patienten widmen können.

Dieser Druck und die Ausrichtung auf das Geschäft mit der Krankheit werden von Opfern und Angehörigen in Praxis, Klinik und Warteschlangen beim Call-Center ebenfalls schmerzhaft erlebt. Wer solche Probleme anspricht und Lösungen aufzeigen kann, dürfte die Mehrheit der Bevölkerung auf seiner Seite haben.

#### **25. Keine Angst vor dem Totschlag-Argument „Einheitskasse“**

Wer in Deutschland den Kassenwettbewerb kritisiert, dem wird von den Protagonisten des „Wachstumsmarktes Gesundheit“ das politische Totschlagsargument einer „Ein-

heitskasse“ um die Ohren gehauen. Das diese Beschimpfung oft gerade von jenen kommt, die genau wissen, wie erfolgreich eine gebündelte Nachfragemacht ist, zeigt, auf welcher Seite der Gesellschaft sie stehen und in wessen Interesse sie argumentieren.

Ein staatliches Gesundheitswesen hat seine Berechtigung darin, Leid, Not und Angst vor Tod und Krankheit für die Menschen abzumildern. Das ist kein Feld für private Gewinnmaximierung, sondern gehört zu einer solidarischen öffentlichen Daseinsvorsorge.

### ***26. Mitläufer und Profiteure sind keine guten Ratgeber***

Besonders hinderlich für eine Neuausrichtung des Systems ist die Tatsache, dass sich viele Protagonisten bereits gut mit ihrer neuen Rolle als wohl dotierte Gesundheitsmanager etabliert haben. Das gilt nicht nur für die vielen Selbstverwalter in den über 150 GKV-Kassen, sondern auch für die von ihnen beauftragten Heerscharen von Beratern, Agenturen, Gesundheitswissenschaftlern, Ökonomen oder Vertragsspezialisten. Nicht nur die Anbieter haben kein Interesse an starken solidarischen Kassen, auch die Berater-szene wird alles tun, um ihre Pfründe zu verteidigen.

### ***27. Wir brauchen eine Koalition der Verantwortungsbewussten***

Interesse an einem Kurswechsel hat die breite Bevölkerung, haben Versichertenverbände, hat zumindest die Basis der Gewerkschaften, müssten auch viele Arbeitgeber haben. Die Sehnsucht, endlich die Marktschreier der Gesundheitsindustrie aus dem „heiligen Haus“ geschützter und schützender Räume für Kranke vertreiben zu können, teilen auch die meisten mit und am Patienten arbeitenden medizinischen und pflegerischen Fachkräfte.

Eine erfolgreiche Politik muss deshalb versuchen, diese Sehnsucht der Akteure nach guter Medizin im Dörner'schen Sinne<sup>2</sup> zu mobilisieren, das gute Gewissen und die Aussicht auf guten Lohn für die richtige Arbeit programmatisch zusammenzuführen.

Angesichts der gewaltigen Geldsummen, die in Deutschland für Gesundheit zur Verfügung stehen, ist das keine Frage der Einnahmeseite, sondern viel mehr die fachlich erheblich komplexere Frage nach der Neuordnung der Versorgung: sie muss gemeinnützig ausgerichtet sein.

Von den Akteuren einer Gesundheitswirtschaft kann diese Umorientierung nicht erwartet werden, denn dort ist kurzfristig realisierbarer Gewinn der Motor. Sie muss von der Politik kommen, also von jenen, die gewählt wurden, um zum Wohle der Menschen unseres Landes zu wirken.

### **28. Regionalisierung für eine bedarfsgerechte Versorgung**

Es ist kaum möglich, ein so großes und vielfältiges System wie das deutsche Gesundheitswesen bundesweit zentral zu steuern. Wie unsere erfolgreichen skandinavischen Nachbarn es uns vormachen, sollten wir die Budget- und die Gestaltungsverantwortung für unsere Gesundheitsversorgung gemeinsam dezentralisieren.

