



EINE für ALLE –

Wie uns eine Solidargemeinschaft
für alle mehr Gesundheit für
weniger Geld bringt.



EINE für ALLE

Stand 25.06.2013

In diesem ebook erfahren Sie unter anderem:

- wie Sie Ihre Gesundheitskompetenz erhöhen
- und dadurch Ihre künftigen **Beiträge senken.**

Kurz: Mehr Gesundheit für weniger Geld.

**„Gesundheitswesen gestalten –
Gesundheit erhalten.“**

Inhaltsverzeichnis:

1. Worum geht es in diesem ebook? S.4

1.1. Wer bin ich, was ist mein Anliegen und worum geht es in Kurzform? S. 4

2. In was für einer Welt wollen wir leben? S. 8

2.1. Was ist meine Sicht der Welt? S. 8

2.2. Welche Trends zeichnen sich für unsere Zukunft ab? S. 10

2.3. Warum erzähle ich Ihnen das alles? S. 19

2.4. In welcher Welt möchten **Sie** leben? S. 19

3. Wie ist der aktuelle Stand im Gesundheitswesen? S. 20

3.1. Was versteht man unter Gesundheitswesen? S. 20

3.2. Worin unterscheidet sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von der privaten Krankenversicherung (PKV)? S. 25

3.3. Wo sehe ich in diesen beiden Systemen die Vor- und Nachteile? S. 34

3.4. Wo sehe ich die Schwächen, die sich durch dieses duale System ergeben?
S. 38

3.5. Wie hat sich das duale System durch die letzte Gesundheitsreform verändert? S.42

3.6. Welche Krankenversicherungsformen gibt es weltweit und wie steht Deutschland im internationalen Vergleich? S. 43

4. Worauf steuern wir zu, wenn wir so weitermachen? S. 46

4.1. Welche Entwicklung sieht Professor Beske vom www.igsf.de bis 2060? S. 46

4.2. Prognosen anderer Wissenschaftler S. 47

4.3. Wie versucht man im bisherigen System gegenzusteuern? S. 48

4.4. Was plant die Politik für die Zukunft? S. 53

4.5. Wer profitiert eigentlich von steigenden Kosten im Gesundheitswesen? S. 55

4.6. Was sind die entscheidenden Krankheitserzeuger und Kostentreiber? S. 63

5. Stärkung der Gesundheitsförderung S. 67

5.1. Gesundheitsförderung in Abgrenzung zur Prävention S. 67

5.2. Verhaltens- und Verhältnisprävention S. 68

5.3. Kritik an der Prävention S. 69

5.4. Gesundheitsförderung S. 70

5.5. Gesunde Lebensweise S. 71

5.6. Die besten Tipps finden Sie in der Infothek S. 72

6. Ganzheitliche Gesundheitsversorgung S. 72

6.1. Was ist Gesundheit und was ist Krankheit? S. 72

6.2. Ganzheitlicher Psychosomatischer Ansatz S. 75

6.3. Komplementärmedizin als wichtige Ergänzung S. 76

6.4. Wie kann ein neues Bewusstsein zum Thema Heilung aussehen? S. 81

6.5. Wie kann die Gesundheitsversorgung vor Ort organisiert werden? S. 87

7. Welche Vorteile bietet die „EINE für ALLE“? S. 88

7.1. Wie lautet die Aufgabenstellung? S. 88

7.2. Was sind die Grundprinzipien bei EINE für ALLE? S. 88

7.3. Wie ist die EINE für ALLE aufgebaut und organisiert? S. 91

7.4. Wie berechnen sich die Beiträge? S. 106

7.5. Welche Leistungen werden übernommen? S. 114

7.6. Was hat es mit dem „Gesundheitskonto“ auf sich? S. 121

7.7. Was kann man sich durch die EINE für ALLE sparen? S. 122

7.8. Welches Selbstverständnis, welche Werte und Ziele gibt es im neuen System? S. 125

8. Wie kann mehr Gesundheit mit weniger Geld jetzt gelingen? 127

9. Wie geht es weiter? S. 128

Anhang: Literaturliste S. 131

1. Worum geht es in diesem ebook?

1.1. Wer bin ich, was ist mein Anliegen und worum geht es in Kurzform?

Im Jahr 1973 wurde ich in Regensburg geboren. Während der Berufsfindung erfuhr ich das Motto der Versicherungswirtschaft: „**Einer für alle – alle für einen.**“ Das traf mich mitten ins Herz. Ich dachte mir: `Eine starke Gemeinschaft, in der füreinander gesorgt wird, wenn einem etwas passiert. Das gefällt mir. Diesen Beruf will ich lernen und keinen anderen´. So begann ich 1990 die Ausbildung zur Versicherungskauffrau (IHK). Im Jahr 2004 schloss ich eine Ausbildung zur **Mediatorin** ab. Von 2006 bis 2008 absolvierte ich die Fortbildung zur **Versicherungsfachwirtin (IHK)**. Von 1993 bis 2011 arbeitete ich im Versicherungsvertrieb eines der größten Versicherungskonzerne Deutschlands mit dem Schwerpunkt Private Krankenversicherung. Von 2001 bis 2006 als Geschäftsstellenleiterin in Regensburg und von 2006 bis 2011 als Leiterin der Vertriebsförderung in Nürnberg. Dort lernte ich die unterschiedlichsten Facetten dieser Sparte sehr detailliert kennen. Das Credo „Einer für alle – alle für einen“ begleitet mich mittlerweile seit über zwei Jahrzehnten in diesem Beruf. Nur leider wird dieses Motto oft nicht so gelebt, wie ich mir das vorstelle. Vor allem nicht im Vertrieb.

Die systembedingte „Gehirnwäsche“ sieht in der privaten Krankenversicherung (PKV) vor, dass die private Krankenversicherung `natürlich´ dem System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überlegen ist. Als ich genauer hinsah, entdeckte ich auf beiden Seiten viel Licht und Schatten. Anfang 2010 erkannte ich dann in der privaten Krankenversicherung - und vor allem im Vertrieb - so viel Schatten, dass ich mir ernsthaft die Sinnfrage stellte. Mir fiel es aus ethischen Gründen immer schwerer, meinen Beruf auszuüben. Mein Eindruck war, dass wir – vor allem im Vertrieb, aber auch in anderen Bereichen – den KundInnen häufig mehr schadeten als nutzten.

Im März 2010 überlegte ich mir deshalb, wie denn ein Krankenversicherungssystem in Deutschland aussehen würde, wenn ich das jetzt so völlig frei erfinden könnte. Im Nu fielen mir die wichtigsten Eckpunkte dazu ein:

- es sollte **eine** starke **Solidargemeinschaft für alle** sein (da war es wieder...)
- die **Stärken** von GKV und PKV sollten darin **vereint** sein
- das bisherige duale System von GKV und PKV wird durch die starke Gemeinschaft **EINE für ALLE** abgelöst
- die Rechtsform ist am besten eine **Genossenschaft**
- die Beiträge werden fair nach dem **tatsächlichen** Einkommen berechnet
- für **jede** Person wird ein Beitrag bezahlt
- die Leistungen sind für alle Mitglieder **gleich**
- Bekenntnis zur **Komplementärmedizin** und zum gleichberechtigten Nebeneinander von alternativen Heilmethoden und Schulmedizin
- Bekenntnis zum **ganzheitlichen psychosomatischen** Ansatz einer Einheit von Körper, Geist und Seele
- Alterungsrückstellungen werden für **alle** gebildet
- eine Solidargemeinschaft, die sich **ohne** Steuerzuschüsse trägt
- mit dem **Gesundheitskonto** kann jede/r zusätzlich Geld für seine Gesundheit ansparen und eigenständig verwenden. Dorthin erhält man auch eine **Beitragsrückerstattung**, wenn man gesund ist.
- die Verwaltung erfolgt **modern, onlinebasiert und effizient**
- die MitarbeiterInnen sind an ihren attraktiven Arbeitsplätzen motiviert und erfüllen flächendeckend hohe **Servicestandards**

Ziel: im Ergebnis führt dies zu **mehr Gesundheit und Lebensqualität bei sinkenden Kosten.**

In einem kreativen Flow-Zustand sah ich dieses EINE für ALLE-Gebilde plötzlich ganz genau vor mir. Begeistert von dieser Idee erstellte ich in den folgenden Monaten ein Konzept, das sich seither in Form dieses ebooks dynamisch konkretisiert und verbessert. Im Laufe der Zeit kristallisierte sich immer mehr heraus, dass es mir ein großes Anliegen ist, diese Idee deutschlandweit zu verbreiten und somit in die öffentliche Diskussion einzubringen. Dafür habe ich

Anfang 2012 meinen bisherigen Beruf an den Nagel gehängt und diese Initiative gegründet. Um die Idee der EINE für ALLE umzusetzen halte ich es für wichtig, dass alle Beteiligten aufeinander zugehen und dabei ihre Ängste, die zu Mangeldenken und Gier führen, überwinden.

Ich bin weder Wissenschaftlerin, Politikerin noch Medizinerin. Ich will als Impulsgeberin die Bevölkerung, die im Gesundheitswesen Beteiligten und die Politik zu diesem überfälligen Systemwechsel anstiften. Ich bin weder parteipolitisch noch religiös motiviert und das Konzept lässt sich keinem politischem Lager zuordnen.

Als Mensch mit Herz und Verstand habe ich einfach große Lust darauf, diesen Prozess anzustoßen und die nächsten Jahre zu begleiten. Mir ist es wichtig, Mut zu machen, positiv in die Zukunft zu blicken und Lösungen zu finden, die funktionieren.

Nur wenig in diesem ebook ist meine „Erfindung“. Vielmehr habe ich vorhandenes Wissen neu kombiniert und an den jeweiligen Stellen die Quellen angegeben. Bei Unklarheiten zu Aussagen bitte ich um Information, damit wir das einvernehmlich klären können. Über konstruktives Feedback freue ich mich.

Übrigens habe ich die Initiative im November 2012 umbenannt. Die vorherige Bezeichnung „Deutsche Gesundheitsversicherung“ weckte ganz erheblich die falschen Assoziationen. Denn nein, ich will Ihnen keine Versicherung verkaufen, die es schon gibt. Deshalb änderte ich den Namen der zu gründenden Organisation auf „EINE für ALLE“ und die Initiative in „Mehr Gesundheit für weniger Geld“. Denn für einen sinnvollen Wandel braucht es mehr als nur den Umbau des Krankenversicherungssystems. Denn ganz ehrlich: die Chemotherapie wird jetzt in der GKV und der PKV gezahlt, ebenso wie vermutlich übermorgen in der Bürgerversicherung oder in der EINE für ALLE. Gehen wir also einen Schritt zurück und fragen uns: gibt es vielleicht eine Alternative zur Chemotherapie, die möglicherweise sogar besser wirkt und günstiger ist? Und wenn wir noch einen Schritt an den Anfang zurückgehen, dann fragen wir uns: hätte diese Krebserkrankung nicht sogar verhindert werden können? Und so ergibt sich für mich eine notwendige Dreiteilung in diese Ziele:

- 1. Stärkung der Gesundheitsförderung und unserer Gesundheitskompetenz**
- 2. Ganzheitliche Gesundheitsversorgung**
- 3. Finanzierung über EINE für ALLE.**

Aus dieser Erkenntnis resultieren die drei Ziele der Initiative mit dem Hinweis auf die Bereiche der Webseite www.Mehr-Gesundheit-fuer-weniger-Geld.de :

1. Alle Menschen einzuladen, die Verantwortung für die eigene Gesundheit liebevoll und eigenmächtig zu übernehmen. Damit stärken Sie Ihre Gesundheitskompetenz und werden unabhängiger vom Gesundheitswesen. (siehe [Infothek](#), [gut finden und mitmachen](#))
2. Die AkteurInnen im Gesundheitswesen zu ermutigen, das Wohl der Menschen in den Mittelpunkt zu stellen und nicht die Profitgier. (siehe [Infothek - für Profis](#))
3. Die Politik zu inspirieren, hierfür die geeigneten Rahmenbedingungen für uns alle zu schaffen (siehe [EINE für ALLE - das ebook](#)).

„Mehr Gesundheit für weniger Geld“ ist übrigens kein Widerspruch. Öffnen wir uns für Möglichkeiten, in denen mehr Empathie, alternative Behandlungsmethoden oder eine unterstützende Haltung gegenüber den Mitmenschen zur Praxis werden um unsere Gesundheit zu erhöhen. Erheben wir solidarische Beiträge und verändern wir systembedingte Fehlanreize, die zu einem unnötigen Abfluss unserer Beiträge führen, um Geld zu sparen.

Es gibt Aussagen darüber, dass genug Geld im Gesundheitswesen vorhanden ist, um alle angemessen behandeln zu können – ebenso wie es auf der Welt mehr Übergewichtige als Hungernde gibt. Lassen Sie uns also versuchen diese Waage etwas mehr in Balance zu bringen.

2. In was für einer Welt wollen wir leben?

2.1. Was ist meine Sicht der Welt?

Bevor wir detaillierter in das Thema Gesundheitswesen und meine Vorschläge dazu einsteigen, will ich Ihnen aufzeigen, wie ich mir unsere Zukunft vorstelle und welchen Werten ich hier besondere Bedeutung beimesse. Somit wird leichter vorstellbar, in welchem gesellschaftlichen Kontext sich dieses neue Gesundheitswesen bewegen soll. Ich vermute, es reicht nicht aus, nur an einem Zahnrad „Krankenversicherungssystem“ zu drehen. Denn die Art, wie wir miteinander umgehen, arbeiten und unsere Umwelt behandeln wirkt sich maßgeblich auf unsere Gesundheit aus.

2.1.1. An erster Stelle stehen für mich die **Grundbedürfnisse**, die bei allen Menschen gleich sind, erfüllt werden wollen und somit einen gemeinsamen Nenner darstellen. Dazu zählen giffreie, biologisch erzeugte Lebensmittel zu angemessenen Preisen, Zugang zu kostenlosem sauberen Trinkwasser und ausreichend Schlaf. Ein trockenes, warmes Dach über dem Kopf sowie etwas materielle und soziale Sicherheit dürfen ebenfalls nicht fehlen. Vor allem Nahrungsmittel müssen gerecht und sinnvoll verteilt werden. Es kann nicht angehen, dass – wie bisher – bis zu 50 % der produzierten Lebensmittel in den Industrienationen auf dem Müll landen (siehe der Film „taste the waste“). Damit könnten alle Hungernden der Welt zweimal satt werden!

2.1.2. Als weiterer globaler gemeinsamer Nenner sind mir die **Menschenrechte** sehr wichtig. Hier insbesondere die Gleichberechtigung von Männern und Frauen, die Meinungsfreiheit und die körperliche Unversehrtheit. Im „Internationalen Pakt über Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte“ wird in Artikel 12 sogar ausdrücklich das Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit sowie das Recht auf medizinische Versorgung für jede/n erwähnt. An diesen Pakt ist die BRD seit dem 03.01.76 gebunden. Das Recht auf die freie (**Nicht**)Wahl der **Religion** finde ich ebenfalls wichtig. In den meisten Religionen wird den Frauen generell eine minderwertigere Rolle zugeordnet. Von daher führt die Ausübung der Religion oft zu Unterdrückung und Verletzung der

körperlichen Unversehrtheit von Frauen. Hier bewerte ich eindeutig das Recht auf Gleichberechtigung und körperliche Unversehrtheit von Frauen höher als das Recht auf die freie Religionsausübung.

2.1.3. **Gelebte (!) Demokratie und soziale Marktwirtschaft** halte ich für die beste Regierungs- und Marktform. Für lebendig halte ich eine Demokratie dann, wenn sie sich nicht nur auf das Ausüben des aktiven Wahlrechts alle vier Jahre bezieht.

2.1.4. **Gewaltfreiheit** sowohl auf körperlicher, wie auf sprachlicher Ebene.

Das Erlernen der **gewaltfreien Kommunikation** nach Marshall Rosenberg bereits ab dem frühen Kindesalter halte ich für überaus hilfreich und gemeinschaftsfördernd. Viele Konflikte lassen sich damit lösen beziehungsweise entstehen erst gar nicht. Dabei geht es um eine einfühlsame und wertschätzende Grundhaltung, bei der man stets mit seinen eigenen Gefühlen und Bedürfnissen und denen des Gegenübers in Kontakt bleibt.

2.1.5. Die **Mediation wird das erste Mittel der Wahl für eine friedliche Konfliktlösung** und löst damit mehr und mehr die Gerichtsverfahren ab. Kennen Sie auch den Satz: Recht haben und Recht bekommen sind zwei Paar Schuhe? Gesetz und Gerechtigkeit haben oft nicht viel gemeinsam. Deshalb ist es wichtig, freiwillig, mit Hilfe von allparteilichen Dritten einvernehmliche Lösungen zu finden, bei denen jede/r gewinnt. Voraussetzung dazu ist die freiwillige Bereitschaft die Gefühle und Bedürfnisse zu klären, die zum Konflikt geführt haben. Danach ergibt sich die Lösung auf der Sachebene meistens ganz von selbst. Die Mediation ist in allen Lebensbereichen anwendbar.

2.1.6. Die Suche nach **starken, tragfähigen Gemeinschaften** hat mich zu meinem Beruf gebracht. Sie lassen sich jedoch überall finden. Von der Wahl-Großfamilie über Vereine, Freundeskreise, Tauschringe, vernetzte Selbstversorgungsgärten, Selbsthilfegruppen bis zu Mehrgenerationen-Wohnprojekten. Dabei geht es mir darum, sich zuerst selbst bzw. in der Gemeinschaft zu helfen. Nur wenn das gar nicht mehr geht, wird der Staat bzw. die Sozialversicherung um Hilfe gebeten

(Subsidiaritätsprinzip). Ich habe den Eindruck, dass solche regionalen

und überregionalen Gemeinschaften in Zukunft zahlreicher entstehen, stärker werden und an Bedeutung gewinnen, was ich sehr begrüße. Für den dauerhaften Bestand von Gruppen aller Art ist eine gemeinsame Vision sehr wichtig, also die „gemeinsame Sache“. Für sehr bedeutsam und zielführend halte ich die **Transition Town Initiativen**, die sich aus Groß Britannien kommend bereits in über 70 deutschen Städten gegründet haben. Das Ziel der Initiativen ist die regionale Unabhängigkeit. Mehr dazu unter www.transition-initiativen.de.

2.1.7. **Schonender Umgang mit Umwelt und Ressourcen.** Wenn alle Menschen auf der Welt nach unserem westlichen Standard leben möchten, bräuchten wir fünf Planeten wie die Erde, um die Versorgung sicherzustellen (siehe der Film „Eine unbequeme Wahrheit“ von Al Gore).

2.1.8. Wir sollten **aufhören, über unsere Verhältnisse** und „auf Pump“ **zu leben**. In dieser Haltung lag vermutlich die Ursache für die globale Finanzkrise. Wir leisten uns künftig nicht mehr einfach jeden Konsum, unabhängig davon, wie viel Geld wir zur Verfügung haben. Sondern wir schauen zuerst, was wir **wirklich** brauchen und wie weit wir mit unserem Geld kommen.

2.2. Welche Trends zeichnen sich für unsere Zukunft ab?

(Quelle: überwiegend Martin Schmidt-Bredow von www.zeitbank.net)

2.2.1. Das Zeitalter der **Industrialisierung** geht dem Ende zu. Das erkennt man daran, dass dessen Erscheinungen immer destruktiver werden. Von der Umweltverschmutzung und Ausbeutung von Mensch und Umwelt durch Großkonzerne bis zur erneuten Finanzmarktkrise.

2.2.2. Es findet ein globaler **Paradigmenwechsel** statt: In allen menschlichen Zusammenhängen findet ein Übergang von **Machthierarchien** (ungleichberechtigt und abhängig) zu **Netzwerken** (gleichberechtigt und eigenverantwortlich) statt. Das betrifft die Paarbeziehung genauso wie Arbeitszusammenhänge oder Verbände. Dieser Entwicklungssprung in die postindustrielle Gesellschaft bringt momentan viele Turbulenzen mit sich.

Das bedeutet: die Kraft von machthierarchisch strukturierten Organisationsformen wie Staaten, Parteien, der Kirchen, des Militärs, der Wirtschaft etc. wird schwächer und die Kraft der **zivilgesellschaftlichen** Gruppen (NGO´s etc.) und der **dezentralen Netzwerke** stärker. Das heißt, der Mensch wird eine neue Beziehung zu sich selbst und zur Welt finden.

„Unsere Welt wird in wenigen Jahrzehnten von der heutigen so verschieden sein, wie die heutige von der des Mittelalters.“

(Prof. Peter Molzberger).

2.2.3. Durch die **Vernetzung** – vor allem im Internet – entstehen viele gelebte **demokratische Bewegungen** wie www.avaaz.org, www.attac.de oder www.campact.de.

2.2.4. Wir können uns von einer oberflächlichen zu einer **gelebten Demokratie** entwickeln. Das ist vor allem im Hinblick auf ein effizienteres Gesundheitswesen sehr wichtig. Frances Moore Lappè erklärt in ihrem Buch „Packen wir´s an!“ den Unterschied – und wohin er führen kann – sehr gut:

2.2.4.1. „Die **Abwärts-Spirale des Machtentzugs** setzt einen Mangel an Gütern und Güte voraus. Daraus folgen diese Glaubens- und Handlungsmuster:

- Die menschliche Natur ist egoistisch, konkurrenzbetont und materialistisch.
- Somit sind wir unfähig, gemeinsam Gutes hervorzubringen und
- wir müssen der Regierung misstrauen und einem unpersönlichen, festgelegtem Gesetz – dem Markt – vertrauen, um soziale Ergebnisse zu erhalten.
- Die Marktwirtschaft arbeitet nur, vom größtmöglichen Gewinn angetrieben, der zu bereits bestehendem Vermögen dazu kommt.
- Wohlstand konzentriert sich unaufhaltsam.

- Konzentrierter Reichtum infiziert und verbiegt dann die politischen Entscheidungsfindungen, so dass das Machtungleichgewicht sich verschlechtert.
- Dies erzeugt einen Mangel an Fülle und mit ihm unnötiges Leid und die Zerstörung der natürlichen Welt.
- Angst, Depression und Gewalt verbreiten sich.
- Konkurrenz und Konsumverhalten intensivieren sich und unsere Ökologie kollabiert – Das verstärkt wiederum die einschränkende Voraussetzung.

2.2.4.2. Die **Aufwärts-Spirale der Ermächtigung** geht allerdings von Gütern und Güte im Überfluss aus. Daraus folgt:

- In der menschlichen Natur sind tiefe Bedürfnisse nach Fairness, Kooperation, Effektivität und Sinn vorhanden.
- Somit sind wir fähig, uns die Fertigkeiten des bewussten Problemlösens anzueignen, womit Demokratie nicht länger eine festgelegte Struktur, sondern eine sich entwickelnde, wertgetriebene Kultur wird, die wir kreieren.
- Regeln, demokratisch festgelegt, belassen Wohlstand weitläufig verteilt.
- So können Märkte offenbleiben, wettbewerbsfähig und dem Leben dienend sowie von demokratischen Verfassungen unterstützt.
- Politische Entscheidungsfindungen sind vom Einfluss des Reichtums befreit.
- So erhalten mehr und mehr Menschen eine Stimme beim Lösen von Problemen.
- Die Kraft, Probleme zu lösen, Beziehungen und Hoffnung vermehren sich.
- Dies unterstützt den Fortschritt in Richtung der Bereinigung von lokalen bis globalen Krisen dies wiederum begünstigt die befreiende Voraussetzung.“

Fokussieren wir deshalb lieber auf die positive Aufwärtsspirale.

2.2.5. Die Menschen werden zunehmend **integer** (eigene Wertvorstellungen werden wirklich gelebt) **und authentisch** (Übereinstimmung von Fühlen, Denken, Reden und Handeln) leben wollen. Die Sinnfrage erhält in der Erwerbsarbeit künftig einen höheren Stellenwert als ein hohes Einkommen. Wenn mehr Menschen mit Spaß und Freude und innerem Antrieb um der gemeinsamen Sache Willen im Team arbeiten, sind durch starke **Synergieeffekte** bis zu 30-fach bessere Arbeitsergebnisse möglich. Dazu ist sehr viel Vertrauen nötig. Man kann es mit Schwimmen lernen vergleichen. Erst kann man sich gar nicht vorstellen, wie das gehen soll. Man muss es erleben und dann geht es wie von selbst und man kann gar nicht mehr anders (nach Prof. Peter Molzberger).

2.2.6. Momentan mögen zwar noch **betriebswirtschaftliche Ziele** im Vordergrund stehen. Die Bedeutung von **Sozialem** und der **Umweltverträglichkeit** nehmen jedoch stetig zu. Das Streben nach kurzfristigem Profit nimmt immer mehr ab. Deshalb erhöht es momentan noch das Bruttoinlandsprodukt, wenn ein Bauer Schweine züchtet, aber nicht, wenn eine Mutter ein Kind großzieht. Vielleicht gewinnt hier bald der „Happy Planet Index“ (HPI) oder das „Bruttonational-glück“ (BNG) eine höhere Bedeutung. Bei diesen Indizes wird die Zufriedenheit einer Nation ermittelt und im internationalen Vergleich bewertet. (siehe Wiki)

2.2.7. **Gleichberechtigter Einfluss von Frauen.** 60 % der AbiturientInnen in Deutschland sind derzeit weiblich. Trotzdem hat Deutschland weniger **Frauen** in Führungspositionen als beispielsweise Brasilien, China oder Russland. Und Frauen verdienen in Deutschland für die gleiche Arbeit teilweise noch bis zu 25 % weniger. Diese unsäglichen Missstände müssen sich in Deutschland dringend verbessern.

2.2.8. Die **Schere zwischen arm und reich** geht momentan noch immer weiter auseinander. So hat die Mittelschicht in Deutschland seit 2003 einen Einkommensrückgang von 20 % und die Unterschicht sogar von 40 % zu verkraften.

Die englisch-amerikanischen Sozialepidemiologen Richard Wilkinson und Kate Pickett haben in zahlreichen Studien nachgewiesen, dass **große Einkommensunterschiede zu einem gravierendem Anstieg von gesundheitlichen und sozialen Problemen führen**, die zwei- bis zehnfach höher sein können, als in Gesellschaften, Regionen oder Kommunen mit geringeren Einkommensunterschieden. Von diesen Problemen sind **nicht nur die ärmeren Bevölkerungsschichten betroffen**, weil Einkommensunterschiede meist nicht direkt, sondern über die damit verbundenen Unterschiede im sozialen Status (mehr Dominanz, Unterwerfung, Konkurrenz und Verlust an sozialen Kontakten) als Stressfaktoren auf Psyche und Gesundheit der Betroffenen wirken. **Hiervon sind auch die Reichen betroffen.**“ Bei Reicheren nimmt Angst vor Übergriffen durch weniger Begünstigte zu und wirkt sich schädigend auf die Gesundheit aus. Der Zusammenhang zwischen Armut und erhöhter Krankheitsanfälligkeit ist längst bekannt. Fazit: Je höher die soziale Gerechtigkeit, desto mehr Lebensqualität. Und je größer der Unterschied zwischen Arm und Reich, desto weniger Lebensqualität – auch für die Reichen! Diese Entwicklung der Einkommensspreizung gilt es aufzuhalten und wieder mehr in Balance zurück zu bringen. Wir nehmen zwar noch einen Mittelfeldplatz ein, allerdings mit einem deutlichen Trend zur Verschlechterung nach rechts oben.

Health and Social Problems are Worse in More Unequal Countries

- Index of:**
- Life expectancy
 - Math & Literacy
 - Infant mortality
 - Homicides
 - Imprisonment
 - Teenage births
 - Trust
 - Obesity
 - Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
 - Social mobility



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk 

2.2.9. Aufgrund der **Finanzmarktkrisen** erkennt man, dass nicht das Geld arbeitet, sondern Menschen und Firmen. Die Finanzwirtschaft produziert nichts, sondern beutet die KreditnehmerInnen aus. Dies wird von immer mehr AnlegerInnen erkannt, die künftig weniger Wert auf Anlageformen mit hohen **Verzinsungen** legen, sondern vermehrt ökologische und ethische Anlageprodukte und –unternehmen wählen. Dies ist darüber hinaus der Grund, weshalb beispielsweise das Anti-Globalisierungs-Netzwerk *attac* vorschlägt, in der Wirtschaft ganz auf Zinsen zu verzichten. „**An den Zinsen verdienen nur 10% der Bevölkerung. 90% der Menschen verlieren über die Zinsen, die in allen Preisen enthalten sind.**“ (Prof. Margrit Kennedy) Deshalb ist auch die aktuelle breit angelegte Kampagne www.umfairteilen.de so wichtig.

