

Waltherstr. 16a, 80337 München

Gesundheitsladen Rundbrief

Berichte · Dokumentationen · Veranstaltungshinweise

Nummer 4/2010
30. Jahrgang



GESUNDHEITSLADEN
MÜNCHEN e.V.
INFORMATIONS- UND
KOMMUNIKATIONS-
ZENTRUM

WALTHERSTR. 16 A
80337 MÜNCHEN

TELEFON 089 / 77 25 65
FAX 089 / 725 04 74

http:
www.gesundheitsladen-
muenchen.de
E-Mail: mail@
gesundheitsladen-
muenchen.de

Infothek
Tel: 089 / 77 25 65
Mo - Fr 10 - 13 Uhr
Mo, Do 17 - 19 Uhr

**PatientInnenstelle
München**
Tel: 089 / 77 25 65
Mo 17 - 20 Uhr
Mi, Do und Fr 10 - 13 Uhr
sowie nach Vereinbarung.

**UPD Beratungsstelle
München für Oberbayern**
Tel: 089 / 18 91 37 22
Di, Mi, Fr 10 - 14 Uhr
Mi 15 - 19 Uhr

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ: 700 205 00
Kontonummer 88 87 800

INHALT :

- Der Verein, Termine 2
- GL-intern 3
- Bericht und Bilder der
30 Jahr Feier 4-9
- Patientinnenseite 10
- Pressemitteilung IGEL u.a. 11
- UPD-Seiten 12-13
- Gesundheit & Umwelt 14
- BAGP-Rundbrief 15-16

**Viel Kraft für kritische Töne –
das wünscht das ganze Team des
Gesundheitsladens für 2011!**



Impressum

Redaktionsschluß

Rundbrief 1/2011

15. Februar 2011

Verantwortlich für

Inhalt und Layout:

Petrit Beqiri, Sarah Bille,

Peter Friemelt, Jürgen

Kretschmer, Christina

Krieger, Waltraud

Kröner, Gunhild

Preuß-Bayer, Adelheid

Schulte-Bocholt, Carola

Sraier, Silvi Sterr

Namentlich gekennzeichnete Artikel liegen in der Verantwortung des/der jeweiligen AutorIn, sie geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Belichtung & Druck:

ulenspiegel druck gmbh, Andechs, zertifiziertes Umweltmanagement nach EMAS, Recyclingpapier

Impressum:

Der Rundbrief ist das Organ des Gesundheitsladens.

Materialien

Alle zur Verfügung stehenden Broschüren und Informations-Materialien sind auf unserer Homepage aufgelistet.

Folgende Texte sind in ungekürzter Version auf unserer Internetseite nachzulesen:

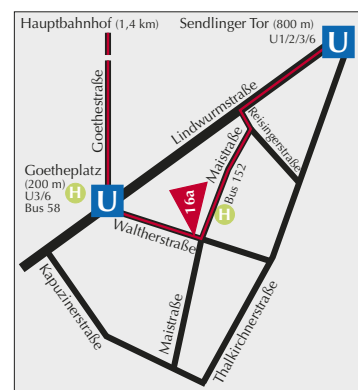
„Kann man gute Medizin kaufen?“ (Peter Friemelt)

„Patientensouveränität“ (Waltraud Kröner)

Pressemitteilung:

„30 Jahre für Patientenrechte, Gesundheitsförderung und Solidarität im Gesundheitswesen“

Wegweiser



Angebote

Hinweise zu unseren Angeboten können unserer Homepage entnommen werden.

TERMINE

Zeit	Thema	Veranstalter	Ort	Info/Anmeldung
15.12. - 25.2. 18 h	Ausstellung Meine Welt - Deine Welt Menschen mit Autismus in Oberbayern	Bezirk Oberbayern	Galerie Bezirk Oberbayern, Prinzregentenstr. 14, München	www.bezirk-oberbayern.de
16.12. 19 h	Rainbow House of Hope - die Kinderhilfsorganisation in Uganda	Gesundheitsladen München	Waltherstr. 16 a, München	089-772565, www.gl-m.de
20.12. 17.15-18.45 h	Fachwelt und Selbsthilfe kooperieren: Praxisberichte aus dem Selbsthilfzentrum München	Selbsthilfzentrum, Stadt München, Hochschule München	Hochschule München, Am Stadtpark 20, Raum O 217	089-1265 2301, www.sw.fh-muenchen.de
12.-13.1. 10.30 h	Patientenverfügung	Evangelische Akademie Tutzing	Schlossstr. 2 - 4, Tutzing	08158-251 125
27.1. 17 h	Patientenrechte, Ärztepfllichten	Gesundheitsladen München	Waltherstr. 16 a, München	089-772565, www.gl-m.de
24.2. 17 h	Worauf muß ich achten, wenn ich zum Zahnarzt gehe?	Gesundheitsladen München	Waltherstr. 16 a, München	089-772565, www.gl-m.de

Telefonsprechstunde der Beschwerdestelle Netzwerk Psychiatrie:

Jeden 1. + 3. Montag im Monat, 16-18 h unter Tel.: 7677 6485.

Zu den übrigen Zeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet. Es erfolgt Rückruf.

Mit freundlicher Unterstützung der



Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt



Beitritt

Name:

Adresse:

Monatsbeiträge: Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig.

3,- € für Nichtverdienende, 5,50 € für mittlere, 10,50 €, wenn möglich 21,- € für höhere Einkommen.

Ja, ich werde Mitglied und zahle folgenden Monatsbeitrag:

Das Geld kann vierteljährlich abgebucht werden:

BLZ:

Kontonummer:

Bank:

Unterschrift:

Datum:

Liebe FreundInnen, Mitglieder und FördererInnen des Gesundheitsladens München,

ein Jahr geht zu Ende. Danke an Alle, die uns 2010 und in den vergangenen 30 Jahren unterstützt und mitgeholfen haben, dass wir das werden konnten, was wir jetzt sind.

Wir freuen uns auf die Aufgaben der nächsten 30 Jahre!

Ein Auszug aus der Festrede von Jens Holst ab Seite 4.

Euer Gesundheitsladen-Team



Lieber Jens, vielen Dank!!!!

In Gedenken

Zutiefst bestürzt hat uns die Nachricht vom Tod Norbert Schachners. Uns fehlen die Worte. Norbert hat uns über einen großen Zeitraum als Organisationsberater und Supervisor im GL begleitet.

Wir haben sehr von seiner unvergleichlichen, unorthodoxen und hochprofessionellen Art profitieren dürfen.



Er hat einen festen Platz in der Gesundheitsladen-Geschichte.

Wir wünschen seiner Familie viel Kraft und alles erdenklich Gute.

Infoquartal: Gesundheitsreform Was ändert sich 2011

Anfang 2011 greift die Gesundheitsreform der derzeitigen Regierung: das GKV-Finanzierungs-Gesetz (GKV-FinG) sowie das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) treten in Kraft.

Welche patientenrelevanten Änderungen dies sind und welche konkreten Auswirkungen diese für Versicherte und PatientInnen haben, darüber informieren wir in unserem Infoquartal zur Gesundheitsreform 2011, ab Januar kommenden Jahres. Geplant dazu sind:

Eine **Patienteninfo**, die ab Mitte Januar gegen geringe Schutzgebühr im GL zu beziehen sein wird.

Eine **Ausstellung**, die kostenfrei zur Verfügung gestellt wird.

Eine **Informationsveranstaltung** in Kooperation mit einer gesetzlichen Krankenkasse ab Mitte - Februar (genauen Termin bitte

der Presse, unseren Ankündigungen oder unserer Website entnehmen oder direkt erfragen unter Tel: 089 - 772565).

Vorträge zur Gesundheitsreform, die wir in unseren Räumen oder auch auf Anfrage in anderen Einrichtungen anbieten.

Informationen und Beratungen zu den Patientenstellenzeiten (Mo 17 – 20 h, Mi – Fr 10-13 h).

Die bayerische Patientenbeauftragte zu Besuch

Am 15.11.2010 fand ein erstes Treffen des Gesundheitsladens mit der neuen Patientenbeauftragten des bayerischen Gesundheitsministeriums Frau Dr. Gabriele Hartl statt. Dabei ging es vor allem um einen gegenseitigen Austausch sowie um die Planung zukünftiger Kooperationsmöglichkeiten.

Beispielsweise soll künftig ein jährlicher Patientenbericht als

Empfehlung für das politische Handeln von der Patientenbeauftragten herausgegeben werden. Dabei sollen auch die Erfahrungen aus der Beratung im Gesundheitsladen mit einfließen. Das Gesundheitsladen-Team sieht das als eine Möglichkeit, Rückmeldung ins System zu geben und so zu einer Verbesserung für PatientInnen beizutragen.

Im nächsten Jahr werden weitere Treffen stattfinden, dann auch mit weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.



Sarah Bille, Dr. Gabriele Hartl, Peter Friemelt



Jens Holst: Festvortrag „30 Jahre Gesundheitsla- Unabhängige Patientenberatung im Licht der aktuellen Gesun-



Dr. Dr. Jens Holst
ist Internist und
Gesundheitswissen-
schaftler

Marktideologie im Gesund- heitswesen

Was man zurzeit beobachten kann ist eine unverkennbare Regression in der gesundheitspolitischen Debatte. Nach etlichen Jahren grün und vor allem sozialdemokratisch bestimmter Gesundheitspolitik konnte man den Eindruck (gewinnen), einige der unkaputtbaren Vorstellungen und vor allem Mythen wären etwas zurückgedrängt und ihre Anhänger trauten sich nicht mehr, bedenkenlos von „Kostenexplosion“ und dem unweigerlichen Ruin in Folge der demografi-

wissenschaftlichen Fakultäten und Unternehmerverbänden geräuschvoll auf die politische Bühne zurück. Der Koalitionsvertrag von CDU-CSU und FDP spricht eine beredete Sprache.