Wegen der verfassungsmäßigen Zuständigkeit für große Teile der Versorgungsstruktur bieten sich hier die Bundesländer an. Die Kassenaufsicht, die Zuständigkeit für Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen (KV), die Krankenhausbedarfsplanung sowie die Mittel zu ihrer Unterstützung, die Einrichtungen der sozialen Fürsorge, der Gesundheitsschutz und vor allem die koordinierende Aufsicht über Kreise und Kommunen sind bei den Bundesländern angesiedelt.

Letztere spielen für eine integrierende Gesundheitsversorgung als Orte der nachbarschaftlichen Hilfe, der Selbsthilfestrukturen, der Kirchengemeinden sowie der Rettungsdienste und der Gesundheitsämter mit ihren aufsuchenden Funktionen bei der Seuchenbekämpfung, der Jugendgesundheitspflege, der Prävention und der sozialpsychiatrischen Dienste ohnehin eine ausschlaggebende Rolle. Noch gibt es auch in vielen Städten und Kreisen eigene stationäre Einrichtungen.

Die regionalen Gestaltungsräume für eine dezentralisierte Gesundheitsversorgung sollte groß genug sein, um ausreichend qualifiziertes Management einsetzen zu können und sollte nur so groß sein, dass seine Prozesse transparent und gut steuerbar bleiben.

### **29. Vorhandene Bewegung für Reformen nutzen**

Die Ärzteschaft versucht zur Zeit, der flächendeckenden Gefräßigkeit der Konzerne eine von Spitzen der KVen ausgehende Alternative entgegenzusetzen<sup>25</sup>. Die Richtung stimmt auch dann, wenn man den Akteuren aus Kreisen der niedergelassenen Ärztinnen und

---

<sup>25</sup> <http://mvz-kompetenz.de/2010/07/patiomed-ag-freiberuflichkeit-der-arzte-erhalten/>

Ärzte vielerorts kaum noch altruistische Initiativen zutraut. Wenn es gelingt, den bürgernahen, dezentral selbstverwalteten Charakter der Basisversorgung in der Fläche zu erhalten, wenn die Kassen gemeinsam – wie beim Psychiatrie Budget des Kreises Steinburg<sup>26</sup> – präventiv ausgerichtete, die Sorge und Pflege integrierende Verträge über Regionalbudgets mit örtlichen Haus- und Landärzten abschließen würden, dann könnten die vertrauten HausärztInnen, Landärzte, und Gemeindeschwestern und –pfleger besser als früher bei uns oder noch in Schweden kooperieren, teure Klinikeinweisungen vermeiden, ihre Positivlisten aufstellen und ihre Arbeit so eng integrieren, wie es bisher bei uns nur hinter den Mauern von Kliniken möglich ist.

### **30. „Rote Karte“ für Deregulierer, Einigkeit macht stark!**

Die Rückgewinnung der solidarischen Gesundheitsversorgung ist ein im wahrsten Sinne des Wortes „notwendiger“ Prozess. Deshalb müssen wir es schaffen, die Unzufriedenheit der betroffenen Bevölkerung und die Sehnsucht der Helfer einzusetzen, um der gefräßigen Krankheitsindustrie die rote Karte zu zeigen.

Die Gesetzgebung kann durch kleine Weichenstellungen im Sozialgesetzbuch V bereits eine deutliche Wende hin zu mehr Solidarität bewirken. Sie kann jene Teile, die sich ohnehin nur mit der komplizierten Kompensation der Nebenwirkungen und Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbs befassen, tilgen und stattdessen regional gemeinsam verantwortliche Kassengemeinschaften vorschreiben und damit die Einigkeit der Kassen statt deren Konkurrenz belohnen.

Ein gemeinsames Budget auf Landesebene, eine für das gesamte Bundesland zuständige gemeinsame Vertragsabteilung aller Kassen, ein Risikostrukturausgleich zwischen sechzehn Landesbudgets statt zwischen hundertsechzig GKV-Budgets, dazu die Möglichkeit der Kassen, sich im Lande ohne Nachteil als Lobbyisten für ihre jeweiligen Versicherten einzusetzen, all das würde schon viel bewirken.

Diese kleinen lenkenden Weichenstellungen hätten eine enorme Wirkung und würden die Struktur unserer gesundheitlichen Versorgung dem skandinavischen Modell sehr nahe bringen.