2.2.10. Der Glaube daran, dass ein **ständiges Wirtschaftswachstum** notwendig sei, wird zunehmend in Frage gestellt. Die Märkte in der BRD sind seit etwa 30 Jahren gesättigt. Jetzt industrialisieren wir noch die Schwellenländer und machen die BewohnerInnen dort zu KonsumentInnen. Und dann? Wir fragen uns, wie denn eine Wirtschaft ohne Wachstum funktionieren könnte. Sie kann. Allerdings nicht mit Zinsen. Das Schlagwort „**Wachstumsrücknahme**“ werden wir in diesem Zusammenhang künftig öfter hören. Dr. Rüdiger Dahlke vergleicht das Wirtschaftswachstum mit einem wuchernden Krebsgeschwür: „Noch ernüchternder aber ist die sich aufdrängende Einsicht, dass wir selbst der Krebs der Erde sind. Das Wachstum unserer Wirtschaft ist ebenso wahnsinnig wie das des Krebses. Die Zuwachsraten sind enorm, aber das Unternehmen hat kein erreichbares Endziel. Fortschritt zielt auf neuen Fortschritt und damit prinzipiell in die Zukunft und aus unserer Reichweite. Auch der Krebs hat ein unrealistisches Ziel. Es liegt in seinem Schatten und ist der Untergang des Organismus. Wären wir ehrlicher, müssten wir uns eingestehen, dass das letzte Ziel unseres Fortschritts ebenfalls der Untergang des Organismus Erde ist.“

Deshalb sollten wir uns auf die Natur zurückbesinnen. Dort verlaufen die Prozesse **nicht linear sondern zyklisch und ausgewogen.**

- 2.2.11. Einige ManagerInnen denken bereits um und **wirtschaften nachhaltiger**. Eine kritische Masse von 3 – 5 % kann unsere gesamte Wirtschaft herum reißen und menschlicher machen.
- 2.2.12. **Arbeitsplätze** werden menschenfreundlicher durch Gesundheits-management am Arbeitsplatz und einer Work-Live-Balance-Planung.
- 2.2.13. Es wird weniger Menschen in **Vollzeitbeschäftigung** geben und mehr in Teilzeit- und Minijobs. Deshalb werden sich viele Singlehaushalte (in 2010: 41 % aller Haushalte!) aus ökonomischen Zwängen zusammenschließen. Alternativ wird zeitweise dazuverdient, in Netzwerken per Zeitwährung bezahlt oder durch Tausch Geld gespart (z.B. www.tauschticket.de).
- 2.2.14. **Alternative Wohn- und Wirtschaftsformen** werden weiter entstehen. Haushaltsgrößen von 15 – 50 Menschen **aller Generationen** in Wahlfamilien sind sinnvoll. Mit unterschiedlichen Dienstleistungen und Wertschöpfungen trägt sich die Gemeinschaft selbst. Das wird eine Antwort auf das kommende Pflegeproblem, die fehlenden Kindergartenplätze und vieles mehr. Die Kinder erfahren mehr Spaß und Betreuung und profitieren vom reichen Erfahrungsschatz der Wahl-Großeltern und Tanten. Die Eltern können beruhigt Arbeiten gehen und die Älteren haben eine sinnvolle Aufgabe indem sie ihre Lebenserfahrung an die Jüngeren weiter geben. In einem Alters- oder Pflegeheim der heutigen Art möchte ich nicht alt werden.
- 2.2.15. Auf dem Weg zu den neuen Wohnformen können wir bereits mit aktiver **Nachbarschaftshilfe** beginnen. Die Freiwilligenagenturen entstehen in Stadt und Land und wachsen weiter. Hier bringen sich momentan hauptsächlich Frauen ein, aber auch Männer können ehrenamtlich etwas für die Gemeinschaft tun.
- 2.2.16. Der **Fleischkonsum** wird sinken. Warum? Immer mehr Menschen wollen nicht mehr für die Massentierhaltung verantwortlich sein. Für die Produktion von einem Kilo Fleisch benötigt man etwa 6 – 10 Kilo Pflanzen und ca. 5.000 Liter Wasser. Fleisch ist

gesundheitsschädlich und erhöhter Konsum erhöht das Krebsrisiko
(Quelle: Vernon Coleman).

2.2.17. Es wird eine 180°-Wendung von „immer-mehr-produzieren-und-konsumieren“ hin zu „weniger-verbrauchen-und-Lebensqualität-sichern“ geben. Der **Lebensmodus** wird sich vom „Tun“ und „Haben“ mehr zum „Sein“ entwickeln. Dabei hinterfragt man den Konsum kritisch. Der Trend geht zur Einfachheit und einem Stil von „weniger ist mehr“. Das kreative Potenzial wird dadurch größer. Den Begriff „**Suffizienz**“ wird man in diesem Zusammenhang künftig öfter hören. Unter Suffizienz versteht man die Frage nach dem rechten Maß und dem niedrigeren und anderen Verbrauch von Ressourcen.

2.2.18. **Alternative Energieformen** werden sich durchsetzen und wir werden weniger Energie verbrauchen. Der Umstieg zu einem Ökostromanbieter (www.oekostrom-anbieter.info) ist jetzt schon kinderleicht. Damit erreicht jede/r sofort den Ausstieg aus der Atomenergie. Gerade nach dem Reaktorunglück von Fukushima erhielten diese Anbieter regen Zulauf.

Bei *Greenpeace energy* gibt es übrigens seit 01.10.11 mit „Windgas“ eine ökologische Alternative zum bisherigen Erdgas.

2.2.19. Wir können ein stärkeres Gefühl von **Fülle** entwickeln, obwohl wir objektiv über weniger Mittel verfügen. Nur der defizitäre Blick bedingt ein Gefühl von Mangel.

2.2.20. Für Personen mit Nahtoderfahrung lautet übrigens die relevante Frage nach dem Sinn des Lebens: „**Hast du es geschafft Liebe in die Welt zu bringen?**“

2.2.21. Wir haben uns von JägerInnen und SammlerInnen zu sesshaften BäuerInnen entwickelt, arbeiteten uns durch die Industrialisierung und bringen gerade das Informations- und Wissenszeitalter hinter uns. Vermutlich werden in der nächsten Gesellschaftsform Werte wie **Gesundheit, Gemeinschaft und Kommunikation** eine bedeutende Rolle spielen. Und ganz klar: **Kooperation statt Konkurrenz!** Die

Grundlagen hierfür sind **Verständnis** und **Empathie**. Die Haltung wird sich von einer egozentrischen zu einer gruppenzentrischen wandeln.

2.2.22. Wir begeben uns auf höhere **Bewusstseinsstufen**. Von autoritär (Mittelalter) über rational (Industrialisierung) über vernetzt (momentan) bis integral. Dann spielt die duale Wertung in gut und schlecht keine große Rolle mehr. Statt entweder/oder geht es mehr um sowohl-als-auch. Wir werden autonomer, toleranter, können Unterschiede besser integrieren anstatt zu verurteilen und abzulehnen. Das Beste wird neu miteinander kombiniert. Auf der nächsten Stufe darüber geht es um Gruppenzentriertheit. Alles wird als Energieprozess verstanden und es geht vorwiegend darum, Energien ins Fließen und in Einklang zu bringen (nach Ken Wilber).

2.2.23. Der Träger des Alternativen Nobelpreises **Hans-Peter Dürr** formuliert es in seinem Buch „**Warum es ums Ganze geht**“ sehr treffend: „Wir alle streben danach, unser Leben mit Inhalt und Sinn zu füllen. Wir wollen beitragen, die Not der Menschen auf dieser Erde zu lindern, die schreienden Ungerechtigkeiten zu mildern oder zu beseitigen, unsere Umwelt in ihrer Schönheit und Vielseitigkeit zu erhalten, und dies nicht nur aus reiner Selbstlosigkeit und reinem Altruismus, sondern eingedenk der unmittelbar empfundenen Vorstellung, dass unsere Welt eine große Einheit darstellt, in der nicht Teile leiden können, ohne dass wir nicht selbst leiden müssen. Was wir den anderen Gutes tun, den anderen Menschen, der anderen Kreatur, der Erde selbst, ihrer Atmosphäre, ihren Wassern, ihrem Boden – dieses Gute tun wir uns selbst.“ Des Weiteren beschreibt er in dem Buch eine tibetanische Weisheit, die besagt: „**Ein Baum, der fällt, macht mehr Krach, als ein Wald, der wächst!**“ Unsere Wahrnehmung – gerade durch die Nachrichten – wird stark von fallenden Bäumen dominiert. Es ist aber der unbemerkt wachsende Wald, auf den es ankommt, der das Leben weiterführt. „Der wachsende Wald war wohl hauptsächlich die unerwähnte stetige Aufbauarbeit von Frauen im Hintergrund. Sie waren und sind im Wesentlichen die ständig wertschöpfende Kraft.“

2.3. Warum erzähle ich Ihnen das alles?

Angesichts der Gewalt gegen Frauen, der Umweltzerstörung, Kriege und Finanzkrisen bis zum Desaster im Gesundheitswesen fühlte ich mich in der Vergangenheit oft hilflos und verzweifelt. Ich konnte mir nicht vorstellen, wie unsere Situation künftig besser werden sollte, wo doch augenscheinlich alles immer schlechter wird.

Für mich war es sehr erhellend zu verstehen, dass der aktuelle Zustand unserer Gesellschaft nicht statisch ist, immer aussichtsloser wird und uns nur das Jammern bleibt. Mich stimmen diese positiven Zukunftstrends sehr hoffnungsvoll. Mit Mut und Veränderungsbereitschaft haben wir die Chance, unsere Zukunft selbst in die Hand zu nehmen und zu gestalten. Dafür ist es nie zu spät! Es entsteht gerade eine neue Parallelgesellschaft zur bisherigen, konventionellen Gesellschaft, die uns viele Möglichkeiten für ein lebenswertes Leben bietet. Der Umstieg dorthin wird immer leichter. Diese Veränderungsprozesse mögen uns momentan noch ängstlich machen. **Mit wachsendem Vertrauen in unsere Gemeinschaft wird die Angst jedoch bei jedem Schritt kleiner und der Umstieg von einem konventionelles Leben in ein mehr alternativeres wird immer leichter.**

So erkennen Sie nun, vor welchem gedanklichen Hintergrund dieses ebook entstand und warum ich es für umsetzbar halte.

2.4. In welcher Welt möchten Sie leben?

Wie geht es Ihnen, wenn Sie das lesen? Sehen Sie es vielleicht völlig anders? Denken Sie „Das ist wieder eine von diesen WeltverbesserInnen...“ oder kennen Sie das leise Unbehagen, dass irgendetwas an unserem vermeintlichen Wohlstand nicht so ganz in Ordnung sein könnte oder dass wir uns diesen manchmal sehr teuer erkaufen? Mailen Sie mir doch einfach Ihre Meinung.

Nähern wir uns nun dem Thema und betrachten den Ist-Stand im Gesundheitswesen.

3. Wie ist der aktuelle Stand im Gesundheitswesen?

3.1. Was versteht man unter Gesundheitswesen?

Die **Gesundheitsversorgung** aller Menschen durch die Leistungserbringenden und die **Finanzierung** beziehungsweise die Verteilung der Kosten auf alle Menschen durch Krankenkassen und -versicherungen.

3.1.1. Gesundheitsversorgung

Die Versorgung aller Menschen im Krankheitsfall durch die Leistungserbringenden (ohne Wertung sind das für mich alle Personen, die andere behandeln.)

Die OECD-Gesundheitsdaten 2009 berichten über Deutschland:

- Die Arztdichte liegt bei 3,5 Ärzten pro 1.000 EinwohnerInnen, die Facharztdichte bei 2,03 und die Zahnarztdichte bei 0,77
- Deutschland hat 5,7 Krankenhausbetten je 1.000 EinwohnerInnen.
- Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus liegt bei 7,8 Tagen
- Es gab 226,9 Krankenhaufälle pro 1.000 EinwohnerInnen im Jahr. Das bedeutet: Fast jede/r Vierte war im Jahr 2009 im Krankenhaus.

Laut Arztreport der BARMER GEK vom Januar 2010 gehen die Deutschen durchschnittlich **18-mal** im Jahr zu ÄrztInnen! Damit liegen wir im internationalen Vergleich ganz oben. Daran hat die Praxisgebühr nichts geändert. Das liegt aber an vielen Faktoren, unter anderem am Verhalten der ÄrztInnen, die ihr Budget optimieren, indem sie PatientInnen einmal im Quartal einbestellen.

3.1.2. Finanzierung

Die Kosten für diese Versorgung werden im Grunde genommen von allen Menschen getragen. Da ein einzelner Mensch mit hohen Krankheitskosten schnell in den wirtschaftlichen Ruin getrieben werden kann, gibt es die Krankenkassen und -versicherungen. Der Sinn einer Versicherung ist immer der **Ausgleich eines gemeinsamen Risikos** (in diesem Fall die Krankheitskosten) im Kollektiv, also der Versichertengemeinschaft. Je größer diese Gemeinschaft, desto sicherer funktioniert nach dem **Gesetz der großen Zahl** dieser Ausgleich (das lernt jedeR Versicherungs-Azubi im 1. Lehrjahr). Die Krankenversicherungen finanzieren sich über Beiträge ihrer Versicherten. Staatliche Mittel werden für die Versorgung der BeamtInnen dazu gegeben und wenn das System der gesetzlichen Krankenversicherung Defizite aufweist. Jede/r Einzelne trägt einen unterschiedlich hohen Betrag aus eigenen finanziellen Mitteln, wenn beispielsweise die gewünschte Therapieform von der Krankenversicherung nicht übernommen wird, für Selbstbehalte, Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) etc.

3.1.2.1. Wie verteilen sich die Kosten in 2010 auf die Träger?

Die Gesamtausgaben für Gesundheit betragen im Jahr 2010 **287,3 Mrd. €**. Das sind **3.510 Euro je EinwohnerIn**. Das ist ein Anteil von 11,6 % des Bruttoinlandprodukts. Dabei entfielen auf die einzelnen Träger:

Ausgaben in Mrd. Euro:	In %:	Träger:
165,5	58,0	Gesetzliche Krankenkasse
26,7	9,3	Private Krankenversicherung (inkl. Pflege)
13,8	4,8	Öffentliche Haushalte

39,0	14,0	Private Haushalte und Organisationen
11,9	4,1	Arbeitgeber
21,5	7,0	Soziale Pflegeversicherung
4,0	1,5	Gesetzliche Rentenversicherung
4,6	1,6	Gesetzliche Unfallversicherung

3.1.2.2. Wofür wurde das Geld in 2010 ausgegeben? 286,6

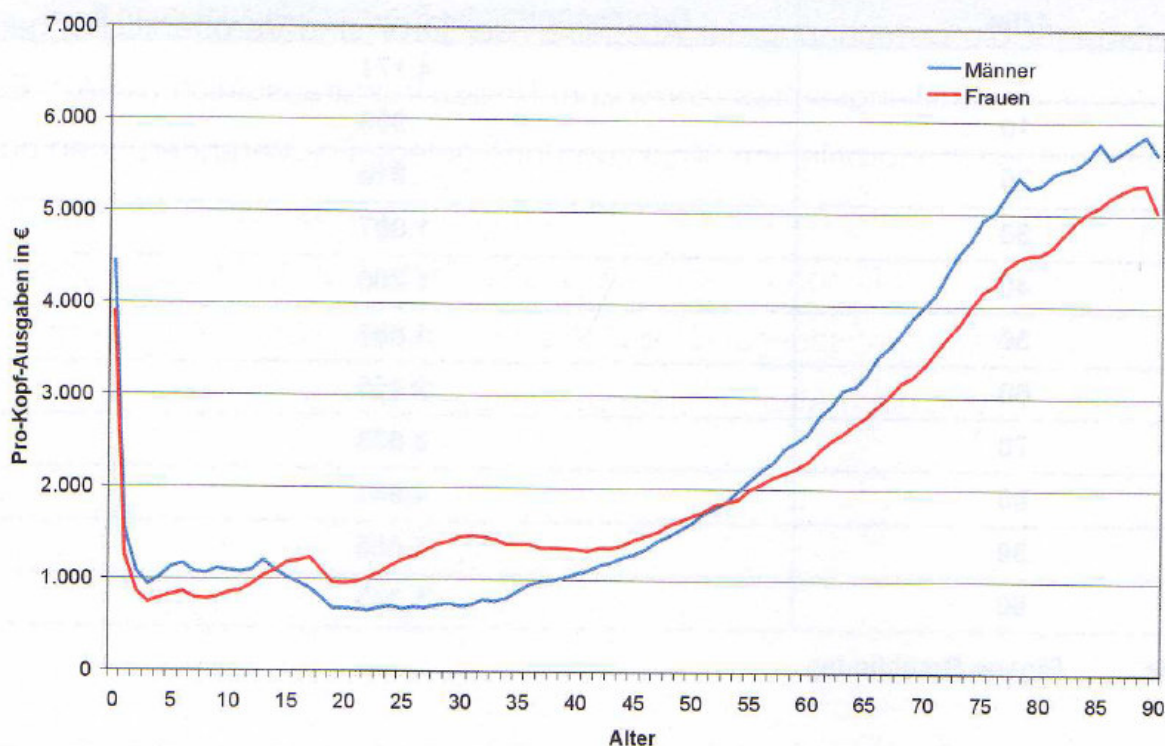
Ausgaben in Mrd. Euro:	In %:	Ausgabenbereich:
10,0	3,4	Investitionen
10,3	3,6	Prävention / Gesundheitsschutz
78,8	27,5	Ärztliche Leistungen
52,4	18,3	Pflegerische Leistungen
15,3	5,3	Therapeutische Leistungen
0,8	0,3	Mutterschaftsleistungen
20,2	7,0	Unterkunft und Verpflegung
46,2	16,1	Arzneimittel
14,2	5,0	Hilfsmittel
6,5	2,3	Zahnersatz
12,0	4,2	Sonstiger medizinischer Bedarf
4,9	1,7	Transporte
15,0	5,2	Verwaltung

(Quelle: Statistisches Bundesamt).

3.1.2.3. Wie verteilen sich die Kosten der GKV auf Alter und Geschlecht in 2008?

Alter:	Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben in €:
0	4.171
10	966
20	818
30	1.087
40	1.200
50	1.663
60	2.450
70	3.673
80	4.941
89	5.585
90	5.343

Abbildung 4 Pro-Kopf-Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Alter und Geschlecht in Euro 2008



Quelle: Bundesversicherungsamt: Jahresausgleich 2008. Eigene Darstellung und Berechnung ohne Krankengeld und ohne Verwaltungsausgaben.

Hier sieht man deutlich die steigenden Kosten im Alter. Ab etwa 65 Jahren liegt man oberhalb der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben von 3.394 €.

Dies könnte auch bei den kleinen **alternativen Gesundheitskassen**, die es neben der GKV und PKV noch gibt, später zu finanziellen Problemen führen. „Artabana“ oder „Samarita“ beispielsweise bestehen aus relativ kleinen Personengruppen. Ich bin gespannt, wie sich im Laufe der Zeit dort die Kosten entwickeln. Wobei mir gut gefällt, wie die Gesundheitskassen mit dem Thema Gesundheit in der Gruppe umgehen. Dort wird in der Kleingruppe von etwa 20 Personen entschieden, welche Rechnung von der Gruppe übernommen wird. Das Anspruchsverhalten ändert sich schlagartig, wenn man die Menschen in der Gruppe persönlich kennt. An eine große anonyme Gruppe stellt man schneller höhere Ansprüche. Das wichtigste an den Menschen in diesen

alternativen Gesundheitskassen ist jedoch ihre hohe Gesundheitskompetenz. Würde diese Haltung von mehr Menschen übernommen, reduzierten sich sofort spürbar die Kosten, da bin ich mir sicher.

3.2. Worin unterscheidet sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von der privaten Krankenversicherung (PKV)?

Merkmal und Bewertung:	GKV:	PKV:
Gesetzliche Grundlagen:	<p>Sozialgesetzbuch, fünftes Buch - SGB V. für die Krankenversicherung und SGB XI. für die Pflegepflichtversicherung.</p> <p>Wussten Sie eigentlich was in § 1 SGB V steht?</p> <p>„§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung</p> <p>Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.</p> <p>Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu</p>	<p>Tarife, Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Versicherungsvertragsgesetz (VVG), Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), Sozialgesetzbuch (SGB XI.) für die Pflegepflichtversicherung</p>

	überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“	
Träger	134 (Stand: 01.01.13) gesetzliche Krankenkassen (GKV)	43 private Krankenversicherungen (PKV) ordentliche Mitglieder des PKV-Verbandes (Stand: 01.01.12)
Personenkreis:	<p>Pflichtversichert sind ArbeitnehmerInnen mit Brutto-Einkommen von mehr als 450 € bis 4.350 € monatlich / 52.200 € jährlich (01.01.2013).</p> <p>Freiwillig versichert sind Selbstständige, ArbeitnehmerInnen deren Bruttoeinkommen die obige Grenze übersteigt. Wenige Beamte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstständige (ca. 39 %), - gut verdienende ArbeitnehmerInnen (ca. 13 %), - Beamte (ca. 48 %).
Anzahl der Versicherten:	Ca. 90 % der Bevölkerung. Davon über 19 Mio. beitragsfrei Familienversicherte. (Quelle Bundesgesundheitsministerium BMG Stand Mai 2009)	Ca. 10 % der Bevölkerung. 8,97 Mio. vollversicherte Personen, 22,5 Mio. Zusatzversicherte und 24,9 Mio. Auslandsreisekrankenversicherungen. (Quelle: Zahlenbericht PKV Verband, Stand 01.01.12)
Merkmal und Bewertung:	GKV:	PKV:
Pflicht zur Versicherung:	Seit dem 01.01.09 gibt es in Deutschland die Pflicht zur Krankenversicherung für jede Person mit Hauptwohnsitz in Deutschland. Die Versicherung erfolgt im jeweils für die Person zuständigen System GKV oder PKV. Pflicht zur Versicherung heißt auch Pflicht zur Beitragszahlung. Eine Kündigung durch den Versicherer/die Kasse aufgrund	

	<p>Nichtzahlung des Beitrags ist nicht mehr möglich. Der Beitrag fällt weiterhin an und summiert sich. Bei Nachweis von Hilfsbedürftigkeit (Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld) ist ein Zuschuss von der Arbeitsagentur bzw. vom Sozialamt möglich. Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.01.11: der Grundsicherungsträger muss bei privat versicherten ALG II-Empfängern ab dem 01.01.12 den vollen Beitrag übernehmen!</p>	
<p>Beitragsberechnung:</p>	<p>Nach Bruttoeinkommen des Versicherten unabhängig vom individuellen Risiko (Solidaritätsprinzip). Maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze BBG von 3.937,50 € monatlich / 47.250 € jährlich (im Jahr 2013) x Beitragssatz der GKV (15,5 %) und in der Pflegepflichtversicherung (PV) 2,05 % (zuzüglich 0,25 % in der Pflege für kinderlose Mitglieder ab dem 23. Lebensjahr, die nach dem 01.01.1940 geboren sind.)</p>	<p>nach dem zu übernehmenden Risiko des Einzelnen (Äquivalenzprinzip)</p> <p>Kriterien sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter - Geschlecht - Gesundheitszustand - Leistungen - seit 2009: evtl. nach den mitgebrachten Alterungsrückstellungen
<p>Die Beteiligung des Arbeitgebers am Beitrag.</p>	<p>Bis zum 01.07.05 noch paritätisch, also zu 50 %. Seit dem 01.07.05 müssen die Beschäftigten 0,9 % mehr zum Beitrag zahlen, als der Arbeitgeber. Das sind Beiträge für Zahnersatz (0,4 %) und Krankengeld (0,5 %). Der Beitrag wird vom Arbeitgeber einbehalten und an die GKV überwiesen.</p> <p>Zum 01.01.11 wurde der Arbeitgeberbeitrag bei 7,3 %</p>	<p>Der Arbeitgeber trägt den halben Krankenversicherungsbeitrag für den Beschäftigten und die Familienmitglieder (wenn sie in der GKV familienversichert wären).</p> <p>Dabei gilt folgende Obergrenze: Ermäßigter GKV-Beitrag von 14,6 % (Stand 01/11) x Beitragsbemessungsgrenze von 3.937,50 € (2013) und davon die Hälfte = 287,44 €. Und in der Pflegeversicherung 2,05 % von</p>

	<p>fixiert. Künftige Beitragserhöhungen sind von den Versicherten zu tragen.</p> <p>Zum 01.01.09 wurde der „Gesundheitsfonds“ eingeführt. Dieser sieht in der KV einen einheitlichen Beitragssatz von 15,5 % vor (inkl. Zusatzbeitrag).</p> <p>Beispiel Brutto 3.937,50 €</p> <table border="1" data-bbox="517 875 962 1883"> <thead> <tr> <th></th> <th>AN-Anteil</th> <th>AG-Anteil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Beitrags-satz z.B. 14,6 %</td> <td>287,44</td> <td>287,44</td> </tr> <tr> <td>2. Zusatzbei-trag 0,9%</td> <td>35,44</td> <td>---</td> </tr> <tr> <td>3. Pflege 2,05 %</td> <td>40,36</td> <td>40,36</td> </tr> <tr> <td>4. ggf. Zusatzbei-trag PV 0,25</td> <td>9,84</td> <td>---</td> </tr> <tr> <td>5. ggf. Zusatzbei-trag</td> <td>?</td> <td>---</td> </tr> <tr> <td>Gesamt:</td> <td>373,08</td> <td>327,80</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">700,88 € = Höchstbeitrag!</td> </tr> </tbody> </table>		AN-Anteil	AG-Anteil	1. Beitrags-satz z.B. 14,6 %	287,44	287,44	2. Zusatzbei-trag 0,9%	35,44	---	3. Pflege 2,05 %	40,36	40,36	4. ggf. Zusatzbei-trag PV 0,25	9,84	---	5. ggf. Zusatzbei-trag	?	---	Gesamt:	373,08	327,80	700,88 € = Höchstbeitrag!			<p>3.937,50 € und davon die Hälfte = 40,36 €.</p> <table border="1" data-bbox="1023 954 1468 1207"> <thead> <tr> <th>Max.</th> <th>AN-Anteil</th> <th>AG-Anteil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. KV</td> <td>287,44</td> <td>287,44</td> </tr> <tr> <td>2. PPV</td> <td>40,36</td> <td>40,36</td> </tr> <tr> <td>Gesamt:</td> <td>327,80</td> <td>327,80</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>Bis zum Gesamtbeitrag von 655,60 € zahlt der Arbeitgeber die Hälfte.</p> </div>	Max.	AN-Anteil	AG-Anteil	1. KV	287,44	287,44	2. PPV	40,36	40,36	Gesamt:	327,80	327,80
	AN-Anteil	AG-Anteil																																				
1. Beitrags-satz z.B. 14,6 %	287,44	287,44																																				
2. Zusatzbei-trag 0,9%	35,44	---																																				
3. Pflege 2,05 %	40,36	40,36																																				
4. ggf. Zusatzbei-trag PV 0,25	9,84	---																																				
5. ggf. Zusatzbei-trag	?	---																																				
Gesamt:	373,08	327,80																																				
700,88 € = Höchstbeitrag!																																						
Max.	AN-Anteil	AG-Anteil																																				
1. KV	287,44	287,44																																				
2. PPV	40,36	40,36																																				
Gesamt:	327,80	327,80																																				
<p>Merkmal und Bewertung:</p>	<p>GKV:</p>	<p>PKV:</p>																																				