Auch FDP-Gesundheitsminister Philipp Rösler begründete im September 2010 seine Gesundheitsreform mit den angeblich unvermeidlichen Herausforderungen des demografischen Wandels und der Notwendigkeit, die „Lohnnebenkosten“ von den Krankenkassenbeiträgen zu entlasten. Bemerkenswert ist diese Begründung allenfalls durch die Feststellung, dass die viel zitierten Lohn„neben“kosten andere Posten enthalten als die Beiträge zur sozialen Krankenversicherung. Die Debatten vergangener Jahre vermittelten vielfach einen anderen Eindruck.

Auch wenn sich die derzeitige Regierungskoalition nach Kräften bemüht, das Ruder in Richtung Markt und Privatisierung zu drehen, wäre es zu viel der Ehre, sie allein für diese grundsätzliche Tendenz verantwortlich zu machen. Schließlich hatte sich spätestens seit Mitte der 80er Jahre auch in Deutschland mit zunehmender Wucht die Forderung nach mehr Markt im Gesundheitswesen in der Debatte durchgesetzt. Was in der Volkswirtschaft insgesamt erfolgreich ist, so das anfangs vorwiegend von Ökonomen vorgebrachte Credo, müsse auch im Gesundheitswesen funktionieren, das schließlich auch nichts anderes sei als ein spezieller Wirtschaftszweig. Diese primär wirtschaftstheoretisch hergeleitete Überzeugung fand rasch gesellschaftspolitischen Widerhall. Im Zuge der Weiterentwicklung der kapitalistischen Ordnung und im Dauerwettstreit mit dem real existierenden Sozialismus im Osten Deutschlands und Euro-

pas setzte sich zunehmend ein individualistisches und utilitaristisches Gesellschaftsbild durch, wonach jeder für sich selbst verantwortlich sei, individueller Wohlstand ausschließlich über Marktbeziehungen zu anderen Individuen entstehen könne und jeder Mensch grundsätzlich zuallererst die Mehrung



K. Blumberg (Patientenberatung LA),
Ewald Kraus (Notgemeinschaft)

des eigenen Nutzens im Auge habe. Gerade dieser homo oeconomicus, der stets seinen individuellen Nutzen zu maximieren trachte, ist zu einem unverrückbar erscheinenden Menschenbild nicht nur der Wirtschafts-, sondern auch der Gesellschaftspolitik geworden. Hier wie dort herrscht eine personalistische Sicht der Wirtschaftsabläufe, die sich praktisch ausschließlich mit den Handlungsgrundlagen zur Steigerung des subjektiven Nutzens beschäftigt, aber soziale Ursachen und Wirkungen völlig ausblendet. Dieses allseits zu beobachtende Dogma bestimmt in zunehmendem Maße auch den Handlungsspielraum und die Lösungsansätze in der Sozial- und Gesundheitspolitik. Marktschreier aus der Welt der Wirtschaftswissenschaft, Unternehmerverbände, etliche Sozialpolitiker und nicht zuletzt die bürgerlichen Medien preisen Wettbewerb, Markt und monetäre Anreizsysteme auch im Gesundheitswesen als garantierten und eigentlich auch alternativen Weg zum Erfolg.



Peter Scholze, Vorstand im Gespräch mit Gästen

schen oder medizinisch-technologischen Entwicklung zu sprechen, weil sie mit sehr begründetem Widerspruch rechnen müssen. Dieser Tendenz hat die Regierungsübernahme durch die schwarz-gelbe Koalition ein jähes Ende bereitet. Mit dem Antritt der Konservativen und vor allem der Liberalen kehrte der übliche Sermon aus wirtschafts-



den München“

heitspolitik

Ökonomische und soziale Fehlentwicklungen und Kollateralschäden blenden sie dabei ebenso aus wie die vielfach belegte Tatsache, dass die marktwirtschaftliche Doktrin im Gesundheitswesen an bestimmte Grenzen stößt. Um das zu erkennen, muss man die üblichen marktschreierischen Thesen einfach mal zu Ende denken. Zum Beispiel die von Gesundheitsminister Philipp Rösler Ende September in mehreren Interviews geäußerte Standortbestimmung seiner Partei: „Die reine Lehre der FDP sieht so aus, dass wir die heutige Versicherungspflicht abschaffen und jeden Menschen verpflichten, sich zu einem Basisschutz bei egal welchem Versicherungsunternehmen zu versichern.“ Die Bedeutung dieser Aussage hängt natürlich ganz entscheidend davon ab, was man

weit festgelegt, dass der erwünschte Wettbewerb eigentlich gar nicht mehr stattfinden kann. Auch wenn reale Hoffnung besteht, dass auch Liberale in dem Maße Einsichten in Notwendigkeiten an den Tag legen, in dem sie konkrete Vorhaben auch ausgestalten und umsetzen müssen, lässt die grundlegende Skepsis in dieser Partei gegenüber sämtlichen Regulierungen und insbesondere Kontrahierungs- und anderen Zwängen sowie dem RSA nichts Gutes ahnen...

Denn wenn reine Marktbeziehungen und damit die individuelle Zahlungsfähigkeit das alleinige Kriterium für den Zugang zu medizinischer Versorgung sind, kollidiert dies nicht nur unweigerlich mit der hippokratischen Ethik, jeden Menschen ohne Ansehen seiner Einkommens- und Lebensverhältnisse zu behandeln. Das ist allerdings weder für die VerfechterInnen einer marktwirtschaftlichen Ordnungspolitik noch für die zunehmend auf deren Argumentation zurückgreifenden

Maßnahmen sollen für patientenorientiertes Verhalten von Ärzten und Krankenhäusern und vor allem für eine „angemessene“ Inanspruchnahme durch mehr Kostenbewusstsein sorgen. Ganz im Sinne des individual-utilitaristischen Gesellschaftsbildes der herrschenden Ökonomie und des daraus abgeleiteten Eigenverantwortlichkeitscredos.



VertreterInnen des Selbsthilfezentrums

Eigenverantwortung

Der häufige, ja inflationäre Gebrauch von „Eigenverantwortung“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich dabei um einen sehr diffusen, vorwiegend politisch gebrauchten und vor allem



Stubnmusi aus Dietramszell

stark ideologisch besetzten Begriff handelt, aus dem sich eine ganze Bandbreite von Auslegungen und Umsetzungsideen ableiten lassen - abhängig von jeweiligem politischem Standpunkt, professioneller Vor- bzw. Verbildung oder anderweitigen Präferenzen und Interes-



Besuch aus Hamburg und Nürnberg

denn unter „Basisschutz“ verstehen mag, denn diesen üblicherweise von medizinischen Theoretikern angeführten Begriff mit konkretem Inhalt zu füllen ist bisher nicht annähernd gelungen. Und davon, wie man einen solchen Kassenwettbewerb denn ausgestalten will: Mit Kontrahierungspflicht für alle Versicherungen? Mit oder ohne Risikostrukturausgleich? (RSA) Denn in einem Modell wie dem niederländischen hätten Unternehmen am Versicherungsmarkt nicht viel Freude - dort sind die Konditionen so

Teile der Ärzteschaft ein Grund, ihre Überzeugungen zu revidieren. Sie gestehen zwar grundsätzlich ein, dass im Gesundheitswesen aus sozialen und ethischen Gründen kein völlig freies Spiel der Kräfte von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage möglich ist. Dennoch versprechen sie sich und anderen „Effizienzgewinne“ durch die Einführung von marktkonformen Steuerungs- und Anreizmechanismen wie Wettbewerb unter Kassen und Leistungserbringern oder Patientenzuzahlungen. Derartige

sen (vgl. Schmidt 2010). Die Eigenbeteiligungsdebatte ist in Bezug auf Motivation und Argumentationsstränge sehr eng mit einer



P. Friemelt, H. Schiefer und V. Steinack, Gesundheitsreferat

zunehmend um sich greifenden Sozialstaatsschelte verknüpft, die Möchtegern-Vordenker Peter Sloterdijk anstieß und die in konservativen und vor allem (neo-)liberalen Kreisen begeistertes Echo erfuhr. Spricht die Debatte doch all jenen aus dem Herzen, die eine gefühlte „Überstrapazierung“ bzw. „Überdehnung“ oder gar einen angeblich um sich greifenden „Missbrauch“ des Sozialstaats beklagen.

Das ist zwar nur gefühlt, aber tief in manchen Köpfen eingegraben. Sehr aufschlussreich war ein Talkshow-Auftritt von FDP-Generalsekretär Christian Lindner, bei dem er behauptete, ein Drittel der Hartz-IV-Empfänger erhielten bloß deshalb Sozialhilfe, weil sie arbeitsscheu sei-



Kathrin Sonnenholzner und Theresa Schopper, Landtag

en. Dass Fachleute, die sich mit dem Thema befassen, die Missbrauchsrate übereinstimmend im unteren einstelligen Bereich ansiedeln, muss eine populistische Partei nicht anfechten, solange Bild und andere Medien Vorurteile nähren...