---

<sup>26</sup>

<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/235094/Datei/52156/%22Das%20Regionale%20Psychiatrie-Budget%22,%20Referat%20Prof.%20Arno%20Deister>

### **31. Gegliederte öffentliche Verantwortung gegen Geschäfte mit der Not**

Das Prinzip regionaler Budgets für Gesundheit kann dann in der Fläche weiter verfolgt werden, um gesundheitliche Probleme möglichst schon dort zu lösen, wo sie entstehen. Wenn nicht an Kranken verdient wird, sondern wenn die Vermeidung von Krankheit mehr Gewinn bringt als deren Behandlung, dann wird Prävention auch ohne eigenes Gesetz selbstverständlich und zahlt sich aus.

Möglichkeiten, von einander zu lernen, zu erproben, wie man es am besten anstellt, um für die Gesundheit und gegen vermeidbare Krankheiten zu arbeiten, sollten gefördert werden. Die personellen Ressourcen vor Ort sind groß, brauchen aber Anleitung und fachlichen Rückhalt. Die Integration von ausgebildeten Helfern und ehrenamtlich Tätigen kann nur auf kommunaler Ebene gelingen. Es ist falsch, dass wir vergessen haben, wie relativ unkompliziert und effizient die kommunalen, von der Gemeinde und/oder den Kirchen organisierten Pflegedienste vor der Einführung der Pflegeversicherung zusammen gearbeitet haben.

Die psychiatrische Versorgung im Kreise Steinburg oder die ermutigenden dezentralen Ansätze von Palliative Care und anderen Initiativen für chronisch Kranke zeigen, dass es mehr für unsere Gesundheit zu mobilisieren gilt als Beiträge und Steuergelder. Die Zeit und das Engagement vieler Menschen liegen brach und warten auf ehrliche und ermutigende Ansprache, auf Einbindung und Gemein-Nutzen-Dürfen.<sup>27</sup>

Wer vor der Eigengesetzlichkeit des Marktes, dem von Kapitalgesellschaften diktierten Zwang zu wirtschaftlichem Wachstum, vor der Vereinzelung der Menschen in unserer Konsumgesellschaft, vor dem Geschwisterpaar Armut und Krankheit, vor der langen Angst bei Gebrechen, Schwächen und chronischen Krankheiten nicht kapitulieren will, der sollte sich um seine Angelegenheiten kümmern und für die richtige Politik auch in der eigenen Partei streiten, damit wir die gewissenlosen Spekulanten, die, die mit der Not Geschäfte machen, aus dem Tempel der Gesundheit jagen können.

---

<sup>27</sup> Klaus Dörner; *Helfende Berufe im Markt-Doping*, 2008, Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH, ISBN 978-3-926200-98-3

**Bisher in der Publikationsreihe Denkanstöße erschienen:**

- #1** Wolfgang Neskovic: Der Sozialstaat und die Wirtschaftskrise
- #2** Birgit Mahnkopf: Leitbilder auf dem Weg aus der neoliberalen Sackgasse
- #3** Andrea Ypsilanti & Hermann Scheer: Der Weg aus der Systemkrise des Wirtschaftens
- #4** Marco Bülow: Die Lobby-Republik
- #5** Klaus-Dieter Stork: So wie es bleibt, ist es nicht
- #6** Katharina Weinberger: Ungezügelter De-Regulierung und die Finanzkrise in Europa
- #7** Hans Arold: Der Bildungs-Begriff in der neoliberalen Denkfalle
- #8** Matthi Bolte, Andreas Bovenschulte & Andreas Fisahn: Die große Krise der kapitalistischen Weltwirtschaft und die EU
- #9** Werner Schieder: Perspektiven der Europäischen Währungsunion
- #10** Wolfgang Neskovic: Wem gehört die Demokratie?
- #11** Max Pichl: Kritische Interventionen in der rassistischen „Integrationsdebatte“

Alle Denkanstöße stehen online kostenlos als Download zur Verfügung. Das Institut Solidarische Moderne freut sich aber über Ihre Spende zur Unterstützung der Denkanstöße und der Arbeit der Programmwerkstatt.

[www.solidarische-moderne.de](http://www.solidarische-moderne.de)