<p>Beitragszuschuss im Rentenalter:</p>	<p>7,3 % (01/2011) von der Rente als Zuschuss zur KV. Kein Zuschuss seit 01.04.04 an der Pflegepflichtversicherung (PPV). In der GKV pflicht- und freiwillig versicherte Rentner müssen seit 01.01.04 auf Renten aus der betrieblichen Altersversorgung (bAV), beamtenrechtlicher oder berufsständischer Versorgung, sowie bei Kapitalauszahlungen aus der bAV den vollen Beitragssatz alleine zahlen.</p>	<p>7,3 % (01/2011) von der Rente als Zuschuss zur KV. Kein Zuschuss seit 01.04.04 an der Pflegepflichtversicherung (PPV). Privat versicherte Rentner erhalten vom gesetzlichen Rentenversicherungsträger einen Zuschuss für die private Krankenversicherung. Als Grundlage wird der Rentenzahlbetrag verwendet (analog fürs Berufsleben: das Bruttoeinkommen).</p>
<p>Beiträge im Alter:</p>	<p>Da die Beiträge im Umlageverfahren erhoben werden, können keine Rücklagen gebildet werden. In vielen Jahren schließt die GKV das Jahr mit einem Defizit ab.</p>	<p>Es werden Alterungsrückstellungen gebildet um im höheren Alter das größere Krankheitsrisiko auszugleichen. Diese werden pro Person angesammelt, wurden aber bis 31.12.08 nicht einzeln ausgewiesen und verblieben bei Kündigung oder Tod des Versicherten im Kollektiv. So werden in jungen Jahren Beiträge angesammelt und verzinst um die durchschnittlich höheren Ausgaben im Alter auszugleichen. (ein 87-jähriger verursacht etwa 7 x so viel Kosten wie ein 27-jähriger!)</p> <p>Situation seit 01.01.09:</p> <p>Altbestand:</p> <p>Einmalige Öffnungsaktion –</p>

		<p>Portabilität der Altersrückstellungen:</p> <p>Von 01.01.09 – 30.06.09 konnten bisher PKV-Versicherte ihre PKV kündigen um – unter Einhaltung der Kündigungsfristen – die PKV zu wechseln und einen Teil ihrer Altersrückstellungen in den Basistarif mitzunehmen. Dort musste man dann 18 Monate verbleiben. Da der Basistarif Leistungen auf GKV-Niveau vorsieht und den GKV-Höchstbeitrag kostet, ist das für die Kunden unattraktiv.</p> <p>Für Neuabschlüsse seit 01.01.09 gilt: Man hat stets das Recht, bei einem Wechsel innerhalb der PKV einen Teil der Alterungsrückstellungen (Übertragungswert in Höhe des Basistarifs) mitzunehmen. Deshalb sind diese „Neue-Welt-Tarife“ auch etwas teurer.</p> <p>Die PKV verfügt Ende 2011 über 169 Mrd. € Alterungsrückstellungen (PKV: 145 Mrd. und PPV: 24 Mrd. Quelle: PKV-Verband, Zahlenbericht 2012).</p>
Merkmal und Bewertung:	GKV:	PKV:
Beitragsanpassungen:	Eine Beitragserhöhung ergibt sich automatisch durch jede Einkommenserhöhung. Bei	Wenn der unabhängige Treuhänder eine Abweichung von mehr als 10 % zwischen den kalkulierten Kosten zu

	freiwillig Versicherten zu jedem 01.01. wenn sich die Beitragsbemessungsgrenze erhöht. Weiterhin entstehen durch Leistungskürzungen und Zusatzbeiträge höhere Kosten für die Versicherten.	den tatsächlichen Kosten feststellt muss der Beitrag im Kollektiv angepasst werden. Pro Tarifwerk besteht pro Tarifstufe jeweils ein Kollektiv für Männer, eins für Frauen und eins für Kinder (ggf. auch noch für Jugendliche).
Familienangehörige:	<p>Beitragsfrei familienversichert sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> * EhepartnerInnen, sofern nicht selbst berufstätig (max. Mini-Job) * Kinder bis 18, wenn sie in Ausbildung sind bis 25 <p>Ausnahme bei Kindern:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein Elternteil ist in der <i>PKV</i> und dieser - verdient über <i>der Jahresarbeitsentgeltgrenze</i> (JAEG oder BBG, wenn bereits vor 01.01.03 versicherungsfrei und in PKV) <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> - verdient auch gleichzeitig <i>mehr</i> als das andere Elternteil in der GKV. <p>Dann kann das Kind entweder als freiwilliges Mitglied mit einem</p>	Jedes Familienmitglied ist mit einem eigenen Beitrag versichert.

	Beitrag von ca. 125 € versichert werden oder privat.	
Leistungen:	Alle Mitglieder erhalten die gleichen Leistungen unabhängig vom Beitrag. Laut § 12, Abs. 1 SGB V: wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig (kurz: WANZ). Der Gesetzgeber legt die Leistungen fest. Jede Kasse kann in ihrer Satzung noch weitere Leistungen in einem bestimmten Rahmen festlegen. Mit privaten Zusatztarifen kann man einzelne Leistungen besser absichern.	Frei vereinbar durch individuelle Tarifgestaltung. Erstattet wird was medizinisch notwendig ist. Das Spektrum reicht von Grundabsicherung bis zur Komfortabsicherung. 2011 haben 82 % der privat Vollversicherten im Krankenhaus Zwei- oder Einbettzimmer und Chefarzt abgesichert.
Leistungsgarantie:	Die GKV kann die Leistungen reduzieren. Das passiert bei fast jeder Gesundheitsreform.	Vertraglich vereinbarte Leistungen sind garantiert und können nicht vom Versicherer reduziert werden.
Abrechnung:	Als „Sachleistungen“ gegen Vorlage der Krankenkassen-Card. ÄrztInnen rechnen über die Kassenärztliche Vereinigung mit der Kasse ab. PatientInnen-quittung nach der Behandlung bzw. im Quartal ist auf Anfrage möglich. Grundlage für die Abrechnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Laut Wissenschaftlichem Institut der PKV (WIP) lässt sich der EBM ganz grob mit dem einfachen Satz der GOÄ für die	ÄrztInnen usw. rechnen direkt mit den KundInnen nach den entsprechenden Gebührenordnungen (für Ärzte GOÄ, für Zahnärzte GOZ) ab. Der Rechnungsbetrag setzt sich aus einzelnen erbrachten Leistungen zusammen, die mit einem Punktwert in der Gebührenordnung bewertet werden. Dieser Wert wird noch mit einem Faktor multipliziert der vom Schwierigkeitsgrad der individuellen Behandlung abhängt. Der Regelsatz/faktor für ärztliche

	<p>Privatversicherten vergleichen. Bei zahnärztlichen Leistungen gilt der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA).</p>	<p>Leistungen liegt beim 2,3- fachen Satz und der Höchstsatz beim 3,5- fachen mit einer ausreichenden Begründung durch die ÄrztInnen. Die Versicherten reichen die Rechnungen dann bei der PKV ein. Nach Erstattung folgt die Bezahlung der ÄrztInnen. Wären die privat Versicherten in der GKV gewesen, wären im Jahr 2007 10,5 Mrd. € weniger Kosten entstanden. (Quelle: WIP Mehrumsatzstudie)</p>
Merkmal und Bewertung:	GKV:	PKV:
Kündigung durch Mitglied:	<p>Wechsel zum übernächsten Monatsende möglich.</p> <p>Außerordentliche Kündigung bei Einführung Zusatzbeitrag möglich. Bei Wechsel von GKV zu GKV 18-monatige Bindefrist beachten. Wenn ein Wahltarif besteht ist man je nach Art des Wahltarifs für 1 oder 3 Jahre an die Gesellschaft gebunden und kann in der Zeit auch nicht in die PKV wechseln.</p>	<p>Ordentliche Kündigung mit 3- Monatsfrist. Hängt ab von Mindestvertragsdauer (1 – 2 Jahre) und Versicherungsjahr (Vertragsbeginn oder Kalenderjahr)</p> <p>Außerordentliche Kündigung mit Monatsfrist bei Beitragserhöhung, Versicherungspflicht oder Familienhilfe. Umstellung Kinder- in Erwachsenentarif oder Sonder- in Normaltarife.</p>
Schutz im Ausland:	<p>Nur in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen (also in Europa) hier gibt es aber Leistungseinschränkungen je Land. Es ist kein Rücktransport mitversichert. Auslandsreise-KV</p>	<p>Die PKV gilt in Europa zeitlich unbegrenzt und außerhalb Europas bis zu ein bis zwei Monaten (je nach Unternehmen). Verlängerung möglich.</p> <p>Separate Auslandsreise-KV</p>

	ist zu empfehlen.	trotzdem sinnvoll.
Belohnung, wenn man keine Kosten verursacht hat:	Nur über Wahltarife möglich seit 01.04.07. Aber: Bindung 1 oder 3 Jahre an diese GKV, auch bei Einführung eines Zusatzbeitrags.	Wenn man für ein Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht hat, erhält man Beitragsrückerstattung. Hängt vom Unternehmen, vom Tarif und vom Geschäftserfolg ab.

3.3. Worin sehe ich in diesen beiden Systemen die Vor- und Nachteile?

3.3.1. Die gesetzliche Krankenkasse (GKV)

3.3.1.1. Stärken der GKV

- **solidarische Beitragsberechnung** nach Einkommen
- **größere Kollektive** und der **Risikostrukturausgleich** gleichen Risiken besser aus. Schutz vor hohen Beitragserhöhungen. Der Höchstbeitrag stieg von 2000 – 2010 im Schnitt nur um 2,2 % (Quelle: Morgen & Morgen GmbH)
- **keine Preisdifferenzierung** nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand
- **Bonusheft** bei Zahnersatz senkte Kosten für Zahnersatz
- Sachleistungsprinzip (Leistungsabrechnung über die Card) ist **einfach und bequem.**
- **Gleiche Leistungen für alle** (bis auf Satzungsleistungen, Wahltarife und Selektivverträge)
- Für die Versicherten: **beitragsfreie Familienversicherung**

3.3.1.2. Schwächen der GKV

- trägt sich nicht ohne **staatliche Subventionen.** In 2010 betrug die staatliche Subvention 15,7 Mrd. €. Eine Emnid-Umfrage von 04/2010 ergab, dass 43 % von 1.190 Befragten (GKV und PKV-Versicherte) es nicht für richtig finden, dass die GKV jährlich fast

16 Mrd. € aus der Staatskasse und damit von Steuerzahlenden – auch PKV-Versicherte! - erhält (bei 32 %, die es richtig finden und 25 %, die unentschieden waren).

- die Beitragsberechnung erfolgt noch nicht von der **gesamten** wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, sondern nur auf Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze.
- **beitragsfreie Familienversicherung** führt dazu, dass über 19 Mio. Mitversicherte keinen Beitrag bezahlen, aber die gleichen Leistungen genießen wie die Beitragszahlenden.
- keine vollständige bzw. zeitverzögerte Teilhabe am medizinischen **Fortschritt**. Die indikationsbezogene Innovationsquote lag in 2007 bei Arzneimitteln in der GKV nur bei 5,6 % und in der PKV bei 8,1 %. Privatversicherte profitieren also deutlich mehr von neuen Wirkstoffen als KassenpatientInnen. (Quelle: WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV)
- fast keine **alternative** Medizin
- Leistungen können vom Gesetzgeber **reduziert** werden
- Die Abrechnungen über die **Chipkarte** erfolgt nicht transparent, da die Versicherten nicht sehen, was abgerechnet wird. Von der Möglichkeit der PatientInnen-Quittung wissen die wenigsten.
- Trotz größerer Kollektive und Risikostrukturausgleich werden **Kasseninsolvenzen** nicht vermieden. Wenn große Kassen in Insolvenzgefahr sind, muss der Staat einspringen. Im Falle der Insolvenz der City BKK verweigerten viele andere gesetzliche Kassen die Aufnahme der Versicherten, obwohl sie dazu verpflichtet waren! Derartige „Rosinenpickerei“ wirft die GKV normalerweise der PKV vor – wobei dort die Risikoselektion legitim ist.
- Bisher beteiligten sich nicht einmal 1 % der GKV-Versicherten an den **Wahlтарifen**. Die Tarife tragen sich teilweise nicht. Ein

Wahltarif der Techniker KK musste Ende 2010 deshalb geschlossen werden. Siehe Versicherungsjournal 13.08.10.

3.3.2. Die private Krankenversicherung (PKV)

3.3.2.1. Stärken der PKV

- trägt sich **ohne staatliche Subventionen**
- **Alterungsrückstellungen** sollen höheres Risiko durch das Älterwerden ausgleichen. Die Emnid-Umfrage 04/2010 ergab, dass 60 % von 1.190 Befragten (GKV und PKV-Versicherte) das Prinzip der Alterungsrückstellungen befürworten.
- Für jede Person wird ein **separater** Beitrag bezahlt.
- Die versicherten Leistungen sind vertraglich **garantiert** somit einklagbar und können vom Versicherer nicht verringert werden.
- Mehr **Mitbestimmungsrecht** im Krankheitsfall: mehr ÄrztInnen (auch ohne Kassenzulassung), Medikamente (die für die GKV noch nicht zugelassen sind), Behandlungsmethoden (schnellerer Zugang zu Computertomographie etc.), kürzere Wartezeiten
- **Beitragsrückerstattung** als Anreiz zu kostenbewusstem Verhalten
- Große **Tarifauswahl** und damit die Möglichkeit auf die Beitragshöhe Einfluss zu nehmen.
- **Schnellere Terminvergabe** (allerdings nur, weil die BehandlerInnen an Privatversicherten mehr verdienen)

3.3.2.2. Schwächen der PKV

- Aufgrund der Wahlfreiheit zwischen vielen Tarifangeboten ergeben sich **zu kleine und zu viele Kollektive** (telefonische Aussage von www.kvpro.de – Anbieter einer Vergleichssoftware für private Krankenversicherungstarife – im Mai 2010: Alle Tarife (Voll, Quote und Zusatz) ca. 23.000 – 24.000, davon ca. 9.400 geschlossene.)

- **hohe Beitragsanpassungen.** Von 2000 bis 2010 im Schnitt 4,9 %. Im Einzelfall zwischen 2 und 24 % pro Anpassungstermin (Quelle: Morgen & Morgen GmbH)
- **Teufelskreis neue Billigtarife:**
 - Neuentwicklung von billigen Tarifen um wieder marktfähig zu sein
 - Das führt zu noch kleineren Kollektiven
 - Daraus ergeben sich hohe Beiträge im Alter, da kein ausreichender Risikoausgleich stattfinden kann
 - Viele KundInnen stellen dann in noch billigere Tarife mit weniger Leistung um, obwohl man diese gerade im Alter mehr in Anspruch nimmt.
 - Die ersten PKV-Unternehmen verabschiedeten sich bereits aus dem Billigtarifbereich (Allianz und Central). In diesen Tarifen sind überwiegend vorher Unversicherte und dadurch verstärkt NichtzahlerInnen zu finden. Deshalb verlaufen diese Tarife stark defizitär.
- **Keine Transparenz** durch zu große Tarifvielfalt
- Die **Leistungen** sind nicht unbedingt immer besser als in der GKV, wie oft angenommen wird. „90 % aller PKV-Tarife leisten in mindestens einem wesentlichen Bereich **weniger** als die GKV!“ (Zitat: Claus-Dieter Gorr, PremiumCircle Frankfurt). Niedrigere Leistungen finden sich vor allem im Psycho- und Kurbereich. (Bei Kur leistet zwar in erster Linie die Rentenversicherung, aber da sind viele Selbstständige nicht und die BeamtInnen gar nicht versichert.)
- **Begrenzung auf ein Höchstaufnahmealter** und die Zuteilung der vollen Kosten für Schwangerschaft und Entbindung auf die Frauen wurde bereits durch das Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gekippt

- **Die Beitragsdifferenzierung nach Geschlecht** für das Neugeschäft ist seit dem 21.12.12 aufgrund einer EU-Richtlinie nicht mehr möglich. Seit diesem Tag gibt es für NeukundInnen nur noch Unisextarife.
- **Kostenerstattungsprinzip** (PatientInnen erhalten Rechnung, die sie beim Versicherer einreichen) das Verfahren ist zwar transparenter, führt aber zu einem hohen bürokratischem Aufwand für die PatientInnen. Außerdem tragen sie das Kostenrisiko, wenn der Versicherer nicht in voller Höhe erstattet.

3.4. Worin sehe ich die Schwächen, die sich durch dieses duale System ergeben?

- Gefühlte und reale **Zweiklassenmedizin** führt zu einem Ungerechtigkeitsgefühl in der Bevölkerung (Stichwort: Wartezeit bei Terminvergabe, zwei Wartezimmer etc.). Zumal nicht jede/r die freie Wahl zwischen den Systemen hat.
- Der **Wettbewerb** zwischen GKV und GKV, GKV und PKV sowie PKV und PKV entzieht dem System viel Geld (Marketing, Vertrieb, Betrieb, Kooperationsverträge...).
- Gerade das **Umdecken von PKV zu PKV** aufgrund kurzfristiger Beitragsvorteile (z.B. wegen 50 € im Monat) kann nach einigen Monaten aufgrund einer Beitragsanpassung (z.B. um 100 € im Monat) ins Gegenteil umschlagen. Die Alterungsrückstellungen hat man dann jedoch verloren, da diese beim Wechsel beim Vorversicherer verbleiben (sofern man bereits vor dem 31.12.08 dort versichert war). Für AltkundInnen, die vor diesem Zeitpunkt in der PKV versichert waren, und danach in eine andere PKV wechseln, ist ebenso das Recht verloren, in den preisgünstigen **Standardtarif** umzusteigen, denn der teure Basistarif, der den Höchstbeitrag der GKV kostet, ist im Notfall keine Alternative. Ein Wechsel innerhalb der Gesellschaft unter voller Anrechnung der Alterungsrückstellungen ist in der Regel sinnvoller

(Wechselrecht nach § 204 VVG). Darauf weisen die provisionsgetriebenen VermittlerInnen meist nicht hin. Im Oktober 2011 wurde vom Gesetzgeber eine **Deckelung der Provisionen** auf neun Monatsbeiträge beschlossen (in der Branche wurden teilweise 18 Monatsbeiträge bezahlt). Gleichzeitig wird die **Stornohaftung** für Provisionen auf fünf Jahre (bisher ein Jahr) verlängert. Diese Regelungen traten zum 01.04.12 in Kraft. Das soll das Umdecken – vor allem durch MaklerInnen kurz nach Ablauf der Stornohaftungsfrist – etwas unattraktiver machen. Das Problem an sich wird dadurch jedoch nicht gelöst – im besten Fall etwas verringert.

- Am Wettbewerb der PKV verdienen auch sogenannte **LeadsanbieterInnen**. Unter „Leads“ versteht man im Marketing Interessentenanfragen. Diese werden von Leadsanbieterfirmen entweder über das Internet oder durch Callcenter generiert. Sicher ist Ihnen beim Surfen im Internet schon einmal ein Popupfenster aufgefallen mit Werbung á la: „Ist Ihre Krankenversicherung auch zu teuer?“ Beim Klicken auf die Werbung gelangen Sie zu einem Vergleichsportal. Wenn Sie dort Ihre Daten hinterlassen, wird Ihnen ein günstiges Angebot versprochen. Ihre Daten werden dabei für etwa 150 € an VersicherungsvermittlerInnen und MaklerInnen verkauft – manchmal auch an mehrere. Zahlreiche Anrufe von VerkäuferInnen sind die Folge. Oder Sie werden von einem Callcenter angerufen und zu einem Krankenversicherungsvergleich oder einem VertreterInnenbesuch überredet. Oft werden dabei die Telefonate aufgezeichnet. Wenn dies ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung geschieht, könnten die LeadsanbieterInnen dafür nach § 201 Strafgesetzbuch für drei Jahre ins Gefängnis wandern. Wenn Sie im Telefonat Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand machen, dann wissen Sie bitte, dass diese ebenfalls an mehrere verschiedene PKV-VermittlerInnen mit „verkauft“ werden und

dann in verschiedensten Datenbanken zirkulieren! Wollen Sie das? Interessant war hierzu der WISO-Beitrag vom 29.08.11 „Sammelwut – Geschäfte mit privaten Daten.“ Zu finden in der ZDF-Mediathek.

Auch hier werden sinnlos Versichertengelder für den Vertrieb ausgegeben. Mit welchem Nutzen für die KundInnen?

- Der **Wettbewerb innerhalb der GKV** findet derzeit über Zusatzbeiträge, Wahltarife und Satzungsleistungen statt. Ansonsten wird das gleiche Produkt zum gleichen Beitrag verkauft, denn 95 % der Leistungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben und sind für alle Kassen gleich. Es gibt einen Wettbewerb um besonders kranke Versicherte, damit die Kasse für diese Personen einen höheren Betrag aus dem Gesundheitsfonds erhält.
- Da die PKV-Versicherten spürbar **preissensibler** werden, nimmt das Argument der besseren Leistungen immer mehr ab
- **Ausgabensteigerungen** in beiden Systemen führen zu immer höheren Beiträgen
- **Bedürftige** erfahren wenig Hilfe bei der Beitragszahlung. Zumindest für die PKV-Versicherten trat Besserung ein. Laut Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) vom 19.08.11 hat die PKV mit dem Bundessozial-Ministerium vereinbart, privat versicherten Hartz IV-EmpfängerInnen die bisher aufgelaufenen Beitragsschulden zu erlassen.
- Komplexe Systeme mindern die **Akzeptanz** in der Bevölkerung
- Einschnitte bei der GKV **kompensieren Leistungserbringende** verstärkt durch höhere Abrechnungen bei den PrivatpatientInnen. Beispiel: bei ambulanten Laborleistungen, die völlig unabhängig vom Versichertenstatus sind, wird bei Privatversicherten ein **viermal** höherer Preis abgerechnet. Einsparpotenzial für PKV und Beihilfe von 2004 – 2006: 722 Mio. € jährlich. Bei radiologischen Leistungen wird von

PrivatpatientInnen mehr als das **Dreifache** verlangt. (Quelle Vergleich der Laborkosten durch das Wissenschaftliche Institut der PKV WIP)

- **Gesundheitsprüfung bei PKV:** Bei einem Wechsel in die PKV wird eine Gesundheitsprüfung vorgenommen. Dazu hat man als KundIn zahlreiche Antragsfragen zu beantworten und ggf. ärztliche Zeugnisse einzureichen. Dies führt regelmäßig dazu, dass von den KundInnen Krankheiten vergessen oder nicht angegeben werden. Dieses Verfahren kann Vermittler auf Provisionsbasis dazu verleiten, die KundIn „gesünder“ zu machen, indem KundInnenangaben nicht in den Antrag übernommen werden um eine Aufnahme nicht zu vereiteln. Auch das Ausstellen von Gefälligkeitsgutachten durch „kooperierende“ ÄrztInnen wäre hier denkbar. Dies ist unfair gegenüber der Versichertengemeinschaft, da das Kollektiv dann unterfinanziert und in der Folge von höheren Beitragsanpassungen betroffen ist.
- **Anamnese:** Sobald die KundInnen innerhalb von drei Jahren Rechnungen in der PKV einreichen, überprüfen die privaten Krankenkassen im Rahmen der sogenannten Anamneseverfahren, ob hier eventuell ein Verstoß gegen die vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 VVG vorliegt. Eine Anzeigepflichtverletzung kann im schlimmsten Fall bis zum Rücktritt des Versicherers führen. Dabei verlieren die Versicherten ihre bezahlten Beiträge und müssen für ihre Rechnungen selbst aufkommen. Darüber hinaus werden sie nur unter Schwierigkeiten einen neuen Versicherer finden, der sie dann vermutlich nur im teuren Basistarif aufnimmt (Beitrag mit Pflege ca. 600 € monatlich). Am 06.10.11 berichtete das Bayerische Fernsehen von Fällen, in denen eine PKV scheinbar seine Kündigungsmöglichkeiten etwas sehr weit auslegt:
<http://blog.br-online.de/quer/risiko-krankheit-wie-kassen-teure-patienten-mobben-05102011.html>

- Zusätzlich zur Gesundheitsprüfung wird eine **Bonitätsprüfung mit Scoring** durchgeführt. Neben Auskünften aus der SchuldnerInnen-datei werden für das Scoring Geodaten (Kenntnisse über gute und weniger gute Stadtviertel etc.) verwendet. Daraus folgt: Wenn Ihnen die Aufnahme in eine PKV abgelehnt wird, kann das einfach daran liegen, dass Sie in der „falschen“ Gegend wohnen – oder Ali statt Thomas heißen...

3.5. Wie hat sich das duale System durch die letzte Gesundheitsreform von 2010 verändert?

In 2010 wurde eine neue sogenannte Gesundheitsreform verabschiedet um das Finanzdefizit der GKV auszugleichen. Das Defizit wurde für das Jahr 2010 auf 3,1 Mrd. € und für 2011 auf ca. 11 Mrd. € geschätzt. (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, Versicherungsjournal vom 01.07.10). Die Änderungen:

- Das **Arzneimittel-Sparpaket** vom Juni 2010 mit Wirkung vorerst nur für die GKV trat zum 01.08.10 in Kraft. Es sah für 2010 Einsparungen von ca. 500 Mio. € und dann jährlich etwa 1,15 Mrd. € vor. Dabei wird der HerstellerInnen-rabatt bis 31.12.2013 von sechs auf 16 % erhöht. Die Preise werden dabei auf dem Niveau vom 01.08.10 eingefroren, so dass keine Kompensation der Rabatte durch höhere Ausgangsbeträge möglich ist. Seit 01.01.11 kommen auch die Privatversicherten in den Genuss der Arzneimittelrabatte. Man rechnet hier mit Einsparungen von jährlich 300 Mio. €.
- Der **Beitragssatz** erhöhte sich zum 01.01.11 von 14,9 % auf 15,5 %. Die Erhöhung wird jedoch – anders als im Koalitionsvertrag festgelegt – von ArbeitnehmerIn und ArbeitgeberIn zu gleichen Teilen getragen. Der ArbeitgeberInnenzuschuss wurde auf 7,3 % festgeschrieben. Künftige Kostensteigerungen müssen in der Folge von den ArbeitnehmerInnen alleine getragen werden.
- Die **Zusatzbeiträge**, welche von den gesetzlichen Kassen von den Mitgliedern direkt verlangt werden können, waren bisher auf maximal 1 %

des Einkommens begrenzt und konnten bis 8 € monatlich ohne Einkommensnachweis erhoben werden. Diese Deckelung auf 1 % entfiel ab dem 01.01.11. Es soll allerdings ab 2 % einen Sozialausgleich geben um Härtefälle zu vermeiden. Dafür sind 2 Mrd. € aus Steuergeldern vorgesehen.

- Einfrieren der **Verwaltungskosten** etc.
- Im Herbst wurde des Weiteren verabschiedet:
 - **Wegfall der 3-Jahres-Regelung** für den Übertritt von ArbeitnehmerInnen in die PKV. Das war ein Geschenk der FDP an die PKV. In der Folge ist der Wechsel von besser verdienenden ArbeitnehmerInnen (HöchstbeitragszahlerInnen!) aus der GKV in die PKV wieder so einfach wie früher.
 - Mehr Verhandlungsrechte für die PKV mit Leistungserbringenden um Einfluss auf die Kosten nehmen zu können

3.6. Welche Krankenversicherungsformen gibt es weltweit und wie steht Deutschland im internationalen Vergleich?

Fritz Beske erklärt dazu in Band 104 der IGSF-Schriftenreihe:

„Struktur und Finanzierung des Gesundheitswesens wie auch der Leistungskatalog mit Gesundheitsleistungen und Geldleistungen werden von den Gesellschaftsstrukturen eines jeden Landes und von seiner historischen Entwicklung bestimmt. Im Wesentlichen lassen sich drei Modelle unterscheiden:

- **Bismarck-Modell**, ein Sozialversicherungssystem, das weitgehend durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und / oder Arbeitgebern finanziert wird. Gesundheitsleistungen werden unter

staatlicher Aufsicht überwiegend privat erbracht. Beispielländer: Belgien, Deutschland, Frankreich, Japan, die Niederlande, Österreich und die Schweiz.