Allen Unkenrufen und konkreten Schleifungen zum Trotz: So leicht lassen sich die Bürger dieses Landes auch kein X für ein U vormachen und weder die soziale Sicherung als solchen noch die damit verbundene Umverteilung des zunehmend ungleicher verteilten Einkommens ausreden.

Der grundsätzlich positiven Einstellung der Bürger in diesem Land zum Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) konnten bisher offenbar weder liberales Politikergerede, mediale Dauerberieselung noch die Arbeitgeberideenschmiede „Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft“ und andere Thinktanks viel anhaben. An der Medienkampagne zur Diffamierung des Sozialstaats beteiligen sich im Übrigen nicht nur die üblichen Verdächtigen des Boulevards, die wahlweise einen Florida-Rentner oder einen Hartz-IV-Empfänger mit Migrationshintergrund zum sozialschmarotenden Buhmann deklarieren.

Eine Untersuchung des Zentrums für Sozialforschung der Universität Bremen im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung zeigte jüngst, dass gerade die bürgerlichen bis gutbürgerlichen Medien der sich als gebildet empfindenden Mittelschichten den Mythenreichtum der gesundheitspolitischen Debatte beflügeln, was bei ihren Lesern messbare Spuren hinterlässt (Braun/Marstedt 2010).

Das Solidarprinzip ist seit je her in der sozialen Krankenversicherung in Deutschland und anderswo verankert. Eigentlich verwundert in Anbetracht des allseits herrschenden Sozialabbaus nur eins: Dass die Gegner oder Kritiker des Solidarprinzips nicht darauf gekom-

men sind, es schlicht als sozialpolitischen „Unfall“ abzutun. Dieses grundlegende Prinzip geht nämlich auf eine Zeit zurück, in der die GKV noch nach dem Äquivalenzprinzip funktionierte, also so wie heute die Private Krankenversicherung (PKV). Die erste wesentliche Leistung der GKV war die Zahlung von Krankengeld. Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall richtete sich nach der Höhe des Einkommens, zumindest bis zur Obergrenze, die hier ihren nachvollziehbaren Ursprung hatte. Insofern bestand eine Äquivalenz, also Gleichwertigkeit, zwischen den als Prozentsatz vom Lohn oder Gehalt errechneten Beitrag und dem Krankengeld, das sich ebenfalls auf einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens belief.



Vertreter der Gutachterstelle, sichtlich amüsiert

Die zunehmende Verlagerung des GKV-Pakets auf medizinische Versorgungsleistungen erfolgte, ohne das Prinzip der Finanzierung in Frage zu stellen, obwohl heute kein Zusammenhang zwischen dem Beitrag und der Inanspruchnahme besteht. Das und nichts anderes bezeichnet das Solidarprinzip: Jeder zahlt nach seinen Möglichkeiten und erhält nach seinem Bedarf. Und aus diesem Prinzip ergeben sich die Umverteilungseffekte von besser verdienenden zu ärmeren Bürgern, von wirtschaftlich aktiven zu Arbeitslosen und RentnerInnen, von jung zu alt.

Das ist eine sozialpolitische Antwort auf die auch wissenschaftlich fundierte Erkenntnis, dass gerade bei Bürgerinnen und Bürgern mit hohen Erkrankungsrisiken die Fähigkeit zur Selbsthilfe, zur materi-



ellen und sozialen Bewältigung der Krankheit besonders gering ausgeprägt ist. Viele empirische Studien belegen eine ausgeprägte soziale Ungleichheit bei Krankheit und Tod und zeigen einen klaren statistischen Zusammenhang zwischen Erkrankungshäufigkeit und Lebenserwartung auf der einen und Einkommen, Bildung und beruflicher Stellung auf der anderen Seite. Zugleich erstreckt sich die soziale Ungleichheit auch auf die Fähigkeit der Menschen, ihre Eigenverantwortung wahrzunehmen bzw. eigenverantwortlich zu entscheiden und zu handeln.

Derartige Erkenntnisse und Betrachtungen kommen allerdings im üblichen Gerede von der Eigenverantwortung der Menschen nicht vor. Das wäre wohl zu kompliziert für einfache politische Botschaften. Gerade im Gesundheitswesen mit seinen ausgeprägten externen Effekten und der starken Informationsasymmetrie zu Ungunsten des als Kunden wahrgenommenen Patienten ist die mit dem ökonomischen Verständnis von Liberalität verknüpfte Forderung, die Individuen müssten für die Folgen ihrer Handlungen verantwortlich sein, nur sehr eingeschränkt umzusetzen. Und außerdem: „Eigenverantwortung haben immer die anderen“, wie die Bochumer Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Schmidt (2008) ihr Buch zum Thema betitelte. Das konnte der Kölner Sozialwissenschaftler Carsten Ullrich schon in den 1990er Jahren zeigen: GKV-

Versicherte nehmen zwar nie selber eine „überflüssige“ Leistung in Anspruch, gehen aber davon aus, dass alle anderen das tun (Ullrich 1995).

Zuzahlungen

Mit vermutlich unbeabsichtigter Eindeutigkeit machte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Köhler, kürzlich klar, worum es beim Thema Eigenverantwortlichkeit eigentlich geht: „Bislang lastet die Kostensteuerung immer auf dem Arzt. Ich halte es für notwendig, dass auch der Versicherte Eigenverantwortung übernimmt. Das setzt voraus, dass er weiß, was er an Kosten verursacht. Zudem muss er **einen gewissen Prozentsatz** an Eigenbeteiligung übernehmen“ (Köhler 2010; Hervorhebung J.H.). Wenn Gesundheitspolitiker und Lobbyisten von Eigenverantwortung sprechen, meinen sie in aller Regel eigentlich Kostenbeteiligung. Dabei übersehen sie zum einen, dass die Patienten, die zum Arzt, ins Krankenhaus oder zu einem Therapeuten gehen, ja als Versicherte bereits im Voraus und unabhängig von der Inanspruchnahme bezahlt und sich somit ganz wesentlich an den anfallenden Kosten beteiligt haben. Eigenverantwortung bzw. Kostenbeteiligung bedeuten in der gesundheitspolitischen Debatte folglich nichts anderes als die Rückkehr zur direkten Bezahlung von Gesundheitsleistungen – sei es teilweise in Form von Zuzahlungen, sei es durch Vorstrecken der gesamten Arztrechnung verbunden mit der Hoffnung, dass die Kasse möglichst viel davon rückerstattet, wie es bei der zurzeit diskutierten Kosten-erstattung der Fall wäre...

Nach gängiger wirtschaftswissenschaftlicher Theorie sollen



Podiumsdiskussion: P. Scholze (GL), J. Lorenz (Gesundheitsreferent), N. Nützel (BR), U. Mascher (VdK), G. Hartl (Bayerische Patientenbeauftragte)

Zuzahlungen im Krankheitsfall nicht nur die Kassen finanziell entlasten, sondern vor allem die Menschen zu einer „vernünftigeren“ Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen veranlassen. Wer aus der eigenen Tasche bezahlen muss, so die Überlegung, werde nicht so „leichtfertig“ zum Arzt gehen, wie bei kostenfrei-



O. Bertermann (FDP): „Was sich bewährt hat, muss man fördern“

er Versorgung. Damit will man der gefühlten Überinanspruchnahme entgegen wirken, die sich bekanntlich in der europaweit höchsten Arztbesuchshäufigkeit zeige... Vor allem aber entpuppt sich das Zuzahlungskalkül als Milchmädchenrechnung. Um zu sparen, vermeiden oder verschieben Patienten Arztbesuche, strecken Medikamentenpackungen oder brechen Therapien ab. Dies führt letztlich zu schwereren Krankheitsverläufen und zu erheblichen Kosten durch vermeidbare Komplikationen...

Erschwerend kommt hinzu, dass Selbstbeteiligungen wesentlichen gesundheitspolitischen Zielen zuwiderlaufen, denn sie treffen nicht nur chronisch Kranke, sondern auch ärme-



L. Dietrich (Grüne, langjährige Unterstützerin des GL) und M. Olhausen (CSU), sie kann sich auch 5-Jahres-Verträge vorstellen



re und alte Menschen am stärksten... Befreiungsregelungen ... können diese Benachteiligung nur zum Teil ausgleichen; in den meisten Fällen



G. Bornes war erstaunt über die Unterstützung aus der Politik

sind sie auch zu kompliziert für viele Menschen, denen nichts anderes übrig bleibt, als Rat zu suchen, um sich vor finanzieller Überforderung zu schützen.

Kostenerstattung

Nun hat Gesundheitsminister Rösler die Abschaffung des Sachleistungsprinzips auf die gesundheitspolitische Agenda gehoben. Damit kommt er einer lange bestehenden Forderung niedergelassener ÄrztInnen nach, von denen bedenklich viele zur FDP-Unterstützer-Klientel gehören.