- **Beveridge-Modell**, ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen mit staatlicher Bereitstellung von Gesundheitsleistungen vor allem im stationären Bereich. Beispielländer: Australien, Dänemark, Großbritannien, Italien, Kanada und Schweden.
- **Markt-Modell** mit einer überwiegend privaten Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Kennzeichen sind wenige staatliche Eingriffe in Bezug auf Leistungskatalog und Vergütungssystem. Die USA haben ein derartiges Gesundheitswesen.

In der Realität enthalten viele Gesundheitswesen Elemente aller drei Modelle.“

Prof. Beske:

„Der Vergleich der Leistungen im Gesundheitswesen, d. h. die Bewertung des Versorgungsniveaus der Bevölkerung mit Gesundheits- und Geldleistungen, erfolgt mit einem Versorgungsindex, der beschreibt, wie umfangreich der Leistungskatalog für Gesundheits- und Geldleistungen ist. Wird ein gemeinsamer Versorgungsindex für Gesundheits- und Geldleistungen ermittelt, hat Deutschland im Vergleich der 14 Länder mit 116 den höchsten Versorgungsindex. **Deutschland stellt der Bevölkerung damit den umfassendsten Leistungskatalog zur Verfügung.** Die Effizienz eines Gesundheitswesens ist das Verhältnis von Kosten (Ausgaben) zu Leistungen (Umfang des Leistungskatalogs). Deutschland hat im internationalen Vergleich ein umfassendes, ein preiswertes und damit ein überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen, wenn nicht in Verbindung mit dem Versorgungsindex das effizienteste Gesundheitswesen überhaupt.“

Im Vorwort heißt es jedoch auch:

„Es wurde deutlich, dass in allen Ländern die Ausgaben für das Gesundheitswesen steigen und dass damit alle in diese Untersuchung einbezogenen Länder eine Einnahme- und eine Ausgabenproblematik haben. Das Gesundheitswesen befindet sich in allen Ländern in einem ständigen Wandel, um zunehmende Anforderungen an das Gesundheitswesen mit knappen Ressourcen in Einklang zu bringen.“

Das **Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)** fand heraus, dass Deutschland im internationalen Vergleich nicht zu den teuersten Ländern im Bereich der Krankheitskosten zählt, sondern sich im Mittelfeld bewegt, wenn man die Altersstruktur unberücksichtigt ließe. Wir haben in Deutschland relativ viel ältere Personen, deshalb sind die Ausgaben höher.

Die **Welt Gesundheits-Organisation (WHO)** ermittelte:

Die BRD hat das viertteuerste Gesundheitssystem der Welt, aber bei den Leistungen nur das 25. Beste. Im Vergleich dazu hat die USA das teuerste Gesundheitswesen und findet sich bei der Qualität nur auf Rang 37.

Immerhin haben 25 Millionen Deutsche eine Auslandsreisekrankenversicherung abgeschlossen. Vermutlich nicht nur, um sich im Krankheitsfall vor Ort behandeln zu lassen, sondern auch um im Krankheitsfall nach Deutschland zurück gebracht zu werden. Möglicherweise wissen die Deutschen unser Gesundheitswesen doch zu schätzen.

Zusammenfassend scheint es, dass wir im internationalen Vergleich ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen haben, das allerdings seinen Preis hat. Des Weiteren scheinen alle Nationen sehr mit steigenden Kosten zu kämpfen.

Dazu fällt mir zweierlei ein:

1. Ich finde, man sollte nicht aufhören, ein System zu verbessern und zukunftssicher zu machen, unabhängig davon, wie gut oder schlecht es ist.
2. Offensichtlich wird nie die Frage gestellt, wer eigentlich ein wirkliches Interesse an steigenden Gesundheitskosten hat. Gehen wir nun dieser Frage nach und sehen, was uns in der Zukunft erwartet, wenn wir so weitermachen wie bisher.

4. Worauf steuern wir zu, wenn wir so weitermachen wie bisher?

4.1. Welche Entwicklung sieht Professor Beske vom www.igsf.de bis 2060?

Professor Beske vom Institut für Gesundheitsforschung in Kiel zeigt in seinem Band 118 (erschienen September 2010) der institutseigenen Schriftenreihe eine interessante Entwicklung der GKV bis zum Jahr 2060 auf. Zuerst in Tabellenform:

Merkmal:	2010:	2060:
Bevölkerung:	82 Mio.	65 Mio.
Ausgaben (Steigerung in der GKV durch demographische Entwicklung und medizinischen Fortschritt):	160 Mrd.	468 Mrd.
Beitragssatz je Mitglied:	14,9 %	51,7 %
Durchschnittsbeitrag je Mitglied:	142 €	496 €

➤ **Bevölkerungsentwicklung** (demographische Entwicklung):

Die Zahl der Menschen in Deutschland wird in diesem Zeitraum von 82 Mio. auf 65 Mio. sinken und die Alterszusammensetzung der

Bevölkerung wird sich verschieben. Es werden mehr ältere als jüngere Menschen in Deutschland leben. Vor allem die beitragszahlende Gruppe der Erwerbstätigen wird sich drastisch verringern. In 2010 kommen auf 100 Beschäftigte 30 RentnerInnen. 2060 kommen auf 100 Beschäftigte bereits bis zu 68 RentnerInnen. Die Lebenserwartung steigt für neugeborene Jungen von 77 auf 87 Jahre und für Mädchen von 82 auf 91 Jahre. Zusätzlich sinkt das Einkommensniveau durch Lohndumping. Dadurch werden weniger Versicherungsbeiträge generiert.

➤ **Ausgabenentwicklung:**

Großen Einfluss auf die Ausgaben haben vor allem der medizinische Fortschritt und die demographische Entwicklung. Medizinischer Fortschritt bedeutet, dass sich seit 1960 alle zehn Jahre das Wissen in der Medizin verdoppelt! Rechnet man nur mit einem jährlichen Anstieg der Kosten von 2 % aufgrund des medizinischen Fortschritts, dann ergeben sich Kosten von 468 Mrd. Euro. (zu 160 Mrd. in 2008!).

➤ **Beitrag(ssatz) je Mitglied:**

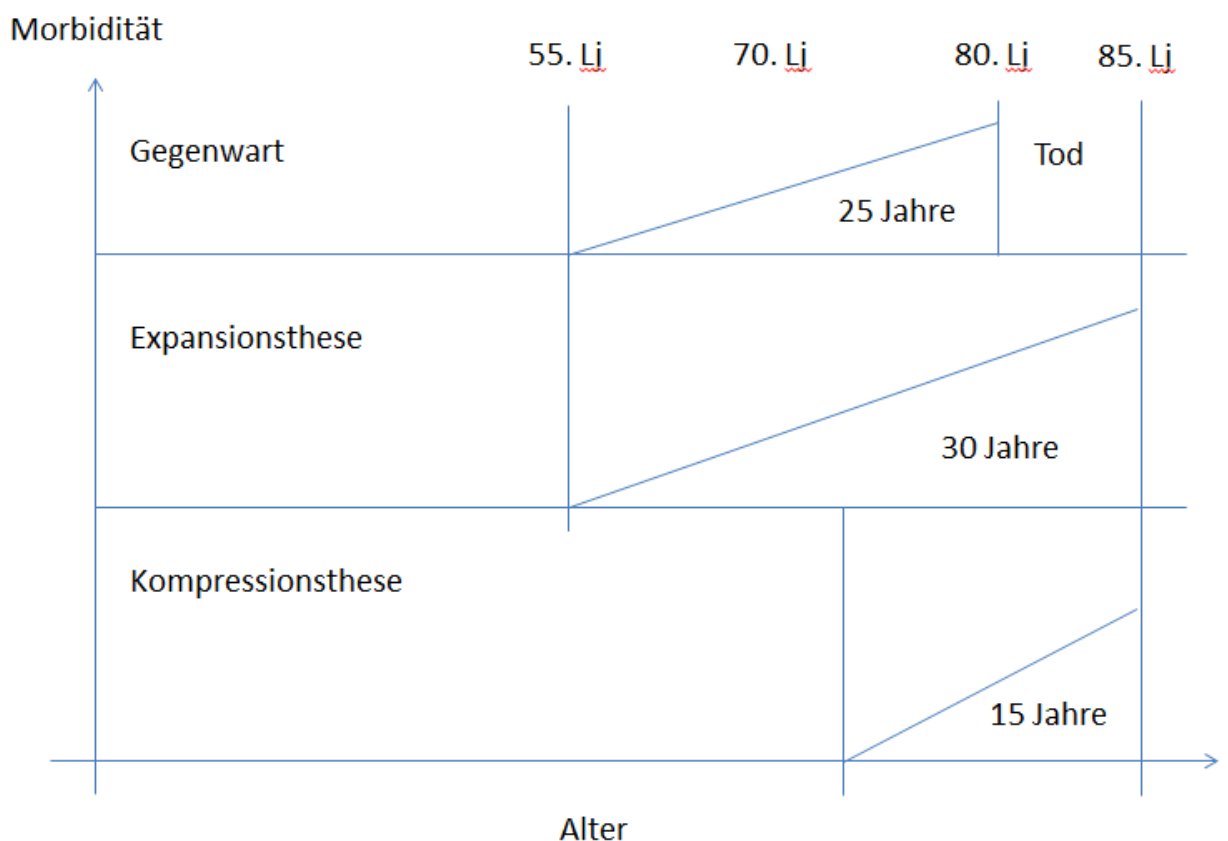
Kombiniert man diese beiden Informationen miteinander, so ergibt sich: Während 2008 rund 51 Mio. Mitglieder die Ausgaben in Höhe von 160 Mrd. Euro aufzubringen hatten, müssen 2060 rund 40 Mio. Mitglieder 468 Mrd. Euro aufbringen. Der Durchschnittsbeitrag von 142 Euro in 2008 steigt dann um das 3,5-fache auf 496 Euro. Der Beitragssatz erhöht sich von 14,9 % in 2010 auf **51,7 % im Jahre 2060**. Trotzdem ergibt sich ein Einnahmedefizit von 310 Mrd. Euro. Ab welchem Beitragssatz würden **Sie** auf die Straße gehen um gegen diese Entwicklung zu demonstrieren?

4.2. Prognosen anderer Wissenschaftler

Andere Wissenschaftler gelangen zu anderen Prognosen. Neben der weit verbreiteten Vorstellung, dass eine steigende Lebenserwartung einfach nur zu einer längeren Krankheitsdauer und somit zu steigenden Kosten führt (Expansionsthese), geht die Kompressionsthese davon aus, dass der Krankheits**eintritt** bei steigender Lebenserwartung später erfolgt. Dass wir

also sozusagen länger gesund sind. Man weiß mittlerweile auch, dass der überwiegende Teil der Krankheitskosten während der letzten Lebensmonate anfallen – egal wie alt man wird. Wo die Reise hingehet, werden wir sehen. Entscheidend ist für mich dabei, wie wir generell mit unserer Gesundheit und mit Krankheiten umgehen. Ob eine verstärkte Gesundheitsförderung chronische und Zivilisationskrankheiten künftig verhindert? Können alternative Behandlungsmethoden vielleicht kostengünstiger viel besser wirken?

Nach Fries 2003



4.3. Wie versucht man im bisherigen System gegenzusteuern?

- **Zusatzbeiträge** erheben. Das war seit dem 01.01.09 bis zu einem Prozent des Jahresbruttoeinkommens möglich. Einige Kassen verlangten einen Zusatzbeitrag von 8 Euro. Die preissensiblen Mitglieder stimmten sogleich zahlreich mit den Füßen ab. Dies brachte einige Kassen erst recht in Schiefelage. Seit dem 01.01.11 ist die 1 % - Grenze entfallen.

Zusatzbeiträge können nun ohne Deckelung nach oben erhoben werden. Das wird die „kleine Kopfpauschale“ genannt und soll die Beitragszahlung in Richtung „alle zahlen den gleichen Beitrag unabhängig vom Einkommen“ weiterentwickeln.

➤ **Steuerzuschüsse erhöhen**

(Quelle: www.igsf.de Pressemitteilung vom 24.03.10, zu Band 116 seiner Schriftenreihe, Prof. Fritz Beske):

„**Steuerzuschüsse** für die GKV sind eine durchgängige Forderung besonders durch die Politik. Theoretisch könnte der Bundestag von Jahr zu Jahr entscheiden, das Defizit der GKV durch einen Steuerzuschuss auszugleichen, aber eben nur theoretisch. Praktisch steht das Gesundheitswesen in Konkurrenz zu allen anderen Politikbereichen. Zukunftsinvestitionen soll Vorrang gegeben werden. Ab 2011 beginnt im Bundeshaushalt ein Sparprogramm mit einer grundgesetzlich festgelegten Schuldenbremse ab 2016. Die Situation der öffentlichen Haushalte ist desolat. Eine Lösung der künftigen Finanzprobleme der GKV über Steuerzuschuss dürfte daher illusorisch sein. Es wäre unverantwortlich, die Zukunft der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf der Erwartung aufzubauen, dass Defizite der GKV über einen Steuerzuschuss ausgeglichen werden.“

Prof. Fritz Beske im Band 104 der IGSF-Schriftenreihe zum internationalen Vergleich der Gesundheitswesen von 2005:

„Kanada, Italien, Großbritannien und Australien weisen einen unterdurchschnittlichen Versorgungsindex (Umfang des Leistungskatalogs) auf. Diese Länder haben ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen.“

Im Jahr 2011 wurden im Bundestag wieder harte Haushaltsdebatten geführt. Ich bin mir ziemlich sicher, dass es zu Leistungskürzungen im Gesundheitswesen gekommen wäre, hätten wir ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen! In der Folge geht es bei EINE für ALLE darum, auftretende Probleme bei der Finanzierung selbst zu lösen, denn ein Abwälzen der Probleme auf den Staat wird dann nicht mehr möglich sein.

Die Konkurrenzsituation in der Haushaltsdiskussion würde dann wirklich zu Situationen führen, wo man sich zwischen der Gesundheitsversorgung und Investitionen in die Rüstung entscheiden müsste. Pillen oder Panzer! Wollen wir das? Und da wir gerade bei den Steuern sind: wie sinnvoll ist die Tabaksteuer? Auf Diskonterpackungen entfallen bis zu 90 % des Verkaufspreises auf die Tabaksteuer. Das Gesundheitsministerium argumentiert mit einer Lenkungsfunktion doch der Finanzminister „braucht“ die RaucherInnen um den Staatshaushalt mit dieser ungesunden Lebensweise zu finanzieren. Wie scheinheilig ist das denn? Auch hier sieht man: ein Staat, der an der ungesunden Lebensweise seiner BürgerInnen in Form von Tabaksteuer und 19 % Mehrwertsteuer auf Medikamente verdient, kann nicht wirklich an eigenverantwortlicher Gesundheit interessiert sein.

- **Rationalisierung.** Sicherlich gibt es im Gesundheitswesen noch einige Bereiche, in denen sich mehrere Millionen Euro sparen ließen. Hier sollten die jeweiligen ExpertInnen nichts unversucht lassen.
- **Honorarkürzungen.** Momentan stehen die Überarbeitungen der Gebührenordnungen für ÄrztInnen (GOÄ) an. Die aktualisierte Gebührenordnung für ZahnärztInnen (GOZ) trat zum 01.01.12 in Kraft. Das ist hauptsächlich für die Privatversicherten relevant. Bei den ZahnärztInnen mittlerweile auch für die KassenpatientInnen, da hier der Zahnersatz überwiegend privat abgerechnet wird. Die zahnärztlichen Leistungen sind von 1999 bis 2009 um 40 % pro Versichertem gestiegen. Trotzdem wollen die ZahnärztInnen mehr Geld verdienen und deshalb die Punktwerte erhöhen. Das wird die Gesundheitskosten um 6 – 14 % bzw. um 350 bis 800 Mio. Euro erhöhen. Besser gefällt mir der Vorschlag, die Entgeltberechnungsformen der GKV und der PKV zu vereinheitlichen. Das würde die Systeme immerhin als Zwischenschritt schon mehr angleichen.
- **Leistungsreduzierungen.** Professor Beske sieht die Lösung vor allem in der Überarbeitung und Reduzierung des Leistungskataloges. Vor allem die Herausnahme von versicherungsfremden Leistungen veranschlagt er mit einem Einsparvolumen von 1,46 Mrd. Euro (IGSF-Schriftenreihe 107,

Seite 153) Damit sind Leistungen gemeint, die der GKV aus sozial- oder familienpolitischen Gründen übertragen wurden und die nicht der Krankheitsbehandlung dienen. Beispiele: Mutterschaftsgeld, Mutter/Kind-Kuren, Kuren generell, Haushaltshilfen etc.) Darüber hinaus stehen Akupunktur, zahnmedizinische Leistungen und das Krankengeld zur Disposition.

- Eine weitere `Alternative´ ist die **stille Rationierung**. Diese ist bereits seit Jahren gang und gäbe in Deutschland. Die PolitikerInnen erzählen uns zwar, dass in Deutschland grundsätzlich jede/r Zugang zu allen medizinischen Leistungen hat, die erforderlich sind, die Praxis sieht jedoch anders aus. Für die ÄrztInnen gilt die sogenannte Budgetierung. Diese sieht vor, dass pro PatientIn nur ein bestimmter Betrag im Quartal ausgegeben werden darf. Verschreiben sie mehr, werden sie dafür eventuell in Regress genommen! Dadurch geraten die ÄrztInnen immer mehr in Bedrängnis. Ein erschütterndes Beispiel dafür fand ich in dem Buch „Diagnose: unbezahlbar“ von Sibylle Herbert: Was tut beispielsweise ein Rheumatologe, wenn das Budget knapp ist? Rheuma wird in der Regel in den ersten sechs Wochen mit Cortison für etwa 64 Euro Jahreskosten behandelt. Hilft das nicht, wird die Standardtherapie – für 200 bis 3.000 Euro Jahresbehandlungskosten – bis zu einem halben Jahr durchgeführt. Bei mehr als 10 % der PatientInnen hilft auch das nicht. Dann können TNF-Blocker zum Einsatz kommen. Moderne biologische Hemmstoffe, die jedoch mit naturheilkundlichen Medikamenten nichts gemein haben. Die Behandlungskosten belaufen sich hier auf bis zu 20.000 Euro im Jahr! Und wenn der Rheumatologe nun zwei Patientinnen hat, welche diese teuren Medikamente bräuchten, das Budget es aber nur bei einer zulässt? Die eine Patientin ist eine junge erfolgreiche und disziplinierte Pianistin und die andere eine ältere übergewichtige Sozialhilfeempfängerin. Dann wird der Arzt eine Entscheidung für die eine und gegen die andere treffen müssen und dafür beneide ich ihn nicht. Das ist die stille Rationierung, die es seit vielen Jahren in Deutschland gibt und die von der Politik verleugnet wird. Steigen die Ausgaben im Gesundheitswesen weiter an, ohne dass etwas

geschieht, dann wird die Entscheidung, wer welche Behandlung bekommt weiterhin auf die ÄrztInnen abgeschoben, denen die Hände gebunden sind. Die ÄrztInnen müssen bereits heute entscheiden, wem sie welche notwendige Behandlung verweigern. Wollen wir das wirklich? Übrigens: Wenn man die 17 relevantesten Erkrankungen nach leitliniengerechten Therapien behandeln würde, dann hätten wir im Jahr etwa sechs Mrd. Euro Mehrkosten. Eine Bekannte von mir, die seit einigen Jahren an Morbus Bechterew – einer Rheumaerkrankung – leidet, erzählte mir, dass sie die Nebenwirkungen der Standardtherapie überhaupt nicht vertragen hat. Beholfen hat sie sich mit einer Entgiftung ihres Körpers, einer Darmsanierung und der konsequenten Umstellung der Ernährung. Die Beschwerden sind quasi verschwunden. Die Kosten dafür lagen bei ca. 500 €. Meiner Meinung nach hat sie in diesem Fall eigenständig ihre Gesundheitskompetenz erhöht, mehr Gesundheit und Lebensqualität erlangt und Kosten gespart. Details dazu: www.mehr-gesundheit-fuer-weniger-geld.de/service-infothek/rheuma/index.html

➤ **Priorisierung und Rationierung:**

Hier ein etwas vereinfachtes Beispiel, um diese Thematik zu verdeutlichen. Stellen Sie sich einen Reisebus mit 40 Personen vor, die gerade in einem Restaurant Pause machen wollen. Man geht davon aus, dass jede/r der GästInnen jedes Gericht von der Karte bestellen und bekommen kann (das denken wir ebenfalls von unserem Gesundheitswesen). Jetzt sind von den 15 verschiedenen warmen Gerichten vielleicht nur noch 30 Portionen vorrätig. Der Rest der GästInnen könnte auf kalte Brotzeiten ausweichen. Wie entscheidet sich jetzt, wer/welche was bekommt? Nach Bestellungseingang? Dann kann es passieren, dass eine Person, die nicht gerne Fleisch isst und viel Hunger hat, mit einem kleinen, kalten Schinkenbrot vorlieb nehmen muss. Eine andere Person bekommt vielleicht die vegetarische Pizza und lässt die Hälfte zurückgehen, da sie gar nicht so viel Appetit hat. Macht das Sinn?

- **Priorisierung** bedeutet in dem Zusammenhang: die mit dem größten Hunger zuerst.

- Eine **offene Rationierung** liegt vor, wenn aus der Karte ersichtlich wird, dass es keine Suppen gibt, da sie einfach nicht vorkommen (transparenter Leistungskatalog). Oder wenn auf der Tageskarte das Schnitzel durchgestrichen ist, da keines mehr vorrätig ist.
- Eine **stille Rationierung** liegt vor, wenn der/die KellnerIn jetzt selbst entscheidet, zu wem er/sie sagt: „Schnitzel sind leider aus“. Doch nach welchen Kriterien wird er/sie dies tun? Nach der Reihenfolge der Bestellung? Nach geschätztem Übergewicht? Nach dem hungrigsten Eindruck?

Wie würden **Sie** entscheiden?

4.4. Was plant die Politik für die Zukunft?

Professor Beske bringt im Vorwort von Band 107 die Haltung der PolitikerInnen schön auf den Punkt: „**Ich schließe die Augen und ich sehe nichts. Und ich sage: da ist nichts.**“ Im Band 116 Seite 43 wird Bundeskanzlerin Merkel zitiert: „Der Leistungsbedarf der Patienten und die Leistungsfähigkeit der Medizin entwickeln sich gegenläufig zu den Einnahmen.“ Über Leistungskürzungen will trotzdem derzeit niemand laut nachdenken. Was lassen sich also die Parteien einfallen?

4.4.1. Die **CDU/CSU** will wohl am liebsten im Großen und Ganzen alles so lassen, wie es ist.

4.4.2. Die **Grünen**, die **SPD** und die **Linken** wollen alle eine sogenannte „Bürgerversicherung“ die sich in diesen drei Parteien nur geringfügig voneinander unterscheiden und in erster Linie das Nebeneinander von GKV und PKV auflösen soll. Die Bürgerversicherung ist für mich auf jeden Fall schon ein Schritt in die richtige Richtung. Ich spüre dabei sogar bei den ehemaligen KollegInnen im PKV-Vertrieb eine gewisse Akzeptanz, obwohl das doch die größten GegnerInnen sein müssten! Im PKV-Markt sind bereits die ersten Umstrukturierungen von reinen PKV-Vertrieben hin zu Mehrspartenvertrieben erkennbar. Scheinbar rechnen bereits die PKV-Vorstände in den nächsten Jahren mit der Bürgerversicherung. Das lässt hoffen! Doch worum geht es bei der

Bürgerversicherung? Im Kern geht es darum, dass von GKV und PKV das gleiche „Produkt“ verkauft wird. Ich frage mich nur, warum es dann noch den unsinnigen Wettbewerb zwischen derzeit 134 Gesetzlichen und 43 Privaten geben muss. Außerdem gefällt mir der Name nicht, da er über die Hälfte der Bevölkerung ausschließt – nämlich Frauen. Des Weiteren geht aus dem Namen nicht hervor, wogegen oder wofür sich die Bürger versichern sollen. Ein Punkt beunruhigt mich allerdings gewaltig bei der Bürgerversicherung. Meine Intuition sagt mir, dass der PKV-Verband von der Politik bereits „eingekauft“ wurde. Die PKV verliert die Vollversicherung. Dafür wird der Leistungskatalog der Bürgerversicherung im Vergleich zum aktuellen Stand gesenkt und die PKV profitiert durch ein erweitertes Zusatzversicherungsgeschäft!? **Damit hätten wir eine schlimmere Zweiklassenmedizin als jetzt!** Wir hätten zwar die horizontale Zweiklassenmedizin (also die zwischen GKV und PKV-Vollversicherung) nicht mehr, dafür verstärken wir die vertikale zwischen den „normalen“ Versicherten und den Versicherten mit Zusatzversicherung. Und genau diese Zusatzversicherung können sich Millionen von finanziell Schwächeren nicht leisten. In der Folge wären viele Menschen wieder von notwendigen Leistungen abgeschnitten. Das gilt es zu verhindern! **Der bisherige Leistungsumfang muss auf jeden Fall bestehen bleiben.**

Gehen wir mutig noch einen Schritt weiter und verwirklichen lieber gleich die EINE für ALLE. Das ist konsequenter und effektiver!

4.4.3. Wie sieht es mit der **Piratenpartei** aus? Seit dem Bundesparteitag im November 2012 in Bochum hat die Piratenpartei den Punkt Gesundheitspolitik im Grundsatzprogramm stehen. Daran war ich als Nicht-Parteimitglied mit beteiligt. Ich wäre natürlich gerne noch etwas weiter gegangen. Aber zumindest konnten wir die Punkte verankern, die mir auch sehr wichtig sind: Der Mensch steht im Mittelpunkt und nicht die Gewinnmaximierung, die Gesundheitsbildung soll verstärkt werden, die Gesundheitsversorgung für alle so qualitativ hochwertig wie möglich und die Finanzierung solidarisch. Das ist schon mal ein guter Anfang. Mehr

Details dazu: <http://www.mehr-gesundheit-fuer-weniger-geld.de/aktuelles-termine/piratige-gesundheitspolitik/index.html>

4.4.4. Am krassesten finde ich die Pläne der **FDP**. Hier soll scheinbar nach und nach in der GKV das Solidaritätsprinzip abgeschafft werden. In der Folge zahlt jede/r die gleiche Prämie für die gleiche Leistung – und zwar unabhängig vom Einkommen! Die Ungerechtigkeit wird zwar mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich bagatellisiert. Doch wohin das führt, sieht man am niederländischen System ganz gut. Dort wurde 2006 eine einkommensun-abhängige Prämie von durchschnittlich 90 € mit steuerfinanziertem Sozialausgleich eingeführt. Haushaltsdefizite führen nun zu Steuersparplänen. „Ab 2011 werden folgerichtig die Belastungsgrenzen zur Berechtigung von Steuerzuschüssen zur Prämie sukzessive angehoben.“ (Quelle: PKV-Verband, Gesundheitssysteme im Vergleich, Band 29) Somit ist bei den HolländerInnen bald Schluss mit dem Sozialausgleich! Womit dann vom Reinigungspersonal bis zum/r ManagerIn jede/r den gleichen Beitrag zahlt. Wie finden **Sie** das?

Das Netzwerk www.campact.de hat das mit einer öffentlichkeitswirksamen Aktion vor der letzten `sogenannten´ Gesundheitsreform gut dargestellt: eine relativ kleine Frau und ein relativ großer Mann standen gemeinsam in einem kleinen Wasserbecken. Ihr stand das Wasser buchstäblich bis zum Hals und ihm gerade mal bis zum Bauch. Trotzdem wurde die „kleine Kopfpauschale“ in Form der ungedeckelten Zusatzbeiträge eingeführt.