Dass gerade Niedergelassene oftmals eher schlicht als recht zu denken pflegen, belegt ein Zitat von



Frau König, die Königin der Münchner Selbsthilfe, und Herr Nuding, Verbraucherzentrale

der Website facharzt.de, bei deren Besuch man als Arzt immer froh darüber ist, dass sie für Nicht-Mediziner prinzipiell nicht zugänglich ist, sonst müsste man sich große Sorgen über das Ansehen dieses Berufsstandes in der Bevölkerung machen. Dort schreibt ein Forums-

teilnehmer: „Es gibt eine optimale Vergütungsform für alle Ärzte, die Direktabrechnung.“. Offenbar hat der Autor dieses für das Forum sehr typischen Diskussionsbeitrags eine grundlegende Lehre aus wiederholten Multiple-Choice-Prüfungen während des Medizinstudiums nicht zu ziehen vermocht: Aussagen mit „immer“, „nie“ oder „alle“ kann man getrost als falsch einsortieren. Außerdem zeigt langjährige und vielfältige Erfahrung, dass es hochgradig naiv ist, von einer „optimalen“ Vergütungsform zu sprechen. Die ist bisher nicht gefunden und wäre auch dringend nobelpreisverdächtig; in den Niederungen des gesundheitspolitischen Alltags weisen nämlich sämtliche Honorierungsformen Vor- und Nachteile, Stärken und Schwächen auf, die es miteinander auszutariieren gilt. Auch dürfte Direktabrechnung den stationär tätigen MedizinerInnen schwerlich als „optimal“ erscheinen. Knapp 50 % und damit die Mehrheit der in Deutschland klinisch tätigen MedizinerInnen arbeiten im Krankenhaus (AOK Bundesverband 2010).

Beschränkt man diese Aussage einmal auf niedergelassene Ärzte, hat der Verfasser dieses Satzes möglicherweise recht: Direktabrechnung könnte für sie optimal sein – allerdings ausschließlich für sie. Wenn die PatientInnen erst einmal sämtliche in Rechnung gestellten Kosten bezahlen müssen, ist der niedergelassene Arzt natürlich fein raus, die Pappnase bekommt der Patient aufgesetzt. Der kann nämlich in aller Regel 1. gar nicht die Notwendigkeit der ihm angebotenen Maßnahmen einschätzen, 2. nicht wissen, ob die angebotene Leistung eine Kassenleistung ist und muss sich 3. hinterher noch selber

darum kümmern, dass ihm die Kasse hoffentlich genügend von der bezahlten Rechnung erstattet. Mit der Einführung des Kostenerstattungsprinzips wären die niedergelassenen Ärzte jeglicher Verantwortung für die Finanzierung enthoben, hätten sich erfolgreich jeder Kontrolle durch das System entzogen und könnten dank ihrer fachlichen Vormachtstellung tun und lassen, was sie für richtig halten. Das passt zum schwarz-gelben Koalitionsvertrag: „Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit“ (CDU-CSU/FDP 2009, S. 87). Die



Die Rock- und Blues stars

Risiken und Nebenwirkungen einer auf Einzelkämpfern beruhenden ambulanten Versorgung blenden die Verfechter der Therapiefreiheit systematisch aus, so als wäre bei der Qualität niedergelassener ÄrztInnen nicht so wie überall sonst auf der Welt von einer Normalverteilung der Qualität auszugehen und deren Irrtumswahrscheinlichkeit vernachlässigbar. Für all jene hingegen, die evidenzbasierte Medizin erstrebenswert finden und Leitlinien nicht für ein Gängelungsinstrument gegenüber der „freien Ärzteschaft“ halten, ist die Einführung des Kostenerstattungsprinzips eine gräusliche Vorstellung.

Diese begründet sich nicht nur in der oftmals hemmungslos anmutenden Anwendung von IGeL-Leistungen bei GKV-Versicherten. Beobachtungen zum Verhalten niedergelassener MedizinerInnen gegenüber PrivatpatientInnen le-



gen ebenfalls den Verdacht auf eine systematische Überversorgung nahe, die sich mittlerweile auch bedrohlich in den Renditen der PKV niederschlägt. Gegen diese Tendenz scheint das erhöhte „Kostenbewusstsein“ der PatientInnen nicht viel ausrichten zu können. Schließlich arbeiten Privatkassen schon lange nach dem Kostenerstattungsprinzip, so dass von maximaler Transparenz bei den Kosten auszugehen ist. Trotzdem steigen die Ausgaben der PKV seit Jahren kontinuierlich an und verursachen spürbare Beitragserhöhungen. Das ganze Gerede von Transparenzgewinnen und größerem Kostenbewusstsein gehört letztlich ebenso in den Bereich der sorgsam gepflegten Mythen wie die Idee vom „moral hazard“ oder den Kosten senkenden Wirkungen von Zuzahlungen: Nur wer daran glaubt, mag Hinweise für ihre Gültigkeit finden, empirische Belege sind hingegen Mangelware (vgl. Reiners 2009, Holst 2010).

Wie viele andere gesundheitspolitische Maßnahmen würde die Einführung der Kostenerstattung in erster Linie Partialinteressen der üblichen Verdächtigen dienen. Eins ist dabei sicher: Sollte Kostenerstattung die Sachleistung ersetzen, werden die Gesundheits- und Patientenläden wichtiger als je zuvor. Wohin sonst sollen sich Versicherte und PatientInnen wenden, wenn sie sich bei Entscheidungen oder finanziell überfordert fühlen? Wer sonst soll ihre Interessen glaubhaft und uneigennützig vertreten?

Denn entgegen ihrer Selbstwahrnehmung taugen ÄrztInnen ernüchternd wenig zum Sachwalter von Patienteninteressen, auch wenn sie sich selber gerne für die einzigen wahren Versteher von deren Belangen halten. Aber immer offener verwischen niedergelassene Ärzte und ihre Lobbygruppen den Unterschied zwischen ihrer Berufsgruppe und der von Krämmern, Bäckern und Autohändlern. So begründet Dr. Klaus Reinhardt, Landesvorsitzender in Westfalen-Lippe und stellvertretender Bundesvorsitzender des Hartmannbundes, der sich selbst fälschlich und irreführend „als Verband aller Ärzte“ darstellt, die Forderung nach Kostenerstattung so: „... dies entspricht dem Prinzip des gesellschaftlichen Lebens – beim Kauf von Brötchen, Kleidung und allen anderen Anschaffungen ist es nicht nur üblich, sondern selbstverständlich.“ Ein Beitrag auf der Website facharzt.de lässt keine Fragen offen: „Kfz-Werkstatt repariert Unfallschaden und erstellt Rechnung, die entsprechend dem Vertrag von der Versicherung erstattet wird. Ggf. muß der Autofahrer eine Differenz zahlen. Was ist daran ungewöhnlich oder unmoralisch?“ Sicherlich nichts; allerdings gilt der Besitz eines Kraftwagens gemeinhin auch weder als Menschenrecht noch als unverzichtbare Voraussetzung für menschliches Leben in Würde...

Viel hat sich geändert, seit Rudolf Virchow 1848 die Ärzte als die natürlichen Anwälte der Armen betrachtete.

Die Tradition der modernen hippokratischen Ethik verlassen immer mehr Ärzte, wenn sie ihre eigenen, durchaus berechtigten finanziellen Interessen immer deutlicher



Alle aktiven Gäste bekommen einen stärkenden Gesundheitstee

über die uneingeschränkte Loyalität gegenüber den PatientInnen und deren Wohlergehen stellen und nicht mehr vorrangig im Interesse ihrer „KundInnen“ Patienten handeln. (Kühn)...



Das Fest – der Tanz

Schlussbetrachtungen

Stärker und unbeirrter als ihre Vorgängerregierungen untermauert die schwarz-gelbe Regierungskoalition systematisch die Bedeutung unabhängiger Patientenberatung. Das ist politisch bedauerlich und besorgniserregend, sichert aber den Patientenstellen hohen und zeitstabilen Bedarf zu. Allerdings sind die Beratungsstellen nach 30-jähriger überaus erfolgreicher Arbeit nicht nur engen Altbauwohnungen, sondern längst auch den Kinderschuhen entwachsen und brauchten eigentlich keine derartige Herausforderung mehr. Aber so schnell könnt Ihr Eure Arbeit nicht einstellen: Dafür sorgt ganz nebenbei die Koalition aus der das Konservative wieder entdeckenden CDU/CSU und der neo-liberalen FDP mit jeder ihrer sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungen.

Der volle Artikel samt Literaturangaben steht unter www.gl-m.de => Veröffentlichungen => Rundbriefe



vorne C. Porer, Vorstand und E. Redler, früherer Vorstand



Wie es einer Frau ergehen kann, die mit den Anzeichen einer Fehlgeburt eine Klinik in Deutschland aufsucht:

Dass die ersten drei Monate hinsichtlich eines Verlusts des Kindes kritisch sind, weiß jede Schwangere. Wenn es dann zu einer Fehlgeburt kommt, ist es trotzdem völlig unerwartet und ein schwerer Schock. Als ich im Frühjahr 2009 plötzlich Anfang der 9. Schwangerschaftswoche anfang zu bluten, verdrängte ich erst einmal alles und fuhr mit meinem geplanten Tag ganz normal fort. Eines jedoch war sofort klar: Ich wollte auf keinen Fall „diese Operation“, von der ich im Internet gelesen hatte und die man Gott sei Dank, wie ich ebendort erfahren hatte, auch vermeiden konnte, es sei möglich, eine Fehlgeburt auch ganz natürlich ablaufen zu lassen, hatte ich erleichtert gelesen.



Gegen Abend wurde die Blutung für wenige Minuten schwallartig und verstärkte sich. Es war zwar gleich wieder vorbei, dies rüttelte mich jedoch etwas auf und ich beschloss, in der Klinik anzurufen, um mich zu erkundigen, was zu beachten sei.

Ich schilderte der diensthabenden Ärztin kurz die Situation. Das Allererste, was ich zu hören bekam, war: „Sie müssen eine Ausschabung machen lassen!“ Dankend lehnte ich ab. Schon das Wort klingt absolut grauenhaft. Später würde ich bei meinen Recherchen feststellen, dass es genau nach dem klingt, was es ist. Ich kann mich noch an die abgrundtiefe Kunstpause erinnern, die auf meine selbstsicher vorgebrachte Ablehnung folgte, man konnte das Schweigen förmlich hören. „Ist das Ihre erste Schwangerschaft?“ Ich nickte in die Muschel. „Welche Blutgruppe haben Sie denn?“ Da musste ich passen, die Sache mit dem Rhesusfaktor wäre mir tatsächlich entgangen und so versprach ich, bald vorbeizukommen, denn man hat nur 72 Stunden Zeit, hieß es.

Auf der Station beginnt man mich erwartungsgemäß zu befragen. Nach zwei Minuten werde ich informiert, dass man eine Ausschabung vornehmen müsse (deutsche Gynäkologen sind regelrecht besessen von Ausschabungen). Ich möchte warten, ob es nicht von selbst geht, antworte ich.

Die Ärztin füllt den Anamnesebogen aus. Ich gebe ihr die Informationen, die mir so einfallen, ziemlich genau sechs Wochen sei ich schwanger gewesen, das wusste ich genau. Aber sie braucht mich dabei nicht,

ich habe nur auf Fragen zu antworten. Im normalen Leben wäre ich aufgestanden und gegangen, so etwas lasse ich mir nicht bieten, aber heute ist nichts normal.

Dann sagt sie nochmal, Sie müssen eine Ausschabung machen lassen, nein sage ich, ich hätte im Internet verschiedentlich... Das Wort Internet löst jetzt plötzlich eine starke Reaktion aus bei ihr, sie wird plötzlich total hektisch. Es müssen vor mir schon welche dagewesen sein, sie weiß jetzt, dass es mir ernst ist, aber das wird mir erst viel später klar. Eine Urinprobe soll ich besorgen, sie



schiebt mich auf die Toilette ab, als ich wiederkomme ist sie verschwunden.

Nach 10 Minuten taucht plötzlich eine ihrer älteren Kolleginnen auf, sie werde weitermachen erklärt sie mir. Das tut sie dann auch, aber wie! Sie nimmt mich regelrecht in die Mangel. Als ich mich wiederholen muss und ihr sage, dass ich die Operation nicht will, zieht sie ein Gesicht, als sei das das Bekloppteste, das sie je gehört hat. Sie untersucht mich jetzt und macht eine Sonographie, sie hört keine Sekunde auf, mich gleichzeitig verbal zu beharken. Sie setzt ein Gesicht auf, als würde sie mir mein baldiges Ableben verkünden, meine Blutung sei zu stark, behauptet sie. Inzwischen habe ich das Gefühl, eine Verfolgerin auf den

Fersen zu haben, die ich nicht abschütteln kann. „Sie bluten drei Wochen und dann müssen wir es sowieso ausschaben.“ Monate später werde ich der Patientenakte lesen, dass sie längst den Hämoglobinwert weiß, 14,1, ganz hervorragend also, ich kann noch lange so weiterbluten, ohne Schaden zu nehmen, aber sie sagt mir nichts davon. Noch bin ich standhaft, aber inzwischen ist mir längst mulmig. Ich könne einen „Blutsturz“ bekommen und „Wahnsinns-Infektionen“ und wir müssen es ja sowieso machen. Wie eine Aufziehpuppe sage ich noch mein Sprüchlein auf, dass ich lieber erst noch warten will, ich fühle mich von dieser Operation total bedroht. „Die werden nichts finden, das sag’ ich Ihnen gleich (sie meint die Ursache für die Fehlgeburt), aber man muss schauen, ob das bösartig ist.“ Sie hat mich schon längst, vielleicht spürt sie das. Ich sage jetzt nichts mehr, aber auch noch nicht ja.

Schließlich verläßt sie den Raum. Nach zehn Minuten kommt sie wieder hereingestürmt. „Also eigentlich müßten wir es als Notoperation sofort machen, aber Sie haben um 19 Uhr erst gegessen, dann sind Sie ja erst um ein Uhr nachts wieder nüchtern, deshalb machen wir es halt gleich morgen früh.“ So schlimm steht es also um mich, ich bin schockiert, ich versuche die ganze Zeit zu realisieren, dass es kein Baby geben wird, jetzt muss ich noch dazu die Tatsache verkraften, eine Operation vornehmen lassen zu müssen, die mir absolut bedrohlich erscheint. Sie hat es geschafft, einen Hebel bei mir umzulegen, ich glaube jetzt, mich geirrt zu haben und keine andere Wahl zu haben, zustimmen zu müssen. Niemand hat mir psychologische

Unterstützung angeboten oder auch nur auf meinen Zustand irgendwie Rücksicht genommen. Die Klinik hat ausschließlich ihr Eigeninteresse verfolgt. Die Pflegekraft bringt mich zum OP, dort steht eine verummte



Menschentraube und starrt mich an wie ein Tier im Zoo. Noch als ich auf die OP-Liege umsteige, denke ich, dass ich das nicht will, was hier passiert...

Nach der Operation: Der Assistenzarzt, der mich operiert hat, kommt herein und fragt, wie es mir gehe. Das weiß ich doch nicht, denke ich. Ich thematisiere sofort die Baby-Frage. „Ach, war das ein Wunschkind?“ Dieser Satz verfolgt mich bis heute. Der gute Mann dachte, er beseitigt die Reste von einem Unfall. Da ich schon über 40 bin, dachte er wohl, er kann sowieso nichts mehr kaputtmachen. Hätte er sich herabgelassen, vor der Operation mal vorbeizuschauen, hätte ich eine Chance gehabt, es ihm zu sagen. Aber die drei Minuten Zeit können Ärzte sich nicht nehmen, wer sollte dann die vielen überflüssigen Operationen erledigen?

In den Wochen und Monaten nach dem Eingriff stehe ich mehrfach kurz vor dem Kollaps, als ich herausfinde, was das wirklich für eine Operation ist. Ich bin von Ärztin und Oberärztin regelrecht betrogen worden, anders kann man das nicht ausdrücken. Das Ding war ein astreines Fake. Ich habe diese Operation so dringend gebraucht wie ein Loch im Kopf.

All das herauszufinden, nachdem man kurzerhand in den OP verfrachtet wurde, so schnell, wie man gar nicht schauen konnte, das spottet jeder Beschreibung, das ist wie ein Attentat, das ist wie ein Hinterhalt. Eine absolut traumatische Erfahrung, die mir heute noch in den Knochen steckt. Wie soll ich danach noch jemals einem Arzt über den Weg trauen?

Es ist monströs, so etwas mit einer Frau zu machen, die unter dem frischen Eindruck steht, ihr Kind verloren zu haben. Ich suche Hilfe in einer Klinik und gerate in die Fänge von Monstern. Mir sei in der Klinik „bestens und schnellstens geholfen“ worden. Schnellstens stimmt. Diese Art Hilfe sollte einem kein zweites Mal im Leben zustoßen.

Autorin anonym

Weitere ausführlichere Darstellungen siehe gl website unter: www.gl-m.de Stichwort Patientenberatung.

Sozialrechtsverbund Norddeutschland

Mit dem Untertitel „Sozialleistungsberechtigte als Verbraucher, Nutzer und Mitgestalter sozialer Leistungen: Auf dem Weg zu einem eigenständigen Verbraucherschutz im Sozialrecht“ lud der Sozialrechtsverbund Norddeutschland zu seiner Jahrestagung nach Lübeck ein. Ebenso wie der Veranstalter, der Sozialrechtsverbund Norddeutschland e.V. selbst, eine Vereinigung von Sozialleistungsträgern und WissenschaftlerInnen, setzten sich die TeilnehmerInnen und ReferentInnen aus den verschiedensten Akteuren im Sozialleistungssystem zusammen, so waren z.B. Sozialleistungserbringer wie auch Sozialleistungsträger und WissenschaftlerInnen, aber auch MitarbeiterInnen von Ministerien vertreten. Rechtlicher Schutz ist dann notwendig, wenn eine strukturelle Unterlegenheit vor-

liegt. Ist dies im Sozialrecht der Fall? Und wenn ja, wie kann dem abgeholfen werden? Werden durch die Selbstverwaltung die Sozialleistungsberechtigten tatsächlich noch vertreten? Ist ein Vertragsarzt gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung strukturell unterlegen und damit ebenfalls schutzbedürftig? Ist der derzeitige gesetzliche Schutz des Leistungsberechtigten trotz seiner strukturellen Unterlegenheit ausreichend? Diese und mehr Fragen wurden im Lauf der Veranstaltung diskutiert, eine Dokumentation der Tagung wird etwa Mitte nächsten Jahres erscheinen.

Infos über den Sozialrechtsverbund Norddeutschland e.V. unter <http://www.sozialrechtsverbund.de/>

Erika Lorenz

Presseerklärung des VDÄÄ und der BAGP (Auszüge): Zunehmend Angebote von privaten Leistungen an gesetzlich Versicherte. Deshalb: Keine IgeL-Leistungen in der Kassenarztpraxis. Abrechnung von IgeL übergangsweise durch die KV oder Ärztekammern! Einführung eines Zertifikats „IgeL-freie Praxis“

Ein soeben vom WidO, dem wissenschaftlichen Institut der AOK, vorgelegtes Gutachten zeigt den ungebremsen Anstieg privat berechneter ärztlicher Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten. Das WidO befragte fast 3000 Versicherte im Frühjahr 2010 nach ihren Erfahrungen mit den so genannten IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen).