4.5. Wer profitiert eigentlich von steigenden Kosten im Gesundheitswesen?

Das ist die Frage, die ich in der öffentlichen Diskussion am meisten vermisse. Wir akzeptieren scheinbar unhinterfragt, dass sich automatisch die Kosten im Gesundheitswesen immer weiter erhöhen **müssen**. Sind Sie der Meinung, dass sich Ihre Gesundheit im gleichen Maß immer weiter verbessert? Wohl eher nicht. Eher wird uns beigebracht, dass man im Alter immer kränker wird. Das wird dann zur selbsterfüllenden Prophezeiung, wie man an der Tabelle mit den Pro-Kopf-Ausgaben gut erkennen kann. Gefühlt geben wir im

Vergleich zu früher mehr Geld aus und fühlen uns trotzdem kränker. Fällt **Ihnen** auf, dass da etwas nicht stimmen kann? Die Gesundheitsforschung erkennt, dass die chronischen Krankheiten und die Zivilisationskrankheiten drastisch zunehmen. Der „Gesundheitsmarkt“ ist mittlerweile der bedeutendste Markt überhaupt. Hier wird mehr Geld verdient, als in der Automobil- oder IT-Branche. Und es wird vollmundig vom „Wachstumsmarkt Nummer 1“ gesprochen. Woher kommt das? Wer hat da eigentlich etwas davon? Ganz einfach: alle, die mit Krankheit ihr Geld verdienen – und das sind viele! Ich habe grundsätzlich nichts dagegen, wenn jemand, der gute Arbeit leistet, dafür gutes Geld verdient. Aber hier spürt man sehr schnell das Ungleichgewicht. Im Gesundheitswesen geht es leider nicht nur um Leistungserbringende, die es gut mit uns meinen, zumindest dann nicht, wenn der eigene Geldbeutel nichts davon hat. Das will ich gar nicht auf bestimmte Arten von LeistungserbringerInnen festschreiben. In jeder Branche gibt es schwarze Schafe aber hier hat es System. Das gilt sicherlich ebenfalls für Pharmakonzerne, Krankenhäuser, ÄrztInnen und viele mehr. Nicht alle im Heilwesen Beschäftigten sehen sich als HeilerInnen aus Überzeugung. Leider. Und vor allem die großen Drahtzieher im Hintergrund, die den PatientInnen nicht direkt in die Augen sehen müssen, halten mit ihren globalen Pharmakonzernen und geschickten Marketingkampagnen für Medikamente – die nicht immer wirklich Sinn machen – die Fäden in der Hand. An diesen Fäden hängen die Regierungen und die Ärzteschaft. Den meisten geht es oft nur um den eigenen Profit und nicht um Ihre Gesundheit! Viele ÄrztInnen können oder wollen diese Tatsache (noch) nicht erkennen, da sie selbst Teil des Systems und somit von diesem abhängig sind. Seien Sie deshalb bitte immer wachsam, wenn von „Gesundheitswirtschaft“ die Rede ist, denn dann geht es um ein Geschäftsmodell zum Geld verdienen, welches Kranke benötigt, mehr Kranke erzeugt und den Gesunden auch noch meist unnötige Leistungen (z.B. IGeL) verkauft. Diese Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ist es, die uns erst krank macht und dann zur Kasse bittet.

Beispiel: Medikamentisierung der Bevölkerung

Ein „Augenöffner“ ist das Buch „**Die Krankheitserfinder - Wie wir zu Patienten gemacht werden**“ von Jörg Blech:

- Die Pharmaindustrie gibt mehr **Geld für Marketing als für die Forschung** aus. 1/3 der Erlöse und des Personals fließen ins Marketing. Obwohl ausgerechnet die hohen Forschungskosten als Begründung für die langen Jahre des Patentschutzes her halten müssen. In dieser Zeit kann das Unternehmen den Preis für ihr Medikament selbst festsetzen und kein anderes Pharmaunternehmen darf es nachahmen.
- Die pharmazeutischen Firmen und die medizinischen Interessensverbände **machen aus allem ein medizinisches Problem, welches medikamentös behandelt werden muss**. So werden „Krankheiten“ erfunden und vermarktet und gesunde Menschen zu PatientInnen gemacht. ÄrztInnen werden von PharmareferentInnen und die Pharmaunternehmen (da diese für die „Fortbildung“ der ÄrztInnen sorgen) bestochen und zu VerkäuferInnen von Medikamenten die niemand wirklich braucht. Das lenkt übrigens davon ab, dass es für die tatsächlich gravierenden Krankheiten – wie beispielsweise Krebs – keine relevanten neuen Medikamente gibt. Beispiele für solche Probleme sind:
 - Normale Prozesse des Lebens (Haarausfall, Wechseljahre, Potenzstörungen etc. Wobei gerade die Hormonbehandlung in den Wechseljahren mit einem erhöhten Krebsrisiko verbunden ist.)
 - Persönliche und soziale Probleme (z.B. sogenannte Hyperaktivität bei Kindern, die mit Ritalin behandelt wird – was in USA bereits verboten ist. Damit schafft man sich gleich seine erwachsenen KundInnen. Schüchternheit wird als soziale Phobie diagnostiziert und mit Antidepressiva behandelt.)
 - Risiken werden als Krankheit verkauft (Osteoporose, Verändern von Normwerten für Messgrößen wie Cholesterin oder Blutdruck. Beim

Cholesterin verringerte man beispielsweise den Normwert von 220 auf 200, führt flächendeckend Vorsorgeuntersuchungen durch und schon ist über Nacht die halbe Bevölkerung behandlungsbedürftig, obwohl sie sich gesund fühlt.

- Seltene Symptome werden zu grassierenden Seuchen erklärt (erektile Dysfunktion => Viagra etc.)
- Leichte Symptome werden zu Vorboten schwerer Leiden erklärt (Reizdarmsyndrom etc.)
- ÄrztInnen und PatientInnen werden ständig belogen und betrogen. Im Pharmamarketing wird so übertrieben, dass auf jeden Menschen mindestens 20 Diagnosen kommen müssten. **„Das zerfrisst unser Selbstbewusstsein und macht uns wirklich krank.“** (Lynn Payer)
- Im Versicherungsjournal vom 01.09.11 wurde eine Auswertung der BARMER GEK vorgestellt. Hier wurde untersucht in welchen Regionen sich welche Krankheiten häufen. So liegen in Sachsen die häufigsten Krankheiten vor und in der Gegend Stuttgart, Kempten und Ulm die wenigsten. An der Küste häufen sich die Suchtkrankheiten und in Bayern die Depressionen. „Warum gerade in Bayern überdurchschnittlich viele Menschen an Depressionen leiden und nicht in den von hoher Arbeitslosigkeit geprägten neuen Ländern, lasse sich nicht schlüssig beantworten. Allerdings gebe es einen starken Zusammenhang zwischen ärztlichem Versorgungsgrad und Diagnosestellung. So liege in Bayern die Dichte niedergelassener Psychotherapeuten bei 102 Prozent (Bund 100 Prozent), in Mecklenburg-Vorpommern aber nur bei 36 Prozent und in Sachsen-Anhalt bei 40 Prozent.“ Womit wir wieder bei unserem Thema sind: **Wer** oder was macht uns **wirklich** krank?

Beispiel Krankenhaus:

Unglaublich sind auch die Auswüchse im stationären Bereich.

Ein Beispiel gefällig? Eine Bekannte berichtete mir von ihrer über 80-jährigen Schwiegermutter. Sie ist stark übergewichtig und sitzt im Rollstuhl. Der Mann meiner Bekannten ist als gesetzlicher Betreuer bestellt. Eines Tages wird sie vom Hausarzt in ein Regensburger Krankenhaus zur Behandlung der Krampfadern eingewiesen. Was passiert? Es wird ihr eine neue Hüfte eingesetzt! Ohne Rücksprache mit dem Sohn=Betreuer oder dem Hausarzt! Nach dem Krankenhausaufenthalt kann sie nicht einmal mehr im Rollstuhl sitzen, sondern ist bettlägerig – und das Krankenhaus etwa 15.000 Euro reicher. Die Familie und der Hausarzt waren entsetzt und wütend, aber was kann man hinterher noch groß ausrichten? Das grenzt in vielen Fällen wirklich an organisierte Körperverletzung! Wie konnte es dazu kommen? ChefärztInnen arbeiten in Krankenhäusern wie VerkäuferInnen nach sogenannten Bonusvereinbarungen, die leicht mal zu fünfstelligen Jahresbonifikationen führen können. Je mehr Operationen, desto höher der Bonus. Da kommt es schon mal vor, dass man durch die Abteilung geht und überlegt, wem man jetzt noch welche Operation „verkaufen“ könnte. Siehe Spiegel, Heft 33 von 2011.

Wie kommen aber Ärzte zu solchen Bonusvereinbarungen? In der Regel werden ihnen diese Vereinbarungen von der kaufmännischen Geschäftsleitung des Krankenhauses aufgenötigt. Viele ÄrztInnen, die einfach fachlich und moralisch gute Medizin machen wollen, zerreißt es schier aufgrund des immensen inneren Wertekonflikts. Aber die Krankenhäuser fühlen sich mittlerweile als gewinnorientierte Wirtschaftsbetriebe. Das gilt natürlich vor allem für die Häuser in privater Trägerschaft wie beispielsweise Röhn, Asklepios und Helios, denn hier wollen die AktieninhaberInnen Dividenden sehen. Aber auch für kommunale und kirchliche Häuser wird es eng, denn sie „konkurrieren“ ja mit den Privaten am gleichen „Markt“. Und wie kam es zu diesem Markt? 2003 wurden in Deutschland das Abrechnungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen (kurz: DRG) unter der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer eingeführt. Da wusste

man bereits, dass dieses DRG-System die falschen Anreize setzen wird, aber die Lobby der privaten Klinikkonzerne war stärker.

Somit sind alle Krankenhäuser in der Pflicht die „Fälle“ zu erhöhen um Umsätze zu erzielen. Widersetzt sich ein Krankenhaus diesem Kommerzialisierungszwang und gerät es dabei ins Minus, besteht die große Gefahr der Schließung.

In Marburg/Gießen haben wir sogar den ersten Fall einer Privatisierung einer Universitätsklinik an der natürlich auch Forschung und Lehre stattfindet! Hier hat sich das Land Hessen gehörig verrechnet. Aufgrund des Investitionsstaus meinte das Land hier ein gutes Geschäft zu machen, indem die Uniklinik an die Röhn AG verkauft wurde. Das führte zu den desaströsen Verhältnissen die man bei Privatisierung und Kommerzialisierung kennt: Personal entlassen + Versorgungsqualität gesenkt + Kosten erhöht. Mehr dazu finden Sie unter www.notruf113.org. Im stationären Bereich ist auf jeden Fall bei uns ein völlig anderes Krankenhaus-Finanzierungskonzept nötig.

Beispiel Krebs:

Erschüttert über das Ausmaß manipulativer Systeme war ich beim Lesen des Buchs „**Ein medizinischer Insider packt aus**“ von Prof. Dr. Peter Yoda (Pseudonym). Im Kapitel „Timothys Story“ wird erklärt, wie man aus der Krankheit Krebs ein „**perpetuum mobile**“ zum dauerhaften Geldverdienen machte. Eine Handvoll Drahtzieher irgendwo in der Welt schüren für ihre Auftraggeber – die Pharmafirmen – die Angst vor einer tödlichen Krankheit namens Krebs in der Weltbevölkerung. „Wenn Sie es erreichen, bei einem Menschen, oder noch besser, bei einer großen Gruppe von Menschen Angst zu erzeugen, dann machen diese Menschen alles, was Sie wollen.“ Erst dadurch wurde die Diagnose Krebs zu diesem Schreckgespenst, zu diesem vermeintlichen Todesurteil, wie wir es heute kennen. Die Drahtzieher sorgen dafür, dass die Krankheit ausschließlich durch die drei konventionellen schulmedizinischen Behandlungen Operation, Bestrahlung – diese erhöht übrigens das Krebsrisiko – und Chemotherapie behandelt werden. Vor allem an den teuren Medikamenten wird am meisten verdient. Der Nutzen für die

PatientInnen ist zweifelhaft. Chemotherapie ist Gift für den Körper. Die zahlreichen Nebenwirkungen machen weitere Medikamente nötig – auch das ist gewollt. Gerade ältere PatientInnen nehmen oft zehn und mehr verschiedene Medikamente ein. Die Heilungschancen bei Krebs haben sich in den letzten 50 Jahren nicht verbessert (Quelle: Vernon Coleman in „Wie Sie Ihren Arzt davon abhalten, Sie umzubringen“). Die von den Drahtziehern installierten und von den Regierungen finanziell unterstützten gemeinnützigen Krebsvereine, Stiftungen und Gesellschaften sammeln zusätzlich fleißig Spenden in Millionenhöhe für die Krebsforschung und versprechen, dass bald wirksame Mittel gegen Krebs gefunden werden. Das Geld kommt natürlich ebenfalls den Pharmafirmen zugute und wird für unnütze Forschung verwendet. Die oft „auffrisierten“ Studienergebnisse stärken das Schreckgespenst. Die Medien helfen mit, diese Falschinformationen zu verbreiten. Aufkeimende alternative Heilmethoden, die oft viel erfolgreicher sind, werden sofort gestoppt, die BehandlerInnen als Quacksalber diffamiert und vom Markt gedrängt. Von den Krankenversicherungen werden die alternativen Heilmethoden nur in den seltensten Fällen bezahlt. Das Wohl der PatientInnen ist für die Drahtzieher von **keinerlei** Interesse. Jedoch muss man den Menschen ein bisschen Hoffnung geben, damit die Angst als Geldeintreiber funktioniert. Resignierte Menschen bringen den Geldfluss ins Stocken. Als ferne Hoffnung hat man in diesem Fall die Gentechnik benutzt. Und so erklärte am 23.12.71 Richard Nixon in seiner berühmten Rede Krebs den Krieg. Millionen von Menschen haben seither nicht die Therapie bekommen, die sie gebraucht hätten. Ein Ende dieses perpetuum mobile ist (noch!) nicht in Sicht. **Und das „Geniale“ daran ist, dass es fast niemand merkt!** Die einzige Möglichkeit dieses System zu stoppen liegt meiner Meinung nach darin, bereits im Vorfeld krebsverursachende Faktoren zu vermeiden, die Gesundheitskompetenz der PatientInnen im Umgang mit ihrer Krankheit zu stärken und dem Suchen und Finden von weiteren (alternativen) Behandlungsmethoden. Damit unterwandern wir dieses System so lange, bis es seine Daseinsberechtigung verliert. Schließlich lebt dieses perpetuum mobile von verängstigten uninformierten beziehungsweise falsch informierten Menschen und denjenigen, die diese Erkenntnis als „Verschwörungstheorie“ oder alternative Medizin als „esoterisches Geschwurbel“ abtun. Wie sehen Sie

das? Übrigens bedeutet Esoterik eigentlich nur „innerer Erkenntnisweg“ – ist das etwas Schlimmes?

Beispiel Kommerzialisierung und Privatisierung:

Merkwürdig, dass man sich sogar in USA Gedanken macht, wie man das private Gesundheitswesen sozialer gestalten könnte weil es so nicht mehr weiter geht. Bei uns geht es genau in die andere Richtung: wir wollen immer weiter Privatisieren und Ökonomisieren, weil wir glauben, die Solidarität kostet uns zu viel Geld. Ist das nicht ein ganz schlechter Witz? Dabei ist es noch nie wirklich empirisch nachgewiesen worden, dass die marktwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitswesens einen volkswirtschaftlichen Vorteil bietet. Im Gegenteil ist zu beobachten: wird beispielsweise ein Krankenhaus privatisiert, sinkt die Behandlungsqualität (weil zuerst am Personal eingespart wird) und die Kosten steigen, denn die Aktieninhaber wollen Rendite sehen. Das ist eindeutig **weniger** Gesundheit für **mehr** Geld!

Beispiel Bürokratie:

Das Gesundheitswesen mit seinen zahlreichen AkteurlInnen wie Krankenkassen, Ärzten, Kassenärztliche Vereinigung, Gemeinsamer Bundesausschuss und vielen mehr ist ein sehr komplexes Gebilde. Ich glaube nicht, dass es einen Menschen gibt, der es wirklich komplett überblickt. Durch gewachsene Strukturen und politische Flickschusterei wurde hier noch ein Institut hinzugefügt oder dort noch ein Gremium eingebaut. Der Vorteil: Bürokratie schafft Arbeitsplätze. Der Nachteil: sie kostet viel unnötiges Geld und macht das System so undurchsichtig, dass es nicht mehr sinnvoll steuerbar und von der Bevölkerung immer weniger akzeptiert ist. Ganz ehrlich: auch GesundheitspolitikerInnen haben innerhalb einer vierjährigen Legislaturperiode faktisch keine Chance, hier Sinnvolles und Nachhaltiges zu leisten. Dreht man an einem Zahnrad sind die Folgen davon gar nicht mehr absehbar. Nur ein parteiübergreifender Schulterschluss und ein mehrjähriges Projekt, das alle Sichtweisen einbezieht, können hier meiner Meinung nach helfen.

Renate Hartwig hat das in ihrem neuen Buch „Geldmaschine Kassenpatient“ in dreijähriger Recherchearbeit genau aufgearbeitet wohin die Beiträge der Kassenmitglieder versickern. Es ist wirklich erschreckend, wenn man schwarz auf weiß liest, wie raffiniert bestimmte Akteure agieren, um sich ihre Pfründe zu sichern und auszubauen – auf unsere Kosten.

4.6. Was sind die entscheidenden Krankheitserzeuger und Kostentreiber?

Und damit sind wir beim Kern angelangt: Die beiden wichtigsten Impulse in diesem System sind **Angst und Gier**. Die Studie „Die Ängste der Deutschen in 2011“ der R+V Versicherung hat ergeben, dass 50 % der Befragten Angst vor einer schweren Erkrankung haben. Eigentlich sollte man gar nicht von „Gesundheitswesen“ sprechen. Der Begriff **Krankheitsindustrie** trifft es viel besser. Der Münchner Professor Hans-Peter Dürr formulierte es so: „Diese Krankheitsumsatzmaschine funktioniert nur durch die Koppelung von Krankheit und Tod an das Wirtschaftswachstum, verbunden mit vielen teuren Apparaten und Chemie mit wenig Nutzen.“ Wäre es nicht gesünder, seine Lebensumstände befriedigender zu gestalten und mehr Lebensfreude zu genießen?

Vergessen Sie bitte nicht, dass es alleine in Deutschland um jährlich mehr als 280 Mrd. Euro geht, die hier verdient werden. Tendenz: ins Uferlose steigend! Geld wird mit Krankheiten verdient und warum sollte deshalb jemand ein ernsthaftes Interesse daran haben, dass die Menschen gesund sind? Sogar der Staat verdient durch die 19 % Mehrwertsteuer auf Medikamente mit. Machen wir uns einfach bewusst, dass uns als Menschen ganz gezielt Angst gemacht wird, um uns zum Konsum von ärztlichen und technischen Behandlungsmethoden, Vorsorgeuntersuchungen, Medikamenten und Operationen zu bewegen. Bis hin zu prophylaktischen Brustamputationen aus Angst vor Brustkrebs – siehe Angelina Jolie am 14.05.13. Noch immer schenken wir den Halbgöttern in weiß – die selbst oft instrumentalisiert werden – mehr Vertrauen, als sie verdienen. Vieles, was uns da eingeredet wird, dient definitiv nicht unserem höchsten und besten Wohl und unserer Heilung.

Dahinter steckt eine maßlose Gier. **Wollen Sie Ihre Versicherungsbeiträge wirklich für die Bereicherung anderer bezahlen?**

Doch ist die Gier nur bei Pharmaunternehmen & Co zu finden? Ich schaue jetzt einfach in die andere Richtung und das tut ebenfalls weh. Auch auf Seiten der **PatientInnen** ist dieses Phänomen leider oft zu finden. Hier äußert es sich in überzogenem **Anspruchsdenken, geringer Eigenverantwortung und wenig Solidaritätsgefühl**. „Ich habe schließlich immer so viele Beiträge bezahlt, das steht mir zu, dass ich mir das zurückhole. Andere machen es schließlich genauso.“ „Wenn ich krank bin, dann will ich nur das Beste. Die Versicherung zahlt es doch.“

Solche und ähnliche Sätze hörte ich von meinen privatversicherten KundInnen früher oft. Kennen Sie das auch? Vielleicht sogar von sich selbst? Gestehen wir uns ruhig ein, dass unser Krankenversicherungssystem zum Selbstbedienungsladen mutiert ist. Jede/r versucht immer das Maximale für sich selbst dabei heraus zu holen.

Bedenken wir dabei immer die zwei Sichtweisen, die sich in diesem Bereich typischerweise ergeben:

<p>Die Gesunden sagen:</p> <p>„Das Gesundheitswesen ist in der Krise. Wenn die Kosten weiter im bisherigen Tempo steigen, dann können wir uns die Gesundheit bald nicht mehr leisten.“</p> <p>Suchen nach Möglichkeiten ihren KV-Beitrag zu reduzieren und verzichten dafür auch auf Leistungen.</p>	<p>Die Kranken meinen:</p> <p>„Gesundheit ist das höchste Gut. Um die Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen, ist nichts zu teuer.“</p> <p>Suchen nach der unbegrenzten Nutzung der Versorgung.</p>
<p>Beide Haltungen schwächen das System.</p> <p>Bedenken Sie bitte, wie schnell Sie selbst Ihre Meinung ändern, wenn Sie oder einE sehr nahestehendeR AngehörigeR krank werden!</p>	

Beide Sichtweisen in Balance zu bringen ist die Herausforderung.

Auch das ist mit „Mehr Gesundheit für weniger Geld“ gemeint.

Der Gedanke der **Solidargemeinschaft** meint jedoch, dass jeder seinen Beitrag bezahlt und das Geld denjenigen zur Verfügung steht, die gerade Hilfe brauchen. Sollte man wirklich einmal selbst Hilfe brauchen, dann ist die Gemeinschaft für einen da. Ihr Krankenversicherungsbeitrag ist deshalb kein Geld, das Sie in ein Sparschwein stecken und sich nach Belieben wieder entnehmen können.

Deshalb darf man auch froh sein, wenn man so gesund ist, dass man seine Beiträge quasi „umsonst“ gezahlt hat – oder möchten Sie lieber mit den Kranken tauschen? Nur so kann „eine für alle – alle für einen“ funktionieren.

Dieses Phänomen der Gier gilt ebenso für die VerteilerInnen, die zwischen den LeistungserbringerInnen und den PatientInnen stehen: die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen. Sie versuchen ebenfalls einen möglichst großen Teil vom Kuchen abzubekommen. Und der ist gerade in der PKV ganz ordentlich. Ich weiß wovon ich rede, denn ich habe lange genug selbst davon profitiert.

Doch woher kommt diese Gier? Was veranlasst uns alle dazu, ohne Maß alles an uns zu reißen, unabhängig davon, ob es uns zusteht oder die Gemeinschaft über Gebühr belastet? Das könnte man einerseits mit einem Schulterzucken und den Worten „tja, die Menschen sind halt so“ beantworten. Bringt uns diese Antwort wirklich weiter oder sägen wir uns damit den Ast ab, auf dem wir sitzen? Sicherlich stellt für uns als private KonsumentInnen im Kapitalismus die Nutzenmaximierung ein wichtiges Ziel dar. „Geiz ist geil“ bringt es auf den Punkt.

Aber wenn wir tiefer gehen, scheint mir hinter der Gier ein großes **Mangelgefühl** zu stehen. Mangel an Materiellem, an Zuwendung, an

gemeinschaftlicher Fürsorge, Verbundenheit, Freiheit, Selbstbestimmung, Selbstwertgefühl und vor allem Liebe.

Der vielbeschworene Wettbewerb und das Leistungsdenken und der Konkurrenzk(r)ampf dahinter heizen diese Gier noch weiter an. Macht uns das wirklich gesünder? Würde uns Kooperation statt Konkurrenz nicht einfach mal etwas entspannter durchatmen lassen? Gier ist nicht veranlagt sondern erlernt. Somit besteht täglich die Chance, unsere Haltung und dadurch unser Verhalten zu ändern.

Wir erlebten bis jetzt die Profitgier als „**Pubertät**“ der Menschheit, doch langsam werden wir erwachsen. Bereits Gandhi sagte: „**Die Welt hat genug für jedermanns Bedürfnisse, nicht aber für jedermanns Gier.**“

Das Zitat „**Wer nie genug hat, ist immer arm**“ trifft es genauso gut wie das chinesische Sprichwort „Gier macht den Menschen im Leben arm, denn die Fülle der Welt macht ihn nicht reich. Glücklich ist, wer ohne Krankheit, wer ohne Schulden ist.“

Ich verstehe, dass jede/r versucht, so gut es geht mit seinen/ihren Mittel zu wirtschaften. Vielleicht wird es Zeit, etwas bewusster mit unserem Anspruchsdenken umzugehen. Denn damit entscheidet jede/r von uns jeden Tag, ob wir eine starke oder eine weniger starke Gemeinschaft sind.

Eine alte Lebensweisheit besagt: „Wenn jede/r an sich selbst denkt, ist an alle gedacht.“ Diesen Satz finde ich nicht egoistisch, sondern er ist für mich die Grundlage für Eigenverantwortung und somit für jede funktionierende Gemeinschaft. Zuerst versuche ich mir selbst zu helfen. Wenn es mir gut geht, kann ich der Gemeinschaft besser dienen. Nur wenn ich allein und in meiner nächsten Gemeinschaft so nicht weiter komme, frage ich den Staat bzw. das Sozialsystem um Hilfe (Subsidiaritätsprinzip). Das macht für mich den Unterschied zwischen echter Solidarität und Schmarotzertum.

Das bisherige System zu durchschauen finde ich einerseits wichtig um in die Handlungsfähigkeit zu kommen, andererseits will ich explizit keine Feindbilder festigen, denn das bringt uns nicht weiter. Ich agiere in dem Bewusstsein, dass jeder Mensch sich bezahlbare Beiträge und im Krankheitsfall fürsorgliche und wirksame Hilfe wünscht – egal ob HartzIV-EmpfängerIn oder Pharma-UnternehmerIn.

Vielleicht kann der Paradigmenwechsel, von dem ich im zweiten Kapitel schrieb, hier zu unserer Heilung beitragen.

5. Stärkung der Gesundheitsförderung

5.1. Gesundheitsförderung in Abgrenzung zur Prävention

Man kann vier Eingriffszeitpunkte für Interventionen unterscheiden:

Art:	Zeitpunkt:	Beispiel:
1. Gesundheitsförderung	Richtet sich an gesunde Menschen ohne Risikofaktoren	Allgemeine Info über gesunde Ernährung, Bewegung und Entspannung zur Stärkung aller individuellen Ressourcen
2. Primärprävention	Richtet sich an Menschen mit Risikofaktoren um Erkrankungen zu vermeiden	Raucherentwöhnungskurse für noch Gesunde
3. Sekundärprävention	Richtet sich an Menschen, bei denen bereits eine Krankheit vorliegt,	Früherkennungsuntersuchungen für Darmkrebs, Brustkrebs etc.

	die jedoch noch nicht bemerkt wurde	
4. Tertiärprävention	Richtet sich an Betroffene um Folgeerkrankungen zu vermeiden	Betreuung von Diabetes PatientInnen um den Diabetesfuß zu vermeiden

5.2. Verhaltens- und Verhältnisprävention

5.2.1. Verhaltensprävention

Darunter fallen Maßnahmen, die jeden einzelnen Menschen dazu einladen, ihr Verhalten zu verändern. Zum Beispiel um die Bewegung zu fördern oder jemanden von leckerem gesundem Essen zu überzeugen.

5.2.2. Verhältnisprävention

Hier geht es um Maßnahmen, welche die äußeren Lebensumstände verbessern. Dazu gehört für sauberes Trinkwasser und ausreichenden Arbeitsschutz zu sorgen sowie die Schaffung von gesunden Lebensräumen. Diese Maßnahmen sollten in der Regel vom Arbeitgeber oder von der Politik durchgeführt werden.

Hier nehme ich ein ziemliches Spannungsfeld wahr, da die jeweiligen Gruppen gerne die Verantwortung auf die Gegenseite schieben:

Dem Arbeitgeber sind beispielsweise arbeitsfähige MitarbeiterInnen wichtig, die sich entsprechend gesund verhalten, damit sie im Beruf ihre Leistung bringen. Dieselben ArbeitnehmerInnen beschwerten sich aber beim Arbeitgeber über zu hohe Arbeitsdichte, zahlreiche Überstunden und Überforderung. Ich finde beides wichtig und sehe eine große Herausforderung darin, alle darin zu bestärken, das ihre zu tun, damit es gemeinsam besser funktioniert. Manchmal stelle ich mir jedoch auch die Frage, wie sinnvoll es ist, beispielsweise das Pflegepersonal in einem Krankenhaus fit zu halten, damit sie in einem „kranken“ System funktionieren (siehe Kapitel 4), denn damit wird

das System gestützt. Und wenn das gelingt, sieht niemand mehr die Notwendigkeit zur Veränderung des Systems. Andererseits kann man solche Systemveränderungen auch nicht auf Kosten der Gesundheit des Pflegepersonals austragen. Was tun?

5.3. Kritik an der Prävention

Ich bin ein großer Fan von Gesundheitsförderung, denn im Falle der Prävention ist es oft schon „zu spät“. Außerdem befindet man sich bei der Prävention meist schon im Bereich des Gesundheitswesens bzw. der Krankheitsindustrie. Hier wird bereits mit Angst gearbeitet, auf Krankheit fokussiert und damit Geld verdient.

5.3.1. Beispiel Impfungen

Sind Impfungen wirklich notwendig? Was bringen sie für die Gesundheit? Kann es sein, dass durch sie vielleicht mehr Schaden als Nutzen entsteht?

Manche Impfstoffe enthalten Quecksilber und Formaldehyd, gegen die manche Menschen allergisch reagieren. Im Falle der Schweinegrippe haben sich nur wenige Menschen impfen lassen, den Bundesländern entstand ein finanzieller Schaden in Millionenhöhe und die Pharmaindustrie profitierte auf jeden Fall.

5.3.2. Beispiel Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung

Auch hier sind Nutzen und Schaden abzuwägen. Auf jeden Fall ist das bereits ein Geschäftsmodell für Ärzte. Ob es immer sinnvoll ist, dass beispielsweise kleine Tumore in der Brust oder Prostatakarzinome früher erkannt und behandelt werden, wurde bereits in Studien widerlegt. Hier kann es zu Überdiagnostik und damit zu Überbehandlung kommen, die nicht notwendig gewesen wäre und mit der man relevante Nebenwirkungen erzeugt. Beispielsweise mit dem PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs. Gerade langsam wachsende Tumore in höherem Alter verursachen oft keine Beschwerden oder Behandlungsbedürftigkeit. In Deutschland wird jedoch trotzdem meistens die Prostata entfernt oder bestrahlt. Dies

kann unnötigerweise Inkontinenz oder Impotenz zur Folge haben.
(Quelle: Information der Deutschen Krebshilfe)

5.3.3. **Beispiel IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen)**

Dabei geht es um Leistungen, die von der Kasse nicht bezahlt werden, weil sie als wissenschaftlich nicht anerkannt oder als nicht notwendig erachtet werden. Es gibt kein transparentes Preis- und Leistungsverzeichnis hierüber. ÄrztInnen werden zu VerkäuferInnen dieser besonderen Leistungen – mit zweifelhaftem Nutzen für die PatientInnen. Arztpraxen werden von externen UnternehmensberaterInnen darin gecoached diese Leistungen zu verkaufen, da man als Arztpraxis schließlich ein wirtschaftliches Unternehmen betreibt. Diese Coachings werden vom Bundesministerium für Forschung sogar aus unseren Steuergeldern mitfinanziert. Das gefällt mir nicht. Und Ihnen?

Eine Orientierungshilfe für Sie: www.igel-monitor.de.

Trotzdem muss natürlich jedeR für sich selbst entscheiden, welche Maßnahmen man trifft oder nicht trifft und die Konsequenzen daraus tragen.

Zu diesen Themen werde ich für Sie im Laufe der Zeit noch vertiefter recherchieren.

Momentan befindet sich ein Präventionsgesetz im Gesetzgebungsprozess. Da dürfen wir gespannt sein, ob es noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird und wenn ja, welche Verbesserungen uns das bringt.

5.4. **Gesundheitsförderung**

Ganz pauschal gesagt halte ich es für wichtig, dass wir dafür sorgen, dass es uns in jeder Hinsicht gut geht. Richten wir unseren Blick viel mehr auf die Ressourcen, die unsere Gesundheit stärken. Ressourcen sind dabei das Gegenteil von Risikofaktoren und liegen auf unterschiedlichen Waagschalen.

Dazu zählen ein starkes Vertrauen in sich und die Welt, Zuversicht, ein

positives Selbstwertgefühl, Verbundenheit in einer Gemeinschaft die einen unterstützt, Sinnhaftigkeit im Leben, Liebe, Handlungskompetenz und überhaupt eine positive Lebenseinstellung. Im Grunde trifft es die in Kapitel 2 entworfene Zukunftsvision am besten, um zu beschreiben, was ich unter gesundheitsfördernden Lebenszusammenhängen verstehe.

5.5. Gesunde Lebensweise:

Ratschläge für eine gesunde Lebensweise gibt es mittlerweile viele. Das muss ich an dieser Stelle sicher nicht allzu ausführlich aufgreifen. Vieles davon ist für Sie selbstverständlich. Doch eine Frage:

Nehmen Sie Ihre Gesundheit bereits bewusst und wertschätzend wahr?

Viele Menschen nehmen Gesundheit als etwas Selbstverständliches wahr und erkennen erst im Krankheitsfall, dass etwas nicht stimmt. Dies verhindert jedoch oft die gezielte Förderung von Gesundheit. Es ist bestimmt sinnvoll, eine gute Gesundheit als etwas Wertvolles zu betrachten, das man gerne pflegt.

Wichtig ist weiter, dass jeder Mensch auf seine eigene innere Stimme hört und auf seine Art auf seine Gesundheit achtet. Eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung bei frischer Luft kann viel Spaß machen. Ein möglichst ausbalanciertes Leben (Arbeit und Freizeit, Wachen und Schlafen, Spannung und Entspannung etc.) also das richtige Maß bei Allem zu finden ist zudem hilfreich. Das Zusammenspiel von seelischen Aspekten, dem Lebensstil und der Gesundheit bzw. Krankheit sollte man erkennen und berücksichtigen. Wir sollten uns vor allem nicht Angst machen lassen sondern uns Mut machen und das Urvertrauen in uns selbst stärken. Liebevoller Umarmungen sind übrigens sehr gesund. Ebenso wie ein starkes soziales Beziehungsnetz.

Energie folgt der Aufmerksamkeit. So gestatten wir uns, entweder krank oder gesund zu sein. Wenn wir unsere schöpferische Souveränität erkennen, dann

handeln wir eigenverantwortlich. Es geht um die Evolution der Menschheit hin zu einer sozialeren und umweltverträglicheren Definition von Lebensqualität.

Wenn Sie in Ihr Navigationssystem München eingeben, dann fahren Sie doch auch nach München und nicht nach Berlin oder an einen anderen Ort. **Was halten Sie davon, „Gesundheit“ in Ihr Navi einzugeben?**

5.6. Die besten Tipps finden Sie in der Infothek

Seit einiger Zeit sammle ich für Sie gute Ansätze für Gesundheitsförderung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Infothek auf meiner Webseite.

Sie sind eingeladen, diese ständig wachsende Sammlung kostenlos zu nutzen:

<http://www.mehr-gesundheit-fuer-weniger-geld.de/service-infothek/index.html>

6. Ganzheitliche Gesundheitsversorgung

„Die Heilkunde der Zukunft wird ein gegenseitiges Bereichern, ein Zusammenfließen urältester Heilweisen mit dem Besten der modernen Medizin sein. Eine Kunst, in der Magie und Medikament, liebevolle Berührung und Skalpell, heilende Gedankenarbeit, Gebet und Meditation nach Jahrhunderten der naturwidrigen Trennung wieder zu einer Ganzheit verschmelzen, die auch den Menschen wieder als Ganzes sieht.“

(Quelle unbekannt)

6.1. Was ist Gesundheit und was ist Krankheit?

Hier gibt es unterschiedliche Ansichten. Für die einen reicht bereits die Abwesenheit von Krankheit für die anderen ist es körperliches und seelisches Wohlbefinden, über Energie zu verfügen und leistungsfähig zu sein.

Hilfreich ist dabei, Gesundheit und Krankheit nicht als entweder/oder zu betrachten.

Ich stelle mir beim Empfinden von Krankheit und Gesundheit eine Skala von 0 bis 100 % vor. Der Schieberegler auf dieser Skala bewegt sich bei jedem Menschen im Laufe seines Lebens mehr oder weniger stark hin und her. Jeder Mensch verfügt das ganze Leben lang über gesunde Aspekte. Faszinieren ist, dass der Körper bis zu 70 % an Beeinträchtigung kompensieren kann, bis man krank wird. Das bedeutet: wenn man wirkliche Krankheitssymptome empfindet, hat man bereits 70 % der Gesundheit eingebüßt.

Nun kann man entweder die Ursachen suchen und beseitigen um sich zu heilen oder man kann die Krankheitssymptome deckeln und so im Zustand der Schein-Gesundheit verharren, der jedoch eine negative Abhängigkeitsspirale auslöst. Ich wünsche mir, dass wir uns um wirkliche Heilung bemühen, auch wenn der Aufwand dazu möglicherweise erst einmal höher ist.

Wie kann man nun diesen Schieberegler beeinflussen? Wenn ich an mir irgendwelche körperlichen Symptome bemerke, dann weiß ich darum, dass mir meine Seele sagt, dass etwas in meinem Leben nicht optimal ist. Das kann ein destruktives Gedankenmuster, eine Konfliktsituation im zwischenmenschlichen Bereich oder ein unerfülltes Bedürfnis sein. Selbstverständlich kann ich dann zum Arzt oder in die Apotheke laufen und mir **dagegen** irgendein Medikament holen. Hilft mir das wirklich, meine persönliche Situation zu verbessern, etwas **für** mich zu tun? Meistens reicht das leider nicht. Das erkenne ich am Wiederkehren der Symptome. Das ist vergleichbar mit Ihrem Auto. Wenn das Signallämpchen für den Ölstand aufleuchtet stellen Sie dann dieses Warnsignal einfach nur ab oder sehen Sie nach dem Ölstand? Stellen Sie sich ein Haus vor, dem ein Sturm ein paar Dachziegel herunter gefegt hat. Seitdem regnet es dort ins Haus. Man hat den Schaden bald bemerkt und stellt seitdem einen Eimer unter das Loch im Dach um das Regenwasser aufzufangen. Das hindert das Regenwasser natürlich nicht daran, ständig weiter herein zu tropfen – es wird zum Dauerzustand. Deshalb tauscht man den Eimer jedes Mal aus, wenn er voll ist. Nach einiger Zeit erhält das Haus das Etikett: „chronisch krank“. Die Dachbalken und das

Gemäuer nehmen immer mehr Wasser auf. Sie werden morsch und es entsteht Schimmel. Ein weiteres Etikett kommt hinzu: „multimorbid“. Der Schaden am Haus wird größer, die Behebung aufwändiger und teurer. Hätte man gleich die Ursache behoben und ein paar Dachziegel erneuert (= Heilen) anstatt nur die Symptome zu mildern (=Behandlung), wäre der Schaden am Haus und die Kosten nicht so aus dem Ruder gelaufen. Dies ist nur ein Vergleich, aber Sie verstehen sicher was ich meine.

KritikerInnen dieser Sichtweise argumentieren häufig damit, dass man den eh schon mit Krankheit gestraften PatientInnen damit auch noch die Schuld für die Krankheit in die Schuhe schiebt. Darum geht es mir jedoch absolut nicht. Unter einem ganzheitlichen Ansatz und Eigenverantwortung verstehe ich, ein Bewusstsein für meinen eigenen großen Einfluss (positiv wie negativ) auf mein eigenes Leben zu entwickeln. Das meint aber keine „Allmächtsphantasien“, da mir bewusst ist, dass ich Teil einer sozialen Gemeinschaft bin, auf die ich nur teilweise Einfluss habe. Wir sind von sehr vielen äußeren Einflüssen umgeben und erzeugen selbst ständig innere Einflüsse. Diese möglichst ganzheitlich wahrzunehmen halte ich für eine Heilung für wichtig.

Des Weiteren bin ich mir sicher, dass uns Schuldzuweisungen aller Art nicht weiter bringen. Es liegt mir fern, einzelne Berufsstände, Einrichtungen oder Versicherungssysteme pauschal zu verurteilen. Die Lektüre des „Ärztelasserbuches“ (heftiger Titel...) macht zwar schon nachdenklich, da es aufzeigt, was menschlich und handwerklich im Krankenhaus alles schief gehen kann. Andererseits lehrt es mich den Respekt vor allen Leistungserbringenden und deren hoher Arbeitsbelastung und Verantwortlichkeit. Warum kann da etwas schief gehen? Zum einen sind wir Menschen und Menschen können Fehler machen. Darüber hinaus hat jedeR ein anderes Menschenbild und moralische Haltungen. Und viele Schwierigkeiten sind sicherlich der Systematik selbst geschuldet. Beispielsweise der Ausbildung von MedizinerInnen. Gehen wir lieber

aufeinander zu und setzen wir um, was wir gemeinsam verbessern können!
Darauf sollten wir uns meiner Meinung nach fokussieren.

6.2. Ganzheitlicher/Psychosomatischer Ansatz

„Mit **Psychosomatik** (altgr. *psyché* für Atem, Hauch und Seele und *soma* für Körper, Leib und Leben) wird in der Medizin die Betrachtungsweise und Lehre bezeichnet, in der die geistig-seelischen Fähigkeiten und Reaktionsweisen von Menschen in Gesundheit und Krankheit in ihrer Eigenart und Verflechtung mit körperlichen Vorgängen und sozialen Lebensbedingungen in Betracht gezogen werden.“ (Quelle: Wikipedia). Da kann man die Dimensionen sozial, ökologisch, spirituell und politisch aber konsequenterweise noch ergänzen.

Krankheiten entstehen nicht zufällig. Jede Krankheit hat eine Ursache und damit einen tieferen Sinn. Ursachen bekämpfen und damit chronische Erkrankungen langfristig ausheilen, können wir nicht durch Schmerzmittel, Cortison oder Psychopharmaka. Damit werden nur Symptome vertuscht, es wird also deshalb meist nur kurzfristig geholfen. Wenn es im Haus brennt, nützt es aber auch nichts, nur den Feuermelder abzuschalten.

Die Seele sagt uns, dass etwas in unserem Leben (in einem selbst, mit anderen Menschen, im Beruf oder der Umwelt) nicht im Gleichgewicht ist. Wenn wir das herausfinden und lösen, ist Heilung leichter möglich. Besonders hinweisen möchte ich an dieser Stelle auf die Bücher von Dr. Rüdiger Dahlke, der bereits seit den 80-er Jahren viele Bücher zu diesem Thema geschrieben hat, sowie von Luise Hay und vielen mehr. Es geht dabei um ein tieferes Verständnis zur Entstehung von Krankheiten. Dieses hilft uns dabei den Sinn der Symptome zu erkennen und in Gesundheit zu transformieren (siehe Literaturliste am Ende des ebooks).

Es gibt zwei Gruppen von Kranken:

1. Die, die wirklich gesund werden wollen und dafür auch den etwas unbequemen Weg der sanften Medizin gehen. Was auch bedeutet, dass man sich mit sich selbst auseinandersetzt.
2. Die, die mit ihrer Krankheit einfach auf sich aufmerksam machen wollen, die versorgt werden wollen und lieber jammern als es anzupacken.

Ich wünsche mir, dass die erste Gruppe immer größer wird, denn mit der Bequemlichkeit der zweiten Gruppe wird auf unser Aller Kosten sehr viel mehr Geld verdient als nötig.

6.3. Komplementärmedizin als wichtige Ergänzung

Zuerst ein paar Begriffsdefinitionen. Schulmedizin ist die Bezeichnung für die Form von Medizin, die an den Universitäten nach wissenschaftlichen Grundsätzen gelehrt und entwickelt wird. Die HeilbehandlerInnen dieser Richtung sind in erster Linie ÄrztInnen. Mit Komplementärmedizin sind alternativen Heilmethoden gemeint. Methoden, die sich außerhalb der Schulmedizin entwickelten und sich als Alternative oder als Unterstützung zu dieser verstehen. Beispiele hierfür sind Naturheilkunde, Akupunktur, Homöopathie und Kneipptherapie. Die HeilbehandlerInnen dieser Richtungen sind unter anderem HeilpraktikerInnen.

Was wird momentan von den Kassen und Versicherungen bezahlt?

Voraussetzung für eine Erstattung der **gesetzlichen Krankenkasse** ist die Erbringung der Leistung durch eine/e ÄrztIn mit Kassenzulassung. HeilpraktikerInnen-Leistungen sind grundsätzlich ausgeschlossen. Behandlungen müssen wissenschaftlich anerkannt, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen selbst bezahlt werden – egal ob schulmedizinisch oder alternativ. Die Akupunktur bei chronischen Rücken- und Knieschmerzen ist seit 2006 Regelleistung. Die detaillierte Erstattung der Kassen kann sehr unterschiedlich sein. Deshalb empfiehlt es sich vor Behandlungsbeginn immer die Vorlage eines Behandlungs- und Kostenplans und das Einholen

einer verbindlichen schriftlichen Antwort der Kasse hierzu. Die Behandlungsmethode darf nicht in den Richtlinien als „nicht anerkannt“ stehen.

Unter Umständen können die Krankenkassen aber doch zur Bezahlung wissenschaftlich nicht anerkannter Behandlungen verpflichtet werden. Beispielsweise, wenn bei einer akut lebensbedrohlichen Erkrankung oder einer, bei der eine dauerhafte Behinderung droht, keine Standardtherapie verfügbar ist, diese unverträglich ist oder nicht angewendet werden darf. Voraussetzung ist, dass die fragliche Methode in Studien bei einer hinreichend großen Zahl von Menschen eine therapeutische Wirksamkeit erkennen ließ. Es genügt also nicht, dass die Methode in Einzelfällen geholfen hat.

Für die **private Krankenversicherung** gelten die Allgemeinen Versicherungsmusterbedingungen (AVB/KK) § 4, I., (6): „Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann dafür seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.“

In den meisten Tarifen wird die HeilpraktikerInnenbehandlung übernommen – sogar bei der Beihilfe der Beamten. Jeder private Krankenversicherer hat eine interne Liste über anerkannte Behandlungsmethoden, die ständig überarbeitet wird. Je nach Tarif sind Höchstgrenzen und Selbstbehaltsregelungen zu beachten. Es empfiehlt sich – ebenso wie in der GKV – vor der Behandlung einen detaillierten Behandlungs- und Kostenplan einzureichen und eine Kostenzusage abzuwarten. Die privaten Krankenversicherungen bieten neben der Vollversicherung Zusatztarife für KassenpatientInnen an. Damit können teilweise alternative Heilbehandlungen abgesichert werden.

Aber wie kann Komplementärmedizin die Gesundheitskosten senken, wenn doch dann mehr Leistungen bezahlt werden sollen als bisher?

Eine gleichberechtigte Aufnahme der alternativen Heilmethoden in den Leistungskatalog bei Einführung der EINE für ALLE – oder eventuell bereits früher in GKV und PKV – führt zuerst zu steigenden Kosten. Denn diese Behandlungen zahlten die Versicherten bislang aus eigener Tasche.

Erst wenn im zweiten Schritt vermehrt preisgünstigere Methoden eingesetzt werden, ergibt sich ein Einsparpotenzial. Erinnern Sie sich bitte an das Beispiel einer Bekannten von mir in Kapitel 4, die ihre konventionelle Rheumatherapie nicht vertragen hat. Für weniger Geld hat sie nicht nur die Symptome bekämpft sondern die Ursachen nahezu beseitigt und damit ihre Lebensqualität erhöht!

Des Weiteren erzählte im Februar 2011 auf einer Veranstaltung in München ein Teilnehmer von seinem Prostatakrebs. Die Chemotherapie für ca. 40.000 € wäre ihm bezahlt worden. Auf diese verzichtete er. Geheilt hat er sich schließlich mit einigen alternativen Methoden für eine Summe von ca. 2.500 €.

KritikerInnen der alternativen Heilmethoden bringen oft das Argument an, dass diese Behandlungsmethoden nicht wissenschaftlich bewiesen und anerkannt sind und deshalb nur evidenzbasierte Methoden eingesetzt und erstattet werden dürften. Bei der evidenzbasierten Medizin geht es darum, alle wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einer Methode auszuwerten und die Erkenntnisse dann konsequent in der Praxis umzusetzen. Da entpuppt sich so manche eingesetzte und teuer abgerechnete Methode als nutzlos für die PatientInnen. So sehr der evidenzbasierte Ansatz einerseits zu begrüßen ist, so sollte er doch andererseits nicht die alleinig ausschlaggebende Rolle bei der Verordnung und Erstattung spielen.

Denn nicht jede Behandlungsmethode – weder konventionell noch alternativ – ist detailliert wissenschaftlich bewiesen. Sicher ist es sinnvoll hier weiterhin verstärkt zu forschen. Bei dieser Forschung sollte aber die Verbindung von

Körper und Seele ebenfalls beachtet werden ebenso wie die Forschung nach den generellen Faktoren für Gesundheit (Salutogenese).

In der Medizin handelt es sich oftmals mehr um eine Kunst, als um eine Wissenschaft. Auch bei gleicher Diagnose ist jeder Fall anders. Es gibt unterschiedliche Heilmethoden und man kann nie mit Gewissheit voraussehen, was helfen wird. Jedem hilft etwas anderes. Und manchmal ist weniger mehr. Mich irritiert der Denkansatz, dass die Schulmedizin automatisch funktioniert, da sie wissenschaftlich bewiesen ist. Aus diesem Grund sei sie vertrauenswürdiger und den alternativen Methoden vorzuziehen und von den Krankenversicherern zu erstatten. Wenn das so stimmen würde, würden sich nicht so viele Menschen den alternativen Methoden zuwenden. Vernon Coleman zitiert in seinem Buch „Wie Sie Ihren Arzt davon abhalten, Sie umzubringen“ auf Seite 218 einen Leitartikel des „British Medical Journal“, eine der weltweit best angesehensten Fachzeitschrift der etablierten Medizin. Darin wird festgestellt, dass nur ungefähr 15 % aller schulmedizinischen Eingriffe auf soliden wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Im gleichen Leitartikel wurde „gestanden“, dass nur etwa 1 % aller Artikel in medizinischen Fachzeitschriften wissenschaftlich abgesichert ist. Von wirklich wissenschaftlich arbeitenden MedizinerInnen könnten wir erwarten, dass sie die Wirksamkeiten unterschiedlicher Behandlungsmethoden pragmatisch miteinander vergleichen, also beispielsweise bei Krebs Chemotherapie, Operation und Bestrahlung mit Entgiftung und Ernährungsumstellung. Das wird aber nicht getan. Möglicherweise gelingt es der Wissenschaft manchmal nicht, bestimmte Phänomene zu beweisen, auch wenn diese Heilmethode vielen Menschen hilft. Soll sie den PatientInnen dann vorenthalten werden – oder zumindest von der Erstattung ausgeschlossen werden? Ganz ehrlich: wenn mir eine Methode hilft, dann ist es mir gleichgültig, ob sie wissenschaftlich bewiesen ist oder nicht.

Der Schulmedizin wird oft vorgeworfen nur Symptome zu behandeln, den Menschen dabei jedoch nicht ganzheitlich zu sehen. Das gleiche kann

natürlich bei Anwendung von alternativen Heilmethoden ebenfalls passieren. Dort wird jedoch eher von einem ganzheitlichen Ansatz ausgegangen. Unser bisheriges Gesundheitswesen, das meistens Schulmedizin einsetzt und erstattet, ist leider überwiegend ein Reparaturbetrieb und von daher nicht selten ineffizient und teuer.

Grundsätzlich halte ich es für wichtig, dass man sich mit dem ganzen Menschen beschäftigt und noch für wichtiger: dem Menschen dabei zu helfen, sich mit sich selbst zu beschäftigen und zu heilen! Ein/e wirkliche/r HeilerIn ist für mich eine Person, die einem Menschen dabei hilft, seine/ihre Selbstheilungskräfte zu aktivieren, um sich selbst zu heilen. Da gibt es sicherlich in der ganzen Bandbreite der Medizin Menschen, die das können. Und es gibt glücklicherweise viele HeilbehandlerInnen, die beides zum Wohle der PatientInnen einsetzen und kombinieren. Ein Beispiel aus meinem Bekanntenkreis: der Kinderarzt schickt die Eltern mit dem Kind zu einer Osteopathin, weil er nicht mehr helfen kann. Dem Kind wird von der Osteopathin in einer Sitzung sofort wirksam geholfen.

Ein ganz wichtiger Impuls für die Aktivierung der Selbstheilungskräfte kann die bewusste Übernahme von Eigenverantwortung sein. „Ich kümmere mich jetzt selbst um mich, da ich der/die ExpertIn in meinem Leben bin. Wenn ich selbst nicht weiter weiß, dann hole ich mir gezielt Hilfe.“ Und bei dieser Hilfe sollte jede/r selber mitbestimmen, wie er/sie wieder gesund werden will.

Das Wissen um die verschiedenen Heilmethoden ist Allgemeinwissen. Es sollte daher bereits in den Schulen und in Einrichtungen der Erwachsenenbildung weitergegeben und verstärkt Teil des Medizinstudiums sein.

Jede Methode die wirkt, hat in ihrem Bereich ihre Daseinsberechtigung. Würde ich mir beim Heimwerkern beispielsweise einen Finger absägen, dann wäre ich froh um eine/n ChirurgIn, die ihn mir so annäht, dass er danach wieder als Finger voll einsetzbar ist. In so einem Fall helfen keine Globuli.

Wenn eine Erkrankung mit starken Schmerzen einhergeht, würde ich im ersten Moment sicherlich der Einnahme von Schmerzmitteln zustimmen, keine Frage. Dabei sollte es dann aber nicht bleiben, außer ich will lebenslang von Schmerzmitteln abhängig sein, die andere Organe schwer schädigen können. Da ist dann eher eine Beschäftigung mit der Ursache der Erkrankung angeraten.

Nicht jede Methode hilft oder entspricht jedem/r. Leider gibt es nicht unbedingt die Einheitsmethode, die bei jedem Menschen gleich gut hilft auch wenn die Entwicklung von medizinischen Leitlinien genau da vorsieht. Aus diesem Grund ist die Wahlmöglichkeit aus mehreren Methoden positiv zu sehen. Der Focus sollte stets auf der Heilung und nicht nur auf der (medikamentösen oder operativen) Behandlung einer Erkrankung liegen. Vor allem wenn mit der Behandlung in der Regel mehr Geld verdient werden kann, als mit der Heilung! Vielmehr sollte ein/e ernst zu nehmende/r BehandlerIn von sich aus die für Sie passende Methode aus den alternativen und schulmedizinischen Methoden wählen, wenn er/sie wirklich Ihre Heilung im Sinn hat. Leider ist das nicht immer der Fall, denn mit einer Chemotherapie ist nun mal mehr Geld verdient als mit einer Entgiftung des Körpers und einer Ernährungsumstellung. Außerdem müssen ChefärztInnen in Krankenhäusern Umsatzziele erreichen – mit dem Skalpell in der Hand! (Spiegel 33-2011) Deshalb sollten Sie stets alle Behandlungsmethoden, die Ihnen vorgeschlagen werden, kritisch hinterfragen und selbst dazu Recherchen anstellen, bevor Sie einwilligen.

Die SchweizerInnen haben sich übrigens am 19.05.09 die Erstattung der Komplementärmedizin im Rahmen ihrer „Bürgerversicherung“ auf dem Wege der eidgenössischen Volksinitiative erstritten.