Diese privat vom Versicherten zu zahlenden Behandlungen stellen eine zusätzliche Einkommensquelle für die Kassenärz-

te dar. Etwa 65 Prozent aller Kassenärzte bieten inzwischen dieses Zusatzangebot an. Diese Entwicklung stellt eine gravierende Veränderung des ärztlichen Berufsbildes dar.

„Nicht mehr die Heilung des rat-suchenden Patienten, sondern dessen finanzielle Leistungskraft steht im Mittelpunkt des Arzt-Patient-Verhältnisses. Der Arzt mutiert zum Krämer, mit der Kasse gleich am Empfangstresen“, so Wulf Dietrich, Vorsitzender des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte.

„Besonders bedenklich ist, dass die Initiative für IGeL-Leistungen meistens vom Arzt ausgeht, dabei darf sie regelkonform ausschließlich vom Patienten ausgehen“, betont Patientenberater Peter Friemelt von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen BAGP. BAGP und vdäÄ schlagen ein Zertifikat für Praxen vor, die keine unsinnigen IGeL anbieten: „Patienten sollen schon am Praxisschild erkennen, ob ein Arzt auf marktschreierische Angebote verzichtet. Medizin darf nicht zur Ware werden!“, fordern Dietrich und Friemelt.

UPD-Kongress 2010: Neutral beraten, vernetzt handeln - Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Zwischen Abschluss und Neubeginn?

Am 22. November 2010 fand in Berlin der Abschlusskongress der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) statt. Gemeinsam mit Experten wurden die Ergeb-

chenden zur Verfügung. Seit Aufnahme der Arbeit haben die UPD-Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen etwa 250.000 Beratungen bundesweit realisiert und helfen Ratsuchenden bei Fragen und Problemen im Gesundheitswesen weiter.



nisse der Modellerprobung diskutiert. Am Ende des Modellprojektes können die Beteiligten eine positive Bilanz ziehen.

Frau Burkhardt, die Geschäftsführerin der Bundesgeschäftsstelle sagte „Die UPD hat sich als neutrales Beratungsangebot erfolgreich im deutschen Gesundheitswesen positioniert“ und „Unser Resümee dokumentiert eine Erfolgsgeschichte“. Bereits nach vier Jahren Modelllaufzeit stehen die 71 Beraterinnen und Berater in den 22 Beratungsstellen sowie über das kostenfreie bundesweite Beratungstelefon jährlich etwa 80.000 Ratsu-

Alle Ergebnisse sind veröffentlicht in einem Handbuch. Es steht zum Abruf auf der UPD-Website zur Verfügung: www.upd-online.de/upd-handbuch.html.

Viel Arbeit steckt hinter den Ergebnissen, alle Beteiligten des Verbundes haben mit großem Engagement gemeinsam dazu beigetragen, dass die Modellerprobung so erfolgreich war.

Ein wichtiges Ziel ist dadurch schon erreicht. Die Bundesregierung hat die Überführung des Projektes in die Regelversorgung in 2011 beschlossen. Es wird also dauerhaft eine Patientenberatung für Ratsuchende zur Verfügung stehen. Dennoch müssen die Berater und Beraterinnen, die Träger der Beratungsstellen und die jetzigen Gesellschafter

der UPD - Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Sozialverband VdK Deutschland (VdK), Verbund unabhängige Patientenberatung (VuP) - noch zittern.

Noch immer ist nicht klar „wer“ die Patientenberatung nächstes Jahr fortführt. Die Ausschreibung läuft noch, mit einem Ergebnis ist voraussichtlich Mitte Dezember zu rechnen. Erst dann wissen viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, ob Sie zum 01.01.2011 noch einen Arbeitsplatz haben. Möglicherweise dauert es bis März 2011, bis das Vergabeverfahren abgeschlossen ist. Damit die Beratung weiterläuft und die eingearbeiteten Kräfte nicht abspringen, führen einige Träger, wie auch der Gesundheitsladen München e. V., die Beratungsstelle für Ratsuchende aus der Region, übergangsweise auf eigene Rechnung weiter. Dies können jedoch nicht alle Träger leisten. Wir hoffen natürlich sehr, die erfolgreiche Arbeit in 2011 als Regelangebot fortsetzen zu können. Deshalb war der Kongress ein Abschied von der Modeller-

probung mit der Hoffnung auf einen Neustart als Regelangebot im nächsten Jahr.

Rückmeldungen von Beschwerden

Im Rahmen der Tagung erhielt Wolfgang Zöllner (CSU), Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, eine Auswertung der bei der UPD eingegangenen Patienten-Beschwerden. Die Auswertung erfasst alle Beschwerden der regionalen Beratungsstellen der UPD im ersten Halbjahr 2010. Das Institut für Medizinische Soziologie der Charité Berlin hat die systematisch erfassten Beschwerden im Herbst 2010 aufbereitet.

Einige Ergebnisse:

Im ersten Halbjahr 2010 wurde die Unabhängige Patientenberatung Deutschland von 39.299 Personen in Anspruch genommen. Knapp jede fünfte Kontaktaufnahme zur UPD enthielt eine Beschwerde. Ein Drittel der 7.645 Beschwerden betrifft Ärzte und Therapeuten, davon wiederum ein Drittel Zahnmediziner. Besonders häufig wird ein Verdacht auf





**Unabhängige
Patientenberatung
Deutschland | UPD
Beratungsstelle
München für
Oberbayern**

Behandlungsfehler geäußert. Ein weiterer Teil der Beschwerden (rund 22 Prozent) bezieht sich auf die Krankenkassen, vor allem im Hinblick auf die Ablehnung von Anträgen und Leistungen. Der dritte große Beschwerdebereich betrifft mit etwa 12 Prozent die stationären Einrichtungen, also in erster Linie Krankenhäuser. Zöller: „Mit der Vorlage dieser Auswertung kommt die UPD ihrem Auftrag zur Rückmeldung ins System nach und leistet einen wertvollen Beitrag, Schwachstellen im Gesundheitssystem aufzuzeigen“. Die gesamte Auswertung der im ersten Halbjahr 2010 erfassten Beschwerden der regionalen Beratungsstellen der UPD steht zum Abruf im Internet: <http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/beschwerden.html>.

Außenberatungstermine in Rosenheim

Unsere Beratungstermine
für das 1. Halbjahr 2011

Mo	10. 01. 2011
Mo	14. 02. 2011
Mo	14. 03. 2011

Sie erreichen uns per Telefon
unter 08031-2087793

oder persönlich:
zu. o. g. Terminen von
14 -17 Uhr, Klepperstr. 18,
83026 Rosenheim

Vortrag zum Thema Implantate

Am 25. Oktober durften der Gesundheitsladen mit seinen beiden Beratungsstellen Gregor Bornes (Patientenbe-



links Referent Gregor Bornes

raater der Zahnmedizinischen Kompetenzstelle der UPD) als Referenten begrüßen. Sein Thema war „Implantate“. Die Veranstaltung traf auf großes Interesse und war sehr gut besucht.

Herr Bornes informierte die Anwesenden über Grundlagen der Implantatversorgung. Angefangen bei Überlegungen: „Was ist überhaupt ein Implantat?“, „Woraus besteht es?“ und „Wo kann es eingesetzt werden?“ widmete sich Herr Bornes auch den Fragen nach den Kosten, einem

möglicherweise notwendigen Knochenaufbau und der Suche nach einem geeigneten Implantologen.

Herr Bornes beantwortete mit großem Engagement alle Fragen umfassend und kompetent. So entwickelte sich ein sehr lebendiger, informativer und aufschlussreicher Abend. Viele Unklarheiten wurden in einer sehr verständlichen und nachvollziehbaren Form geklärt.

Adelheid Schulte-Bocholt

Anforderungen an eine solidarische Gesundheitsversorgung – Patient oder Profit?



Bündnis für eine solidarische Gesundheitsversorgung diskutiert die Rosenheimer Forderungen mit Landtagsabgeordneten.

Am 17.11.2010 haben die Bündnispartner DGB Südbayern, Diakonie Rosenheim und Gesundheitsladen / UPD München für Oberbayern zu ihrem zweiten Veranstaltungsteil eingeladen. Die im Sommer entstandenen Forderungen sollten mit der Landespolitik diskutiert werden.

Was sagen die Vertreter der Parteien des Bayerischen Landtages zu den Rosenheimer Forderungen nach mehr Solidarität im Gesundheitswesen?

Dr. Otto Bertermann, FDP geht davon aus, dass es nicht zu einer rasanten finanziellen Mehrbelastung für Patienten kommt und er wünscht sich einen gemeinsamen Leistungskatalog in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.

Dr. Thomas Zimmermann, CSU hält v.a. die versicherungsfremden Leistungen wie die Beitragsfreiheit in der Familienversicherung und z.B. Mutterschaftsgeld über die GKV für problematisch und wünscht sich mehr Geld in die Taschen der Bürger, die dann selbstbestimmt entscheiden könnten, welche Leistungen ihnen wichtige sind.