6.4. Wie kann ein neues Bewusstsein zum Thema Heilung aussehen?

Naomi Remen unterscheidet zwischen einer statischen und einer prozessorientierten Haltung zur Medizin; sie sagt: „Ein Arzt, der die Lebenskraft des Menschen in den Blick nimmt, ist wie ein Gärtner, der sich

um das Gedeihen seiner Rosen bemüht. Einen Rosenstrauch kann ich nicht „reparieren“. Ich kann lediglich lernen, den lebendigen Prozess seines Wachstums zu studieren und zu unterstützen, indem ich den Strauch beschneide, dünge und es ihm auf diese Weise ermögliche, so zu gedeihen, dass die ihm innewohnende Lebenskraft groß genug ist, auch Krankheiten zu besiegen.“

Lichtblicke in der Schulmedizin gibt es jedoch ebenfalls. Mittlerweile gibt es beispielsweise die „Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte“ www.mezis.de, was ich sehr begrüße. Oder der Trend zur „sanften Schulmedizin“. Hier geht es um die Erkenntnis, dass weniger Medikamente und Operationen ganz oft besser für die PatientInnen sind. Holen Sie sich lieber eine Zweitmeinung unter www.vorsicht-operation.de bevor Sie sich unter das Messer begeben.

Änderung unserer fatalen Glaubenssätze über „chronische“ und „unheilbare“ Krankheiten um Heilung zu ermöglichen

Nina Konitzer beschreibt auf ihrer Webseite (www.gesang-des-mondes.de/nina/) ihren eigenen Heilungsweg aus einer schweren Erkrankung:

Ein Teil meines Weges...

Das was ich euch erzählen möchte, ist nicht entstanden weil ich eine besondere Ausbildung habe, weil ich viele Seminare besuchte, oder viele Bücher gelesen hab, sondern weil ich es selbst erlebt habe. Ich freue mich sehr dass ich meine Erfahrungen und die daraus resultierenden Erkenntnisse nun mit euch teilen darf.

Als mir die Ärzte der Regensburger Uniklinik die Diagnose Morbus Crohn stellten, war ich 15 Jahre alt. „Morbus Crohn“ oder Colitis Ulcerosa“, eines von beiden, wir sind uns nicht sicher...“ waren die letzten Worte an jenem Abend, bevor sich die Dunkelheit, wie schwarzer Samt über die Dächer der Stadt legte. Auch über mich hatte sich etwas Schweres gelegt. Der übriggebliebene Rest meiner jugendlichen Leichtigkeit war gestorben. In einem einzigen Augenblick.

10 Jahre lang war ich sehr intensiv mit dieser Krankheit beschäftigt, hab viel Zeit in Krankenhäusern und Rehakliniken verbracht und musste viele Medikamente, wie Cortison und Antibiotika nehmen.

Bevor der große Wendepunkt in meinem Leben kam, war ich am absoluten Tiefpunkt. Ich wog noch

40 kg, konnte kaum noch mein Haus verlassen, weil ich permanent Schmerzen hatte, und inzwischen hatten sich auch Depressionen eingeschlichen.

Ich hab die Verantwortung für meine Gesundheit, ja sogar die Verantwortung für mein Leben völlig abgegeben. Nur leider wusste ich dies zu dem Zeitpunkt nicht.

Das durfte ich erst erkennen als ich eines sonnigen nachmittags in der Frühlingswiese lag und anfing zu träumen. In meiner Vorstellung kam plötzlich eine kleine Fee angehüpft, die mir sagte ich hätte einen Wunsch frei, und die Fee fragte mich, ob sie mir meine Krankheit nehmen soll. Natürlich war ich sehr begeistert und sagte „JA, bitte, nehme mir meine Krankheit“. Doch plötzlich spürte ich ein entsetzliches Unbehagen in mir. Zum ersten mal in meinem Leben, stellte ich mir die Frage, „will ich wirklich gesund sein“? Die ernüchternde Antwort, die tief aus meinem Innersten kam, war „Nein!“ Diese Erkenntnis traf mich wie ein Faustschlag ins Gesicht und doch musste ich mir eingestehen dass es die Wahrheit ist.

So ist es mit unseren Wünschen. Wenn ich mir wünsche gesund zu sein, aber nicht bereit bin, auf die Annehmlichkeiten, die jede Krankheit mit sich bringt, zu verzichten, dann kann ich nicht geheilt werden.

Besonders das Verlieren einer chronischen Krankheit stellt einen bedeutsamen Verlust dar. So viele Tage, Monate und Jahre habe ich schließlich mit dieser Krankheit verbracht. Ja, ich habe mich sogar vollkommen damit identifiziert und sie „MEINE Krankheit“ genannt. Da mir auch noch unzählige Ärzte immer und immer wieder versichert haben, dass ich diese Krankheit ein Leben lang behalten werde, hatte ich mich längst damit arrangiert, ja viel schlimmer noch, ich zog eine Heilung nicht einmal in Erwägung.

Die großen Worte „unheilbar“ und „chronisch“ speicherte ich tief in meinem Zellgedächtnis ab und selbst in Zeiten der Remission wartete ich (unbewusst) auf den nächsten Schub.

„Unheilbar“, und „chronisch“ sind Worte, die jede Hoffnung, jedes Vertrauen und den Glauben völlig ausschließen.

Heute weiß ich:

Unheilbar...gibt es nicht! Unheilbar bedeutet dass etwas unveränderlich ist. Unveränderlich wiederum bedeutet Stillstand und Stillstand ist vollkommen unnatürlich. Alles Natürliche ist im Fluss, alles Leben ist permanente Veränderung, demzufolge ist alles wandelbar, veränderbar – heilbar.

Heilung setzt voraus, dass wir bereit sind, uns zu verändern. Loslassen war das größte Problem für mich, denn ich versuchte alles krampfhaft festzuhalten. (und bei dem K(r)ampf hat es mich ernsthaft gewundert dass ich ständig Bauchkrämpfe hatte!). Ich versuchte alles festzuhalten, obwohl ich mein Leben wortwörtlich! zum Kotzen fand.

Später durfte ich das Loslassen und die Bereitschaft zur Veränderung von der Natur lernen.

Schau dir eine Blume an, sie blüht einfach, sie duftet, sie ist wunderschön, einfach so, und dann lässt sie ein Blatt nach dem anderen einfach fallen....kein einziger Baum versucht die Blätter die lose an den Ästen hängen festzuhalten, und von keinem Vogel hör ich ein Lied des Jammers weil sie weiterziehen, um ihr inneres Bedürfnis den äußeren Umständen anpassen. Wir Menschen sind wie Vögel, die hier bleiben, weil sie ihr Haus, all ihren Besitz nicht mehr verlassen wollen und so erfrieren wir an lieblosen Beziehungen, an einer Arbeit die nicht mehr zu unseren Fähigkeiten passt, an der Kälte, die in unser Herz einzieht, weil all unsere Träume ungelebt in der Schublade liegen.

In unserem Inneren findet permanente Veränderung statt. Wenn wir trotz der inneren Veränderung ständig in der alten Form bleiben möchten entsteht Enge, Angst, Unzufriedenheit, oder auch Krankheit.

Und so wünsche ich auch dir: Gib deiner Seele Platz um zu wachsen, gib deinem Herz Raum, damit es sich ent-falten kann, grenzenlos.

Und vor allem wünsche dir, dass du beginnen kannst, dich selbst zu lieben. Denn jede Krankheit zeigt einen Mangel an Selbstliebe auf. Über viele Jahre hab ich Unmengen an Gift geschluckt. Das schlimme daran war, dass es mir nicht bewusst war. Ich hab Dinge getan, die ich nicht tun wollte, sagte Dinge, die ich garnicht so meinte, ich ging einer Arbeit nach, die ich nicht liebte, führte eine Beziehung, in der ich nur lebte, weil ich Angst davor hatte, allein zu sein...JA, ich führte ein Leben, das ich überhaupt nicht führen wollte. Warum machte ich das? Weil ich nach Anerkennung und Liebe im Außen suchte. Irgendwann hab ich begonnen mich selbst zu lieben und durfte erkennen, dass wahre Liebe bedingungslos ist.

Heute atme ich mit jedem Atemzug Liebe ein...Ich kümmere mich darum dass es mir gut geht, folge der Stimme meines Herzens und richte mir mein Leben so ein, dass ich damit zufrieden bin. Heute hab ich das Recht glücklich zu sein – weil ich mich liebe.

Ich hab mir Freiheit und Heilung gewünscht, mit allen Konsequenzen, mit allem was Heilung und Freiheit mit sich bringen und dann hab ich mich vollkommen hingeegeben. Ich hab vertraut. Ich hab die Kontrolle völlig abgegeben und so fiel ich vollkommen in in DAS was ich wirklich bin. Ich fiel wieder zurück in die Essenz, die mit allem verbunden ist. Ich nenne diese Essenz Liebe – Gott.

Wenn wir diesen Urgrund in uns berühren, wenn wir das erkennen was wir wirklich sind, geschieht automatisch Heilung mit uns, weil diese Essenz immer schon heil war und immer heil sein wird.

Heilung geschieht, wenn wir uns selbst, so wie wir JETZT gerade sind, bedingungslos annehmen. In all der Einfachheit. Mit all dem Schmerz. In all der Schönheit.

In diesem Sinne. wünsche ich dir von Herzen, dass du wieder lernst, die Sprache deiner Seele und die Melodie deines Herzens zu hören, um DEINEN ganz eigenen Weg zu finden und zu gehen.

In Liebe und Verbundenheit,

© Nina Konitzer

Eigenmächtigkeit statt Abhängigkeit: Egal ob Sie sich momentan kerngesund fühlen, einige harmlose Symptome wie gelegentliche Erkältungen haben oder ernsthaft erkrankt sind: beschäftigen Sie sich bitte mit sich selbst! Nehmen Sie sich dazu ausreichend Zeit und gehen Sie in Klausur mit sich. Heilen können Sie sich nur selbst, aber dabei sind Sie nicht allein. Als erste Hilfe empfehle ich Ihnen einige gute Bücher, die Sie in der Literaturliste am Ende dieses ebooks finden. Bücher dieser Art bringen Sie Ihrer persönlichen Gesundheit auf jeden Fall näher und dienen ebenfalls der Vorsorge. Sie sind hilfreich für ein anderes Verständnis von Krankheiten und fördern damit einen eigenverantwortlicheren Umgang mit unserer Gesundheit. Im nächsten Schritt

recherchieren Sie in der Literatur oder im Internet zu möglichen Behandlungsmethoden – schulmedizinischen wie alternativen. Nehmen Sie sich dann nach Bedarf einen medizinischen Coach und treffen Sie Ihre Entscheidungen. Deshalb sollte ein wichtiger Grundsatz lauten:

„Keine Entscheidung über mich ohne mich.“

Trotzdem dürfen wir an dieser Stelle nicht übersehen, dass es zahlreiche Not-Situationen geben kann, in denen wir keine Gelegenheit haben, uns zu informieren und frei zu entscheiden. Spätestens wenn wir gestern verletzt und bewusstlos im Straßengraben gelandet wären, wird klar, wie wichtig eine flächendeckende, zeitnahe und kompetente Gesundheitsversorgung ist. Ohne Wenn und Aber. Gerade in solchen Momenten wird deutlich, dass das Gesundheitswesen eben niemals ein „Markt“ sein kann, denn wir sind definitiv keine „KundInnen“. Als KundInnen müssten wir über die gleichen Informationen verfügen wie die Anbieter und uns jederzeit frei entscheiden können ob und zu welchen Konditionen wir ein Angebot annehmen wollen. Das ist in Notfällen oder bei akuten Erkrankungen erst einmal überhaupt nicht gegeben.

Besonders inspirierend fand ich den Vortrag von **Professor Dr. Gerald Hüther (Gehirnforscher)** auf dem „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2011“ in Berlin, den Sie sich unter diesem Link ansehen können:

<http://www.hauptstadtkongress.de/2011/eroeffnungsvortrag-von-prof-dr-gerald-huether/> Wichtige Aussagen aus dem Vortrag:

Kein Gesundheitswesen der Welt kann darauf verzichten, dass die Menschen selbst **Verantwortung** für ihre Gesundheit übernehmen. Denn kein Gesundheitssystem der Welt kann heilen oder dazu beitragen, dass jemand **gesund bleiben oder werden will**.

Heilung ist immer Selbstheilung. Lebende Systeme sind in der Lage, Selbstorganisationsprozesse in Gang zu setzen. Medizinische Intervention sollte deshalb die **Selbstheilungskräfte** stärken, indem sie

Rahmenbedingungen schafft, um Ungünstiges in Günstiges zu verwandeln.

Das kann man nicht „machen“, es kann nur „gelingen“. Voraussetzungen für das **Gelingen**:

- PatientIn muss gesund bleiben/werden wollen
- PatientIn braucht Vertrauen in die Person, die helfen will
- Die salutogenetischen Grundprinzipien müssen erfüllt sein:
 - PatientIn muss verstehen, was mit ihm/ihr passiert
 - PatientIn wirkt aktiv am Heilungsprozess mit
 - PatientIn hat das Gefühl, dass die Behandlung Sinn macht.

Das Gesundbleiben/-werden-Wollen ist jedoch Ausdruck einer **Haltung**. Diese wird im Laufe des Lebens aufgrund der eigenen **Erfahrungen** erworben. Diese Haltung bestimmt alles, was die Person tut. Erfahrungen kann man nicht lehren. Erfahrungen entstehen durch die Kombination von Wissen (kognitiv) und Erleben (fühlen). Nur beides gekoppelt wird zur Erfahrung und führt mit der Wiederholung zur „Haltung“ im Frontalhirn. Man kann also kein Verhalten ändern, sondern nur die Haltung. Und Haltung kann nicht nur kognitiv (durch Apelle, Aufklärung, Belehrungen) oder nur emotional (Belohnung, Bestrafung) verändert werden. Sondern?

Man kann nur den Rahmen schaffen damit jemand günstige Erfahrungen machen kann. Dazu können Sie nur:

- ✓ **einladen** (dazu muss man die Person aber mögen!)
- ✓ **ermutigen** (dazu muss man selbst an die Möglichkeit einer günstigen Erfahrung glauben!)
- ✓ **inspirieren** (und dazu braucht es Begeisterung!)

Das Hirn wird nicht so, wie man es nutzt, sondern so, wie man es **begeistert** nutzt! Begeisterung wirkt im Hirn wie chemischer Dünger. Wenn es gelingt, sich wirklich von ganzem Herzen dafür zu begeistern, seine Potenziale zu leben, dann ist das Hirn zu sehr Vielem in der Lage.

Um seine **Potenziale** leben zu können braucht man nur zwei Erfahrungen, mit denen aber jeder Mensch auf die Welt kommt:

- ✓ Dass man dazugehört (**Verbundenheit**) und

✓ dass man wächst und sich entfalten kann (**Freiheit**)

Das ist die Grundsehnsucht in jedem Menschen: sich gleichzeitig verbunden und frei zu fühlen. Wenn das gestört ist, braucht man Hilfe – oder man sucht sich ungesunde Ersatzbefriedigungen.

In **individualisierten Gemeinschaften** kann man das optimal leben. Die brauchen jedoch ein Ziel, einen Sinn, einen gemeinsamen „guten Geist“ (Familiensinn, Teamgeist etc.) Und dieser Geist gibt dann wiederum vor, welche Erfahrungen in dieser Gemeinschaft gemacht werden können!

Mit der EINE für ALLE wird sowohl die Verbundenheit in eine starke Gemeinschaft erlebbar als auch die Freiheit in der Wahl der Methode für eine eigenverantwortliche Genesung.

6.5. Wie kann die Gesundheitsversorgung vor Ort organisiert werden?

Wir sollten überlegen, wie wir die Versorgung verstärkt in regionaler Kooperation gleichberechtigt, berufsübergreifend, sektorenübergreifend mit allen Leistungserbringenden geregelt bekommen. Um Konkurrenzgerangel und kontraproduktive Kommerzialisierung zu vermeiden, könnte die Koordination durch kommunale Strukturen erfolgen. Dies könnten beispielsweise Gesundheits-referenten bei der Gemeinde sein, oder Gemeindecrankenschwestern wie in Finnland, die als erste Anlaufstelle und Lotsen im System fungieren. Meiner Meinung nach müssen das nicht wie bisher die Hausärzte sein. So wären bestimmt wesentlich kreativere win-win-Lösungen zu erzielen.

Hier sind Ergebnisse von Modellvorhaben wie beispielsweise www.gesundes-kinzigtal.de weiter zu beobachten, auszuwerten und wenn es Sinn macht, auf ganz Deutschland anzuwenden.

Ein Musterbeispiel für „Mehr Gesundheit für weniger Geld“ stellt das west-

finnische Modell der bedürfnisangepassten Psychosebegleitung mit offenem

Dialog dar. Zum Teil wird es in Deutschland auch umgesetzt. Dabei wird unter Einbeziehung des sozialen Umfelds so konstruktiv mit den PatientInnen umgegangen, dass nur ein Minimum an Psychopharmaka und stationären Aufenthalten nötig ist. (mehr Infos siehe Infothek unter www.Mehr-Gesundheit-fuer-weniger-Geld.de)

7. Welche Vorteile bietet die EINE für ALLE?

7.1. Wie lautet die Aufgabenstellung?

Wir wollen mehr Gesundheit für weniger Geld.

Mit weniger Geld sind hier die individuellen Versicherungsbeiträge sowie eine Dämpfung des gesamten Kostenanstiegs gemeint. Wie ist also das Krankenversicherungssystem zu verändern, damit dieses Ziel verwirklicht wird?

7.2. Was sind die Grundprinzipien der EINE für ALLE?

- Die EINE für ALLE vereint das **Beste aus beiden Systemen**: der GKV und der PKV. Somit kommt es zu starken **Synergieeffekten**.
- Bei der Beitragsberechnung mischen sich **Solidaritäts- und Äquivalenzprinzip**.
- Die bisherigen gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenvollversicherungen werden durch die EINE für ALLE in einem Übergangsprozess von etwa drei Jahren **ersetzt**.
- Es gibt dann keinen Kassen-Wettbewerb mehr, dafür konsequente **Qualitätssicherung** innerhalb der EINE für ALLE.
- Private **Zusatzversicherungen** sind bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr erforderlich (Auslandsreise-Krankenversicherung, Pflegetagegeld, Zahnersatz...).
- Es gibt nur noch **eine Solidargemeinschaft** und das besteht aus allen Menschen, die in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt haben. Somit wirkt das „**Gesetz der großen Zahl**“ (je größer die Gemeinschaft desto

niedriger das Zufallsrisiko. Das lernt jedeR Versicherungsazubi im ersten Lehrjahr!) und es erfolgt der **bestmögliche Risikoausgleich**.

- Daraus ergibt sich sowohl eine **Pflicht zur Versicherung** als auch der **Kontrahierungszwang** (Annahmewang). Das heißt, die EINE für ALLE nimmt jede/n auf. Niemand steht ohne Absicherung da.
- Die Basisfunktionen sind **zentral** organisiert (Beitragserhebung, Leistungsdefinition, Abrechnung und Onlineportal) und die Gesundheits**versorgung** ist **dezentral** in den Regionen organisiert.
- Bekenntnis zu einer starken Versicherungsgemeinschaft, die sich selbst trägt, also **ohne staatliche Zuschüsse** auskommt. Den Mitgliedern ist bewusst, dass nur das Geld ausgegeben werden kann, das sich in der Gemeinschaft befindet. Das kann bedeuten, dass der Leistungskatalog im Laufe der Zeit dynamisch an das tatsächliche Finanzvolumen angeglichen werden muss. Wir können es uns nicht länger leisten, über unsere Verhältnisse „auf Pump“ zu leben und zu wirtschaften. Hier muss sich eine Balance finden zwischen den Leistungen, die von der Allgemeinheit gewünscht werden und dem, was sie bereit ist, dafür auszugeben.
- Die EINE für ALLE arbeitet **wirtschaftlich und effizient**. Das **Gemeinwohl** steht im Vordergrund und nicht der Profit.
- Verbreiterung der Beitragsbasis auf die **gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und Familienangehörige**.
- Erhöhung des **Gesundheitsniveaus** als effektives Mittel zur Kostensenkung.
- Die **Einführung** erfolgt parteiübergreifend durch einen bundesweiten Volksentscheid bis zum Jahr **2020** (Einführung wird diskutiert, Pressemitteilung der SPD am 25.08.11: „...Der Bundesvorstand der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Juristinnen und Juristen (ASJ) legt einen Gesetzentwurf zur Einführung von Volksinitiative, Volksbegehren und Volksentscheid auf Bundesebene vor...“).

- **Alle finanziellen Mittel werden im System gehalten** und nutzbringend für die Mitglieder verwendet. Unnötige Ausgaben im Verwaltungsbereich (z.B. Vertrieb, Marketing, Bürokratie) werden ebenso vermieden wie ineffiziente Kosten auf Seiten der Leistungserbringenden.
- Hervorragender **Service** von engagierten MitarbeiterInnen bewirkt hohe **Akzeptanz** in der Bevölkerung
- Die EINE für ALLE fungiert als kompetente **Vermittlerin** zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen. Die MitarbeiterInnen verfügen über Kompetenzen im Bereich gewaltfreie Kommunikation und Mediation.
- **Solidarität und Eigenverantwortung** werden – wie in der Schweiz - nicht als Widersprüche gesehen. Eigenverantwortung ist für mich die Basis für Solidarität. Nur wenn ich mir selbst nicht mehr helfen kann, greife ich auf die Gemeinschaft zurück.
- Es gibt **keinen** Zwang zu gesundheitsbewusstem Verhalten. Die Mitglieder werden **eingeladen** ihre **Gesundheitskompetenz freiwillig** zu stärken.

Ebenso gibt es **keine Sanktionen bei der Beitragsberechnung oder im Leistungsfall** für ungesunde Lebensweise oder wenn Präventionsmaßnahmen nicht durchgeführt wurden. Darüber wird zwar immer wieder diskutiert aber mir ist wichtig, dass es das nicht gibt. Denn jeder Mensch trägt Risikofaktoren in sich. Und kollektiv ist schlechte Ernährung sicherlich fataler als ein paar Fallschirmspringer. Außerdem: wie möchte man die Risiken messen und bewerten? Dies zu überprüfen würde erstens zu sehr in die freiheitliche Lebensgestaltung eingreifen und zweitens einen stasiähnlichen, teuren, bürokratischen Überwachungsapparat benötigen, den sicher niemand will. Wohin das führt kann man in dem Zukunftsroman „Corpus delicti“ nachlesen.

- Für MitarbeiterInnen und LeistungserbringerInnen gibt es einen **Ethikcode**.
- Zum bisherigen dualen System bedeutet das einen **radikalen Bürokratieabbau**.

- Mit der EINE für ALLE haben Politik und Leistungserbringende eine Partnerin, mit der wirksam und transparent **Vereinbarungen über Leistungen und Kosten** getroffen werden können. Die **Balance** zwischen den Interessen aller Beteiligten steht dabei im Vordergrund.
- Bei der Einführung der EINE für ALLE sind folgende **zwei Ebenen** zu berücksichtigen:
 - **wirtschaftlich:** Die Gesamtausgaben für Gesundheit betragen im Jahr 2010 287,3 Mrd. €. Das ist ein Anteil von 11,6 % des Bruttoinlandprodukts. (Quelle: Statistisches Bundesamt). Es geht also wirklich um viel Geld.
 - **Ethisch/emotional:** für uns Menschen ist Gesundheit keine Ware. Die körperliche Unversehrtheit ist im Artikel 1 unseres Grundgesetzes verankert und genießt daher einen sehr hohen Stellenwert. Sie zu schützen und im Krankheitsfall wieder zu erlangen ist uns allen emotional sehr wichtig.
- Das Ziel ist kein Geringeres als **das beste Krankenversicherungssystem in Deutschland zu erschaffen, das wir jemals hatten:**
 - solidarisch
 - mit modernen Leistungen
 - effizient und
 - bewusstseinsverändernd
 - miteinander statt gegeneinander
 - zum höchsten und besten Wohle aller.
 - EINE für ALLE – alle für eine.

7.3. Wie ist die EINE für ALLE aufgebaut und organisiert?

7.3.1. Welche Rechtsform bietet sich an?

- **Bisher:** Es geht hier um einen Zweig der Sozialversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen sind bisher Körperschaften des öffentlichen Rechts. Zweck und Inhalt sind im Sozialgesetzbuch (SGB V.) geregelt. Das System der gesetzlichen Krankenkassen unterliegt der Selbstverwaltung. Das Bundesgesundheitsministerium gibt die Richtung vor.

Bei den privaten Krankenversicherungen handelt es sich bisher um Aktiengesellschaften oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Das Verhältnis zu den Versicherten wird im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelt. Die Vorgaben für die Versicherer sind im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) geregelt. Oberste Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

- Wo könnte die EINE FÜR ALLE **künftig** angesiedelt werden?
 - Ganz **staatlich**: dann wäre die EINE für ALLE eine Bundesbehörde. Das passt nicht zu dem Bild der Zukunft, das ich in Kapitel 2 aufgezeigt habe.
 - **Halbstaatlich**: das entspricht am ehesten den bisherigen Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltungsprinzip und ist in § 87 unseres Grundgesetzes so verankert.
 - in der **Privatwirtschaft**: dann wäre die EINE für ALLE beispielsweise eine Aktiengesellschaft. Gewinne würden für AnteilseignerInnen erwirtschaftet (shareholder value) und somit aus dem System gezogen. Der ganze „Gesundheitsmarkt“ wäre somit dem Profitstreben preisgegeben. Das halte ich nicht für sinnvoll. § 87 unseres Grundgesetzes spricht ebenfalls gegen eine Privatisierung:

„In Deutschland ist der Status der (bundesunmittelbaren) und (landesunmittelbaren) Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaft im Grundgesetz verankert. Folglich bedarf es für eine privatrechtliche Umstrukturierung der Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaft einer Grundgesetzänderung mit einer 2/3 Mehrheit. Eine Mehrheit, die unter anderem angesichts der Beteiligung des Bundesrates politisch illusionär ist. Folge: Im Rahmen

einer Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild würde in Deutschland eine Rechts- und Organisationsstrukturanpassung entsprechend den Ausgangsbedingungen nicht zu Gunsten privater,

sondern zu Gunsten öffentlich-rechtlicher Rechtsstrukturen ausfallen (Mehrheitsanpassung).“ (Quelle: PKV-Verband)

- oder einer **Mischung**: beispielsweise eine privatwirtschaftliche Führung ohne Gewinnstreben (siehe Bürgerversicherung in der Schweiz) mit staatlicher Aufsicht.
- **Oder einer Genossenschaft!** Wesensmerkmale der Genossenschaft sind die Mitgliederförderung, die Selbsthilfe, die Selbstverantwortung, die Selbstverwaltung, Demokratie, Solidarität und das Identitätsprinzip. Letzteres besagt, dass die Mitglieder zugleich EigentümerInnen (durch die Beitragszahlung), behandelte PatientInnen und ein Teil davon ebenso LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen etc.) sind. Das Ziel der Genossenschaft ist die Befriedigung der gemeinsamen Bedürfnisse auf wirtschaftliche Weise. Das stellt meine Wunschlösung dar, denn ich vermute, dass hier die größte Identifikation und Eigenverantwortlichkeit für die Gemeinschaft entsteht. Die Genossenschaft gehört uns allen!

7.3.2. Die Organe dieser Genossenschaft:

- **2 VorständInnen:** bestehend aus einer Frau und einem Mann wobei eine Person für den organisatorischen und eine Person für den medizinischen Bereich zuständig ist.
- Der **Aufsichtsrat** besteht ebenfalls aus gleich vielen Frauen und Männern und dient der Überwachung des Vorstands
- Die **Generalversammlung** besteht aus allen Mitgliedern (82 Mio.!) und wählt den Vorstand, den Aufsichtsrat und die VertreterInnenversammlung. Jedes Mitglied hat eine Stimme.
- Die **VertreterInnenversammlung** besteht aus 100 Mitgliedern (Frauen und Männern zu gleichen Anteilen). Sie unterstützt den Vorstand bei allen Entscheidungen rund um den Genossenschaftsbetrieb der EINE für ALLE.