Darüberhinaus bezeichnete Zimmermann die das Thema der Priorisierung als Gespens-terdebatte, da schon seit Jahren durch den GBA Leistungen beschränkt werden auf das Maß den Notwendigen. Theresa Schopper, Bündnis 90 / die Grünen und Kathrin Sonnenholzer, SPD, sprachen sich für die Bürgerversicherung aus, da nur mit dieser eine weitgehend solidarische Finanzierung der Krankenversicherung möglich sei. Eine gelungene und interessante Veranstaltung, die mehr Publikum verdient hätte. Wir danken herzlich allen Politikern und dem Moderator Nikolaus Nützel für ihr Engagement. Die Kooperation in Rosenheim wird weitergehen.

Carola Sraier





Lärmaktionsplanung: Bürgerbeteiligung erledigt, was nun?

Mit 4 Bürgerforen und einem Internetfragebogen konnte sich die Münchner Bevölkerung zu den von der Stadt ausgewählten besonders lauten Straßenabschnitten äußern. Hier waren insbesondere Bewertungen von seitens der Stadt vorgeschlagenen Maßnahmen erfragt.

Umfassender sah der Gesundheitsladen die Aufgabenstellung. Mit Anregungen unserer Aktiven wurde ein Entwurf für eine Stellungnahme geschrieben und dieser zum Kritisieren und Ergänzen Mitgliedern und Partnern des Gesundheitsladens über die Homepage zugänglich gemacht.

Nur im Weltall ist es wirklich still

Sieglinde Geisel
Nur im Weltall ist es wirklich still. — Vom Lärm und der Sehnsucht nach Stille
Verlag Galiani Berlin
Euro 16,95 (D)
ISBN 978-3-86971-015-0



Eigentlich wollte ich durch-gelesenes Buch vorstellen. Ging nicht, dies ist ein buntes Querlesebuch, von den Posaunen zu Jericho bis zum Knirschen der Corn Flakes ging mein Streifzug. Sehr vergnüglich, sehr trostreich, Texte, die es leicht machen, eine unzumutbare Welt auch mal lächelnd in ihrer Lächerlichkeit zu erkennen. Zu erfahren, dass auch andere gern zu einer Waffe greifen würden, lässt einen auch die eigene Überreaktion mit Verständnis ertragen. Der schalltote Raum ist also nicht die einzige Wahl, die man als sensibler Mensch hat.

Die Autorin war an der Hörstadt Linz beteiligt, einem Beitrag der österreichischen Industriestadt als Kulturhauptstadt 2009.



Eine ganze Reihe von Antworten trafen ein, die Stil und Inhalt bereicherten. Vielen Dank Euch Engagierten! Wir hoffen, dass das ungeschmälert in die Auswertung der Bürgerbeteiligung einfließt. Die Stellungnahme wurde am 5. November an die Stadt gesandt. Sie ist auf der Homepage unter „Ruhe+Lärm“ zu finden.

Demnächst soll unter www-muenchen.de/laerm die Auswertung der Stadt zu finden sein. Spannend wird dann, zu begleiten, was von den oft sehr detaillierten, ortskundigen Vorschlägen der Bürger dann auch in reale Veränderungen umgesetzt wird.

So geht's auch: Der Zwangsbeschaller 2010 wird gewürdigt

Beschallungsfrei ist die Kampagne von Hörstadt mit ÖGB, GPA-djp und der Katholischen Kirche OÖ gegen die Zwangsbeschallung der öffentlichen Sphäre mit Hintergrundmusik.

Seit 2008 wird der Zwangsbeschaller des Jahres mit der lautesten und penetrantesten Hintergrundmusik durch Pegelmessungen von Testkäufern ermittelt.

Am Tag vor dem letzten Einkaufssamstag im Advent wird der gekürte Zwangsbeschaller feierlich und öffentlichkeitswirksam ausgezeichnet, er bekommt eine Trophäe in Form eines von einem Nagel durchbohrten Ohres.

Beschallungsfrei fordert:

- Schluss mit dem Missbrauch unserer Ohren!
- Schutz aller Kinder vor musikalischer Reizüberflutung!
- Stopp der musikalischen Dauerberieselung von der Wurstabteilung bis zum Klo!
- Öffentliche Ruhezonen!

Tag gegen Lärm wieder am 27. April 2011

»Lärm trennt« wird das Motto voraussichtlich heißen. Wir sammeln wieder Beiträge rund ums Hören und den Schutz der Ruhe. Wer sich beteiligen möchte oder Vorschläge für Themen hat, melde sich gern beim Projektleiter 1891 3720. Am besten ist Dienstag Vormittag. Jederzeit erreicht uns auch ein Brieflein an tag-gegen-laerm@gl-m.de



Aus dem Stadtteil:

Die regionale Fachbasis im 2. Stadtbezirk lud am 25.11. zu einem Fachtag, der insbesondere dem Kennenlernen und dem Austausch zwischen den benachbarten sozialen Einrichtungen unterschiedlichster Art diente. Von AA bis zur Grundschule waren gut 40 Einrichtungen gekommen.

Erfreulich, dass sich auch ein großes Interesse an der Wiederbelebung des Facharbeitskreises Gesundheit artikuliert, den wir gemeinsam mit dem SHZ voraussichtlich im Mai organisieren. Wer dazu eingeladen werden will, melde sich bei gesundheitsfoerderung@gl-m.de.

Wir beschränken uns nicht streng auf die Region Mitte, der Blick über den Tellerrand ist erlaubt. Viele der Gesundheits-Einrichtungen haben sowieso ein weit über den Stadtteil, oft auch über die Stadtgrenzen hinausragendes Arbeitsgebiet.

Wohnen ohne Auto

Eine autofreie Baugruppe mit derzeit 12 Singles, Paaren, junge Familien für den Ackermannbogen will sich um eins der eben ausgeschriebenen Grundstücke bewerben. Schon jetzt leben alle Haushalte ohne eigenes Auto, viele sind bei Car Sharing. Sie haben ein Mobilitätskonzept entwickelt, das besonders auf die Bedürfnisse von RadfahrerInnen zugeschnitten ist. Sie wünschen sich flexibel geplante Wohnungen und eine energiesparende und ökologische Bauweise. Es wird auch MünchenModell-Wohnungen geben.

Bis 11. Februar muss eine Bewerbung an die Stadt gerichtet werden. Wegen der Grundstücksgrößen gibt es noch Platz für weitere Mitbauleute.

Anfragen bitte an kontakt@wohnen-ohne-auto.de

BAGP-Rundbrief 4.10

Kompromiss zwischen mehreren Übeln – Gewinner und Verlierer der geplanten Gesundheitsreform

Die geplante »Gesundheitsreform« setzt verschärft den Kurs fort, den diverse Bundesregierungen seit Anfang der 1980er Jahre gefahren haben. Bedient werden diverse wirtschaftliche Interessen – von der Pharma- und Gesundheitsindustrie über Ärzteschaft und Versicherungen bis zu den Arbeitgebern. Die gesetzlich versicherten Arbeitnehmer und Rentner werden einmal mehr die Verlierer sein.

Das diesjährige Treiben um die schwarzgelbe »Gesundheitsreform« musste selbst diejenigen erstaunen, die ohnehin keine hohe Meinung von der Kompetenz bundesdeutscher Gesundheitspolitiker haben. Nicht ganz realitätsfern aber ungewöhnlich schätzte der CSU-Generalsekretär Alexander Dobrindt die Mannschaft des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) als »Gurkentruppe« ein, während der freidemokratische Staatssekretär im BMG, Daniel Bahr, die CSU-Gesundheitspolitiker als »Wildsäue« bezeichnete. Das sieht nach sehr viel Chaos und Inkompetenz aus.

Bei genauerem Hinsehen jedoch lassen sich durchaus Konturen und Widersprüche erkennen, die auch bei mehr Kompetenz eine gewisse Hilf- und Ratlosigkeit hätten aufkommen lassen. Denn die Regierungen der letzten 30 Jahre haben die Gesundheitspolitik mit schleichender Privatisierung, Entsolidarisierung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems in solche Widersprüche verwickelt, aus denen es keine leichten Auswege gibt. Diese mussten zunächst gefunden werden.

Über die Interessen und Ziele ist man sich, trotz des Getöses, grundsätzlich durchaus einig: Beitragsentlastungen für die Unternehmen (»Kostendämpfung«), Ausbau eines expandierenden und weitgehend privatisierten »Gesundheitsmarktes«, weitere Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und schließlich die Legitimation dieser Politik, die die Interessen der überwiegenden Mehrheit geradezu mit Füßen tritt. Gestritten wird um unterschiedliche Gewichtungen. Wie schwierig das allerdings ist, kann erst vor dem Hintergrund der folgenden drei großen und langfristigen Tendenzen verständlich werden. Dazu muss man über den Rand des Gesundheitswesens hinaus die politisch-ökonomische Entwicklung im Ganzen betrachten.

Seit den späten 1970er Jahren beobachten wir eine **globale Tendenz der Umverteilung**, die in Deutschland vor allem seit Ende der 1990er Jahre besonders stark politisch vorangetrieben worden ist – Stichwort: Hartz IV, Ausweitung des Niedriglohnbereichs. So haben die Bruttolöhne zwischen 2000 und 2008 stagniert (+ 1,0 %), während sie in vergleichbaren Ländern wie Großbritannien um 25,5 % oder Frankreich um 8,4 % gestiegen sind.

Wenn die Löhne als Grundlage der Beitragsberechnung stagnieren, während die GKV-Ausgaben im Tempo des Bruttoinlandsprodukts (BIP) wachsen, muss es zu erheblichen Einnahmedefiziten kommen. Also steigen die Bei-

tragsätze. Das ist die Hauptursache des Finanzierungsdilemmas der GKV, das nicht »Kostenexplosion«, sondern Einnahmeschrumpfung heißen müsste. Die Folgerungen der schwarz-gelben, schwarz-roten und rot-grünen Bundesregierungen lauteten: Ausgabendämpfung durch Leistungsausgrenzung, Selbstbeteiligung, Verbilligungsdruck.

Die zweite, ebenfalls globale Tendenz ist die **Privatisierung öffentlicher Güter und Einrichtungen**. Das geschieht nicht aus Gründen des Allgemeinwohls. Der Druck geht aus von der globalen und nationalen Umverteilung zugunsten der Kapitaleinkommen. So sank in Deutschland der Anteil der Nettolöhne am Sozialprodukt zwischen 1991 und 2009 von 48,1 auf 38,4 %, während die Nettogewinnquote von 29,8 auf 36 % wuchs. Nettolöhne und Sozialeinkommen sind Konsumnachfrage. Diese stagniert und daher auch viele Märkte.

Sinken die Löhne, dann erhöhen sich die Gewinne, die aber bei stagnierenden Absatzmärkten Probleme haben, rentable Anlagemöglichkeiten zu finden. Es häuft sich überschüssiges Kapital, das mit Macht auf neue Anlagemöglichkeiten drängt. Daher die permanenten politischen und ideologischen Offensiven zur Privatisierung.

Im Visier waren von Anfang an die »Filetstücke« des öffentlichen Eigentums (z.B. Telekom, Bahn, Energie, Wasserversorgung), die Sozialversicherungen und einzel-

Bundesarbeitsgemeinschaft
der PatientInnenstellen
(BAGP)

Waltherstr. 16a
80337 München

TELEFON
089 / 76 75 51 31

FAX
089 / 725 04 74

web: www.bagp.de
mail: mail@bagp.de

Sprechzeiten:
Di - Do 13 - 14 Uhr
und AB



**B
A
G
P
Kurzprofil**

Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen bundesweit ihre Ressourcen und Kompetenzen, um als BAGP effektiver handeln zu können. Kern der Arbeit ist die Information, Beratung und Beschwerdeunterstützung von Versicherten und PatientInnen bei gesundheitlichen Fragen und Problemen mit Institutionen oder Anbietern im Gesundheitswesen.

Zentrales Ziel der BAGP ist ein soziales, solidarisches, demokratisches, nicht hierarchisches Gesundheitssystem, in dem PatientInnen und Versicherte gleichberechtigte PartnerInnen sind. Die BAGP setzt sich gemeinsam mit anderen Patientenorganisationen und weiteren BündnispartnerInnen für dieses Ziel ein.

ne öffentlich geförderte bzw. finanzierte Branchen. Deren größte sind die medizinischen Versorgungssysteme, die immerhin etwa ein Zehntel des gesamten BIP ausmachen.

Seit zwei Jahrzehnten feiern die Consulting- Industrie und professorale Propagandisten im Gewande von Sachverständigen den »Zukunftsmarkt Gesundheit« als unaufhaltsam expandierendes Feld für Kapitalanlagen.

Der dritte bedeutende Trend ist die **Entsolidarisierung der GKV**. Während sie bei den »Gesundheitsreformen« der 1980er und 90er Jahre überwiegend als unerwünschte Nebenwirkung angesehen wurde, ist sie inzwischen zu einem eigenständigen politischen Ziel geworden, das besonders von FDP und neoliberalen Medien aggressiv verfochten wird, zu dem aber auch Teile der CDU, SPD und der Grünen mit Wort und Tat beigetragen haben. Das zielt auf Abschaffung der Solidarausgleichsfunktion, Wettbewerb, Selbstbeteiligung, private Zusatz- und Vollversicherung.

In diesem Umfeld hatten sich die Regierungskoalitionäre zu bewegen. Die Auseinandersetzung wurde eröffnet mit der extremistischen, wirtschaftsliberalen Forderung nach einer »Kopfpauschale« zur Finanzierung der GKV. Alle Versicherten müssten die gleiche Beitragssumme bezahlen. Je niedriger also das Einkommen, desto höher faktisch der Beitragssatz.

Das Konzept birgt mindestens drei Probleme in sich: Zum einen ist der **klassenkämpferische Charakter** so unverkennbar, dass es mit erheblichen Legitimationsproblemen für das gesamte Projekt, ja sogar für die Regierungskoalition verbunden ist.

Zweitens würde die Kopfpauschale eine **Spirale nach unten** in Gang setzen, an deren Ende die GKV nur noch eine **schlechte und unterfinanzierte Mindestsicherung** sein wird. Das fördert automatisch die privaten Krankenversicherungen, denn je schlechter die Sozialversicherung, desto mehr Anreiz wird geschaffen zum Abschluss von Privatversicherungen.

Drittens steht das Konzept des wirtschaftsliberalen Gesundheitsministers in schroffem Konflikt zur Finanzpolitik seiner eigenen Regierung. Denn auf einen Schlag umgesetzt, würde die Kopfpauschale einen großen Teil der Bezieher niedriger und mittlerer Einkommen in finanzielle Bedrängnis, wenn nicht Armut stürzen. Daher sieht man es zunächst als unvermeidlich an, Kompensationen aus Steuermitteln zu leisten, um die Höhe der Pauschale zu begrenzen, aber zugleich dem »**Gesundheitsmarkt**« **nicht das Geld zu entziehen**. Für einen halbwegs erträglichen Ausgleich wären jährliche Zuschüsse zwischen 22 Milliarden und 35 Milliarden Euro erforderlich.

Der wohl gewichtigste Konfliktpunkt ist der zwischen den Interessen an Ausgaben- bzw. Lohnsenkungen, die generell von den Arbeitgebern und ihren politischen Helfern verfolgt werden und dem Konzept des »Zukunftsmarkts Gesundheitswirtschaft«. Will man unter gegebenen Bedingungen die

Beiträge drücken, werden die Möglichkeiten, auf Gesundheitsmärkten Kapital rentabel zu investieren, stark beeinträchtigt. Den Akteuren stellte sich also die Frage, wie man den Arbeitgebern etwas zukommen lassen kann, ohne es den Anbietern von Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens abzunehmen.

Der Regierungsbeschluss zur neuen Gesundheitsreform enthält Lösungen, die jedem der genannten Interessen etwas bieten:

1. Die Interessen der Unternehmen an noch **niedrigeren Lohnkosten** werden bedient, ohne der Gesundheitswirtschaft etwas zu nehmen. Der Interessenkonflikt wird entschärft zu Lasten Dritter, nämlich der Sozialversicherten. Ab 2012 soll der Arbeitgeberanteil am allgemeinen Beitragssatz der GKV auf 7,3 % des Bruttolohns begrenzt werden.
2. Die Interessen des »**Zukunftsmarktes Gesundheit**« werden folgendermaßen berücksichtigt: Die sich – bei weiterhin stagnierenden Löhnen – auftuende Lücke zwischen den Einnahmen des Gesundheitsfonds bzw. der GKV plus dem fixen Bundesanteil von 14 Milliarden Euro ab 2012 und den Gesamtausgaben würde geschlossen durch einen Zusatzbeitrag der Arbeitnehmer und Rentner.
3. Dem Verlangen nach konsequenter **Fortsetzung der Entsolidarisierung** kommt man entgegen – durch einen, zunächst noch moderaten, Einstieg in die nach oben offene Kopfpauschale. Denn die Kassen werden verpflichtet, diesen Zusatzbeitrag nicht als Prozentsatz vom Einkommen, sondern als einheitliche Summe zu erheben. Für Bedürftige soll ein gewisser Ausgleich aus Steuermitteln

konzipiert werden, der erfahrungsgemäß im Laufe der Jahre unter die Räder der »Haushaltskonsolidierung« kommen wird.

4. Auch die **Versicherungswirtschaft** kommt nicht zu kurz: Neben den hohen Beiträgen werden weitere, noch nicht explizit beschlossene, Selbstbeteiligungen, Leistungsausgrenzungen und bürokratische Kleinlichkeiten die GKV so unattraktiv machen, dass der Markt für private Zusatz- und Vollversicherungen expandieren wird. Je mehr das geschieht, desto geringer wird dann auch das politische Gewicht der GKV, der die Mittelschicht davonlaufen wird. Sie wird tendenziell zu einer **unterfinanzierten Mindestsicherung degenerieren, wie es von den Wirtschaftsliberalen aller Couleur seit langem angestrebt wird, ähnlich dem Medicaid-System in den USA**. Das wiederum kommt dem Gesundheitskapital und den Ärzten entgegen, denn diese haben es dann nicht mehr mit Krankenkassen und somit einem Gegengewicht zu tun, sondern mit **individuellen Patienten**, die man bereits heute realistischerweise als **Kunden** bezeichnet.

Dieser Weg wird – über die aktuelle Gesundheitsreform hinaus – so lange fortgesetzt werden, wie die Arbeitnehmer und Rentner dieser Republik es sich bieten lassen.

PD Dr. Hagen Kühn
ehemaliger Leiter
der Forschungsgruppe
Publik Health beim
Wissenschaftszentrum Berlin

Gekürzt aus Bioskop Nr. 51, September 2010.

Hrg. Erika Feyerabend
Den ganzen Artikel finden Sie unter www.bioskop-forum.de