7.3.3. Das Organigramm der EINE für ALLE

7.3.3.1. Zentrale

- Sitz der EINE für ALLE ist Berlin oder in der Mitte Deutschlands (z.B. Kassel)
- Aufgaben
 - Mitgliederverwaltung
 - Die Mitgliedsnummer setzt sich aus der Personalausweisnummer und der elfstelligen Steuer-ID zusammen (die Personalausweisnummer weist das Mitglied individuell aus und die Steuer-ID wird aufgrund des Bürgerentlastungsgesetzes bereits übermittelt. Darüber hinaus enthält der Personalausweis bereits ein Lichtbild)
 - Beitragsinkasso in Austausch mit dem Finanzamt und den ArbeitgeberInnen
 - Leistungsabrechnung
 - Informationsfluss (per E-Mail) an:

- Mitglieder (ähnlich wie bisher die Mitgliedermagazine)
- LeistungserbringerInnen
- ArbeitgeberInnen (zur Prüfung der Mitgliedschaft)
- Erstellung und Wartung des Onlineportals
- In der Zentrale gibt es ein EINE für ALLE-Restaurant. Angeboten wird leckeres, gesundes Bio-Essen mit wenig Fleisch, auf eigene Kosten, zu günstigen Preisen.
- Genutzt werden können eventuell bisherige Gebäude/Räumlichkeiten von GKV oder PKV.

7.3.3.2. ServiceZentren

- In jeder Landkreis-Hauptstadt und jeder kreisfreien Stadt gibt es ein ServiceZentrum als Anlaufstelle für die Mitglieder (also die ganze Bevölkerung). In Großstädten mit sehr vielen Einwohnern gibt es mehrere ServiceZentren je nach Stadtteil. Auch hierfür können ehemalige GKV/PKV-Räumlichkeiten verwendet werden. Dort kann sich jede/r umfassend Hilfe und Beratung in allen Fragen rund um Beitrag, Leistung, Gesundheitsförderung und Pflege beim Innen- oder Außendienst holen.

In Deutschland gibt es 295 Landkreise

(http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_Landkreise_in_Deutschland)

und 107 kreisfreie Städte

(http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_kreisfreien_St%C3%A4dte_in_Deutschland)

- **Weitere Aufgaben:**
 - BeraterInnen der Leistungserbringenden: erklären den ÄrztInnen usw. und deren Personal das Onlineabrechnungsverfahren vor Ort.
 - Schulungspersonal für Innen- und Außendienst für Basis- und Aufbauwissen und Fertigkeiten

- Fachpersonal für die einzelnen medizinischen Bereiche fungiert als VermittlerIn zwischen Leistungserbringenden, PatientInnen und EINE für ALLE.
 - Neuer Ausbildungsberuf „Kaufrau/Kaufmann EINE für ALLE“
 - Fortbildung zum/r Fachwirt/in in der EINE für ALLE für Führungskräfte
- **Gesundheitszentren** in jedem ServiceZentrum. Dort werden kostenlose Seminare etc. angeboten. Nach Teilnahme erhält jedes Mitglied ein Zertifikat mit Rabattgutscheinen. Einige Beispiele:
- Nach dem **Nordic Walking** Kurs: 20 % Rabatt beim Einkauf von Stöcken bei Kooperationspartner X aus der Region.
 - Nach **Ernährungskurs**: 20 % Rabatt (max. 20 €) auf Obst und Gemüse beim nächsten Einkauf im Bioladen Y.
 - **Bewegung**: Wer künftig mit dem **Fahrrad** in die Arbeit fährt erhält 20 % Rabatt beim nächsten Fahrrad-Checkup im Fahrradladen vor Ort.
 - **RaucherInnenentwöhnung**: Wer beispielsweise beim Kurs „**Nichtraucher in 5 Stunden**“ von Dr. Stefan Frädrich teilnimmt erhält die DVD oder das Buch günstiger.
 - TeilnehmerInnen eines **Pflegekurses** erhalten Rabatt auf Pflegehilfsmittel.
 - Entspannungs- und Meditationsmethoden
 - Vorträge zu **positivem Denken**
 - Erhöhung des Wissens um die **psychosomatische Bedeutung von Krankheiten** um die Gesundheitskompetenz der Mitglieder zu erhöhen. Unterstützungsangebote von und für Kranke bei dieser Ursachenfindung und Stärkung der Selbstheilungskräfte.
 - **Gewaltfreie Kommunikation** (verbessert zwischenmenschliche Beziehungen und wirkt beispielsweise

als Prophylaxe von Mobbing am Arbeitsplatz und von psychotherapeutischen Behandlungen in der Folge)

- Angebot von **Mediationen**
- Und vieles mehr...

Solche Rabatte verursachen keine Kosten für die EINE für ALLE. Die MitarbeiterInnen des Gesundheitszentrums suchen KooperationspartnerInnen in der freien Wirtschaft vor Ort. Das kurbelt die regionale Wirtschaft an. Ein best-Practice-Austausch erfolgt bundesweit. Des Weiteren können die Räume von den **regionalen LeistungserbringerInnen für Veranstaltungen** genutzt werden. Es könnten sich beispielsweise alle alternativen AnbieterInnen in Seminaren etc. vorstellen.

Eine **Beratungsstelle** gibt individuelle Auskunft und vertiefende Informationen zu Diagnosen, dient als organisatorischer Scout im Gesundheitswesen und vieles mehr.

In diesen Räumen können unabhängige **Selbsthilfegruppen** entstehen.

Die Verbesserung von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz im Umgang mit sich selbst (Körper, Geist und Seele) sind die wichtigsten Mittel zur Verbesserung des Gesundheitsniveaus der Bevölkerung und in der Folge können sie zur Kostensenkung beitragen. Mehr dazu in Kapitel 6.

7.3.3.3. Angestellte MitgliederberaterInnen im Innen- und Außendienst

- Diese gehören zu den ServiceZentren
- Die Aufgaben von Innen- und Außendienst sind identisch. Der Innendienst sitzt direkt im ServiceZentrum und durch den Außendienst können die Mitglieder beraten werden, die das

nächstgelegene ServiceZentrum nicht aufsuchen können oder wollen.

- Das Berufsbild ist ein kaufmännisch-medizinisches.
- Es wird ein Schlüssel festgelegt für wie viele EinwohnerInnen ein/e BeraterIn im Innen- und Außendienst erforderlich ist. So viele Stellen werden erst einmal besetzt.
- **Die Aufgabe ist die möglichst fallabschließende Betreuung zu den Themen:**
 - **Vertragsdaten** (Änderung Anschrift, Bankverbindung etc.)
 - **Beitragszahlung** (Erfassung weiterer Versicherter, Änderungen der Beitragshöhe innerhalb des Jahres etc.). Beratung der Mitglieder über die Folgen der Nichtzahlung des Beitrags zur Stärkung der Zahlungsmoral. Nur so funktioniert die Gemeinschaft.
 - **Leistung** bei Krankheit und Pflege (was ist mitversichert, welche Kosten werden im konkreten Behandlungsfall übernommen, welche Leistungserbringenden stehen mir an meinem Wohnort für meine Erkrankung zur Verfügung etc.) Im Bereich Pflege sind das die Aufgaben, die momentan aufgrund des Pflegemodernisierungsgesetzes die Pflegestützpunkte der GKV sowie die Firma „Compass“ für die PKV ausführen.
 - Infos zu den **GesundheitsZentren** (welche Kurse werden an meinem Wohnort zum Thema Ernährung in der nächsten Zeit durchgeführt etc.)
 - **Gesundheitskonto** und Förderung der Einzahlungsbereitschaft (wie kann ich selbst Geld zurück legen, das mir dann bei zusätzlichen Maßnahmen für meine Gesundheit zur Verfügung steht etc.) siehe Kapitel 7.6

- **Onlineportal** (wie kann jedes Mitglied seine gespeicherten Daten einsehen und seine Daten pflegen etc.) siehe Kapitel 5.3
- Die BeraterInnen verfügen über die grundlegendsten medizinischen Kenntnisse und fungieren deshalb als „**Scouts**“ im Gesundheitswesen. Sie führen selbstverständlich keine Behandlungen durch.
- Ausrüstung der BeraterInnen im Außendienst:
 - Umweltfreundlicher, Kleinst-Firmenwagen, in den Städten Elektrosmart oder ÖPNV-Ticket.
 - Notebooks mit mobilem Internet, damit Geschäftsvorgänge gleich live über das Onlineportal und papierlos bei den Mitgliedern zuhause fallabschließend erledigt werden können.
- Ausrüstung der BeraterInnen im Innendienst:
 - Büroarbeitsplatz mit Terminal-Bildschirmen, die stets live am Onlineportal arbeiten.
- Versuch von einheitlichen Arbeitsverträgen in den ersten fünf Jahren:
 - Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 30 Stunden. Das schafft mehr Arbeitsplätze und mehr Menschen sind zufriedener.
 - Das Jahresbruttogehalt beträgt 40.000 €. Das ergibt ca. 3.333 Euro brutto im Monat und ca. 2.000 Euro netto monatlich.
 - Das entspricht einem Bruttostundenlohn von ca. 25 Euro.
 - 40 Euro vermögenswirksame Leistung für die Anlage in einer betrieblichen Altersversorgung.
 - Eine Vergleichsrechnung mit einem deutschen PKV-Unternehmen hat ergeben, dass dieses Gehaltssystem

preisgünstiger ist, denn es entfallen die hohen
Vorstandsgehälter!

- Das gilt entweder für alle Beschäftigten in allen Funktionen oder wenn sich das nicht durchsetzen lässt zumindest für die MitgliederberaterInnen auf einer Ebene. Die Spanne zwischen den höchst- und niedrigst bezahlten Beschäftigten darf nicht mehr als Faktor 3 sein. Denn eine gerechte Einkommensverteilung ist auch ein wichtiger Faktor für Gesundheit.
- Somit wird die geschlechtergerechte Bezahlung für gleiche Arbeit sichergestellt.
- Jede/r macht die Arbeit, die er/sie am besten kann und machen will = Synergieeffekte.

7.3.3.4. Allgemeines zum Aufbau der Organisation und zum Personal:

- Die EINE für ALLE wird eine der größten und attraktivsten Arbeitgeberinnen Deutschlands
- Die Beschäftigten sind integer, arbeiten mit Vertrauen im Team und erreichen starke Synergieeffekte
- Auf allen Ebenen und in allen Regionen findet ständiger Austausch nach dem **best practice**-Prinzip statt. Somit wird die ganze Organisation im Laufe der Zeit immer intelligenter. Wie in einem lebendigen Organismus.
- Über ständige **Fortbildungen** werden die Kompetenzen der Beschäftigten erweitert
- Die Qualität der Zusammenarbeit wird durch regelmäßige **Supervisionen** erhöht.
- Bewerben können sich alle, vor allem die Beschäftigten aus der GKV und PKV

- Die Berufsbilder GesundheitsberaterInnen (Gesundheits-Scouts) und PräventologInnen werden eine viel höhere Bedeutung gewinnen. Dort werden in den nächsten Jahrzehnten viel mehr Menschen arbeiten als jetzt.
- Falls in der EINE für ALLE trotzdem aufgrund der schlankeren Struktur und des starken Bürokratieabbaus weniger Beschäftigte benötigt werden, als bisher in GKV und PKV, dann darf man nicht vergessen, was Prof. Beske bereits jetzt über die GKV sagt: „Es ist nicht Aufgabe der GKV, Arbeitsplätze zu sichern oder neu zu schaffen, und dies unabhängig vom Bedarf. Die GKV schafft und sichert Arbeitsplätze mit der Erfüllung ihrer Aufgaben.“ Oder zynisch gefragt: sollte man weiterhin Kriege führen, damit die Arbeitsplätze in der Rüstungsindustrie gesichert werden? Der Ausstieg aus der Atomenergie wird jetzt glücklicherweise auch irgendwann Realität. Natürlich fallen dadurch Arbeitsplätze weg. Im Bereich der erneuerbaren Energien entstehen jedoch neue – und bereits jetzt zahlreichere – Arbeitsplätze als bei der Atomenergie! Sinnvolle Arbeit gibt es genug.
- Fünf Faktoren sind entscheidend für die Entwicklung solch einer modernen Organisationen:
 - Pioniergeist und Experimentierfreude
 - Konfliktfähigkeit
 - „Wir-Gefühl“
 - Sinnverwirklichung
 - Freier, offener Kommunikationsstil
- Ich freue mich schon darauf, dort zu arbeiten!

7.3.4. Das OnlinePortal

- Ein Wort vorweg zum **Datenschutz**: ich gehe immer sehr pragmatisch und mit einem positiven Menschenbild vor. Energie folgt der

Aufmerksamkeit. Wenn wir immer von Datenmissbrauch ausgehen brauchen wir uns nicht zu wundern, wenn er eintritt.

- Die EINE für ALLE erstellt und unterhält ein umfassendes **Onlineportal**.
- Dieses nutzen **alle Beteiligten** für die komplette **Verwaltung und Organisation der EINE für ALLE**.
- Jedes Mitglied hat dort ein persönliches **Mitgliedskonto**. Darin sind alle Daten sicher gespeichert:
 - **Allgemeine (Gesundheits)daten**, die im Notfall von allen Leistungserbringenden eingesehen werden können:
 - Name, Vorname
 - Anschrift
 - Geburtsdatum
 - Blutgruppe
 - Rhesusfaktor
 - Allergien
 - Unverträglichkeiten
 - Bestehende Krankheiten die im Notfall beachtet werden müssen (Bluter, Diabetiker...)
 - Wer ist im Notfall zu benachrichtigen
 - PatientInnenverfügung (freiwillig)
 - Organspendeausweis (freiwillig)
 - Zur Beitragserhebung
 - Zu den abgerechneten Leistungen
 - Weiteres in Dateiform: Bisherige Röntgenbilder, Computertomogramme, Laborwerte, Klinikberichte usw. Das vermeidet Doppelbehandlungen, Wartezeiten durch Weiterreichung von Unterlagen und Portokosten.
 - Zum Gesundheitskonto siehe Kapitel 7.6

- Die Daten werden durch individuelle Zugriffsrechte auf modernste und sicherste Weise datenschutzrechtlich geschützt. Führende ExpertInnen des Datenschutzes sind deshalb in die Entwicklung einzubinden.
 - Wenn sich ein/e LeistungserbringerIn einloggt und Infos abrufen, wird dies gespeichert. So kann jedes Mitglied genau erkennen, wer welche Daten über ihn/sie abgerufen hat.
- Hier werden jährlich transparente **Rechenschaftsberichte** veröffentlicht.
 - **Misstände im Gesundheitswesen** können dort gemeldet werden. Sie werden bearbeitet und die Misstände entweder abgestellt oder ungerechtfertigte Vorwürfe mit Begründung zurückgewiesen. Im Onlineportal wird transparent darüber berichtet.
 - **Verbesserungen für das Gesundheitswesen** können dort von allen eingereicht werden. Diese werden ebenfalls abgearbeitet und nach Möglichkeit umgesetzt. Im Onlineportal erfolgt dazu eine transparente Information.
 - Im Onlineportal gibt es unter der Rubrik „**EINE für ALLE-Wiki**“ alle erforderlichen **Informationen** zu finden:
 - Verzeichnis über alle **Leistungserbringenden** in Deutschland mit Suchfunktion. Bewertungen können direkt von den Mitgliedern eingegeben werden. So fungiert ein soziales Netzwerk als Qualitätssicherungsinstrument. Ähnliche Portale von einzelnen GKV´n sind bereits eingeführt.
 - **Gebührenordnung** und **Kostenvoranschlagstool** der Leistungserbringenden. Somit kann man bereits vorab ausrechnen, was Behandlungen kosten.
 - **Beitragsrechner**
 - **Gesundheitslexikon** (ähnlich Pschyrembel, nur für den Laien verständlicher erklärt)

- **Gesundheitstipps** (Hausapotheke, was ist bei Reisen zu beachten, wie funktioniert Nordic Walking und tausend Dinge mehr)
 - **Interaktive Tests und Dialogformen** (wie burnout-gefährdet bin ich, welcher Kopfschmerz-Typ bin ich etc.)
 - Interessante **Blogs** von allen möglichen Beteiligten im Gesundheitssystem um den Alltag aus jeder Perspektive transparenter zu gestalten (z.B. GesundheitsministerIn, LeistungserbringerIn, EINE für ALLE-Außendienst etc.)
- **Leistungsabrechnung:**
- Basis hierfür ist eine einheitliche **Gebührenordnung** (Zusammenführung und Modernisierung der bisherigen Gebührenordnung für Ärzte: GOÄ, für Zahnärzte: GOZ, für Heilpraktiker: GebüH und die Entsprechungen in der GKV). Diese Gebührenordnungen werden künftig alle drei Jahre modifiziert. Jahrelange Abrechnungen neuer Methoden über Analogziffern sind dann nicht mehr erforderlich.
 - Alle LeistungserbringerInnen (ÄrztInnen, Apotheken, Krankenhäuser, HeilerInnen...) rechnen **direkt** über das Online-Abrechnungssystem mit der EINE für ALLE ab.
 - Insofern gilt das **Sachleistungsprinzip**. Es müssen also keine Rechnungen erstellt und versandt werden. Die Leistungserbringenden brauchen kein eigenes Inkasso zu betreiben – außer für Leistungen, die nicht von der EINE für ALLE abgedeckt werden.
 - **Umwege** über private Abrechnungsstellen – sogenannte „Abrechnungsoptimierer“ – und Kassenärztliche Vereinigungen **entfallen**.
 - Die Leistungserbringenden benötigen dazu lediglich einen **internetfähigen PC** – den sicherlich bereits die meisten besitzen.

- Die BetreuerInnen der Leistungserbringenden der EINE für ALLE **schulen** die Leistungserbringenden in dem neuen Online-Abrechnungssystem.
- Jedes Mitglied weist sich bei den Leistungserbringenden mit dem **Personalausweis** (bzw. Kinderausweis) aus. Diesen muss jede Person ab 18 Jahren sowieso mit sich führen. Somit erhält dieses bereits bestehende Medium eine Funktion mehr. Die bisherige Versichertenkarte entfällt. Hohe Kosten werden eingespart. Die elektronische Versichertenkarte ist ebenso entbehrlich, denn alle Daten sind im Onlineportal gespeichert. Teure Kartenlesegeräte bei den Leistungserbringenden sind ebenfalls überflüssig.
- Zuerst loggen sich die Leistungserbringenden mit einer **Zugangskennung** – zur eigenen Identifikation – in die Onlineabrechnung ein (sichere SSL-Verschlüsselung). Durch Eingabe der Personalausweisnummer erhalten die Leistungserbringenden Zugang auf die Grunddaten des/der PatientIn. Das Einloggen wird registriert, so dass für das Mitglied später immer nachvollziehbar ist, wer seine Daten eingesehen hat.
- Das Abrechnungssystem soll **so einfach wie möglich zu bedienen** sein. Ein/e ZahnärztIn erhält dann gleich den entsprechenden Bereich „Zahn“ der Gebührenordnung angezeigt.
- Nach der Behandlung wird **sofort** abgerechnet, wie an der Ladentheke. Dabei sieht jede/r PatientIn gleich die abgerechneten Posten in verständlicher Sprache und das Behandlungsentgelt für jede Position und gesamt. Die Richtigkeit der Daten bestätigt der/die PatientIn durch Eingabe seiner elfstelligen Steuer-ID (die hat bereits jede/r!) und seines persönlichen Kennworts über die Tastatur des PCs. Die Rechnung ist dann nicht mehr veränderbar (analog Online-Überweisung). Keine Unterschriften-Pads oder Kartenlesegeräte (mehr) erforderlich!

- Jede Person wird separat geführt. Bei Kindern werden in der Regel ein oder zwei Elternteile oder sonstige Bezugsperson angegeben, die sich um alles kümmert.
- Die LeistungserbringerInnen können jederzeit online alle ihre Rechnungen einsehen und erkennen den Status: noch offen, bereits abgerechnet etc.
- Die EINE für ALLE überweist einmal im Monat und nicht mehr im Quartal die Entgelte an die LeistungserbringerInnen. Eine **Monatsabrechnung** ist als pdf-Datei zum Download im Portal hinterlegt.
- **Die Vorteile der Abrechnung auf diesem Weg:**
 - Fehlerfreier
 - Manipulations- und missbrauchsfreier
 - Schneller
 - Papierlos
 - Stets auf dem aktuellen Stand der Gebührenordnung
 - Transparent für alle
 - Die LeistungserbringerInnen erhalten schneller ihre Vergütung und sie wissen gleich in welcher Höhe.
 - keine Zusatzkosten durch Hard- oder Software.

7.4. Wie berechnen sich die Beiträge?

- Das Ziel sind **bezahlbare und solidarische Beiträge** für alle Menschen in Deutschland unabhängig vom Berufsstatus.
- Personen mit **Anspruch auf Beihilfe** (BeamtenInnen, RichterInnen und deren Angehörige) werden in die EINE für ALLE integriert und das Beihilfesystem aufgelöst. Das betrifft die ArbeitnehmerInnenbeihilfe gleichermaßen. Der Staat zahlt dann den ArbeitgeberInnenzuschuss wie in der privaten Wirtschaft. Die hohen staatlichen Beihilfezahlungen – vor

allem bei den PensionärInnen – entfallen und müssen dann von der EINE für ALLE getragen werden.

Zum Thema „Besitzstandswahrung“:

- Wahlleistungen im Krankenhaus gibt es dann nicht mehr. Siehe Kapitel 5.5.
 - HeilpraktikerInnenleistungen sind in der EINE für ALLE enthalten.
 - Eine Verschlechterung ergibt sich lediglich beim Zahnersatz. Doch hier kam es bereits in der Vergangenheit zu mehreren Leistungskürzungen. Diese können auf Wunsch durch Zusatztarife ausgeglichen werden.
- Die **Nichtversicherten** können über Abgleich mit den Meldeämtern ermittelt und in die EINE für ALLE integriert werden.
- Die Beitragsberechnung erfolgt in Anlehnung an die Systematik der **Beitragssätze** der bisherigen GKV. Faustregel: 0,1 % mehr Beitrag entspricht in der bisherigen GKV etwa einer Beitragsmehreinnahme von einer Mrd. Euro.
- Die Beitragsberechnung erfolgt nach dem Steuerbescheid. Dabei wird nicht nur das Arbeits-Einkommen berücksichtigt, sondern alle Einkunftsarten. Es zählt die **gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit**. Begründung: in 2005 lag die Summe der Einkünfte in Deutschland bei 995 Mrd. €. Davon entfielen 19,1 Mrd. € auf Kapitalvermögen und 7,1 Mrd. € auf Vermietung und Verpachtung. Diese beiden Einkunftsarten machen zusammen 26,2 Mrd. € und 2,63 % der Gesamteinkünfte aus. (Quelle: Einkommenssteuerstatistik von 2005 des Statistisches Bundesamt, veröffentlicht in 2010.) Diese werden momentan bis auf wenige Ausnahmen (freiwillig versicherte Rentner je nach Kassensatzung) nicht zur Beitragsbemessung herangezogen. Neben Löhnen und Gehältern unterliegen auch Leistungen für Arbeitslose, Sozialhilfe und gesetzliche Renten, Betriebsrenten sowie Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit der Beitragspflicht.

- Zu jedem Monatsanfang teilt jedes **Finanzamt** (oder ein „Bundesfinanzamt“) auf elektronischem Weg der EINE für ALLE die Ergebnisse der im Vormonat erteilten Steuerbescheide mit. (Nicht jährlich damit eine gleichmäßige Arbeitsauslastung über das Jahr verteilt erreicht wird). Die EINE für ALLE erstellt dann für diese Versicherten für das vergangene Jahr eine Beitragsrechnung mit Auszahlung eines Guthabens oder einer Nachforderung und gegebenenfalls einer Neufestsetzung des künftigen Monatsbeitrags (analog Strom oder Heizungsabrechnung).
- Wenn sich innerhalb des laufenden Jahres das Einkommen deutlich **erhöht oder verringert** ist eine Änderung des Beitrags während des laufenden Jahres möglich.
- Es gibt **keine beitragsfreie Familienversicherung** mehr sondern für nichtberufstätige EhepartnerInnen und eingetragene LebenspartnerInnen einen um 2 % höheren Beitragssatz und je Kind 1 % mehr Beitrag (Äquivalenzprinzip). In der GKV gibt es derzeit ca. 51 Mio. Mitglieder und 19 Mio. beitragsfrei Mitversicherte. Es zahlt also mehr als jede/r Vierte keinen Beitrag, erhält jedoch trotzdem alle Leistungen.

Der Vorteil der beitragsfreien Familienversicherung der GKV ist in der Realität nicht so groß, wie man meint. Das Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) fand heraus, dass die Durchschnittsfamilie mit 1,4 Kindern mehr Beitrag bezahlt, als sie an Leistung wieder zurückbekommt. Erst ab drei Kindern decken sich die Beitragsausgaben mit den Leistungen. Im Unterschied zum Gesamttrend der Bevölkerung ist bei Privatversicherten eine steigende Geburtenrate festzustellen.

Der AOK-Bundesverband schätzt die jährlichen Leistungsausgaben für die beitragsfreie Mitversicherung auf 21 bis 23 Mrd. Euro. Dabei entfallen auf die Kinder bis 18 Jahre ungefähr 12,5 Mrd. Euro, die Mitversicherung der 19-Jährigen auf 1,5 Mrd. Euro und die Mitversicherung der EhepartnerInnen auf 7 bis 9 Mrd. Euro.

In der Schweizer „Bürgerversicherung“ wird bereits jede Person in der Familie separat mit einem eigenen Beitrag (allerdings einer Kopfprämie) versichert.

- Die bisherigen **Alterungsrückstellungen** der PKV und der PPV kommen allen zugute und werden weiter als Polster für die demographische Entwicklung (Überalterung unserer Bevölkerung) ausgebaut. Die Alterungsrückstellungen werden zur Minderung von kalkulatorisch notwendigen Beitragssteigerungen eingesetzt. Der Zweck der Alterungsrückstellungen bleibt dadurch erhalten. Deshalb handelt es sich hier nicht um eine Enteignung der bisher PKV-Versicherten. (Und wenn: Grundgesetz §14 Absatz 3: Eine Enteignung ist nur zum Wohle der Allgemeinheit zulässig...) Das wäre in diesem Fall zum Wohl der Allgemeinheit. Bisher wurde das Kapital von der PKV angelegt und verzinst. Ob die Verzinsung weiterhin sinnvoll ist, ist fraglich. Das setzt ein lineares Wirtschaftswachstum und somit Ausbeutung voraus. Also sollte man hier wohl eher von einer Kapitalanlage absehen. Bisher ist in der PKV seit 1949 eine Mindestverzinsung des Kapitals von 3,5 % vorgeschrieben. Diese wurde in der Vergangenheit immer erzielt. Seit der Bankenkrise tun sich die Versicherer jedoch teilweise sehr schwer, diese 3,5 % zu erreichen. Aus diesem Grund wird momentan die Absenkung dieses Garantiezinses bei den PKV-Unternehmen diskutiert. Viele Unternehmen haben bereits zum 01.01.13 den Garantiezins gesenkt. Dafür gibt es keine einheitliche und damit transparente Regelung.

Weiterhin werden in der EINE für ALLE **zwei Prozentpunkte** zusätzlich zum Beitrag für den Aufbau von weiteren Rückstellungen für Kranken- und Pflegeleistungen berechnet. Aus einem Teil der Alterungsrückstellung wird eine **Liquiditätsreserve** gebildet um die dauerhafte Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens zu gewährleisten. Damit können Schwankungen während der Jahre ausgeglichen werden.

- Keine **Preisdifferenzierung** nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand. Das macht den Aufwand für Risikoprüfung wie in der bisherigen PKV überflüssig. Des Weiteren werden Frauen, Alte und Kranke nicht länger benachteiligt.
- **Zusatzbeiträge** wird es nicht mehr geben. Diese können momentan in der GKV pauschal verlangt werden, wenn die Einnahmen nicht ausreichen.

- **ArbeitgeberInnenzuschuss**

- Wird nicht länger auf einem festen Prozentsatz festgeschrieben, da künftige Kostensteigerung sonst ausschließlich von den Mitgliedern zu tragen sind.
 - Erfolgt wieder paritätisch (der Gesamtbeitrag wird zu gleichen Teilen von ArbeitgeberIn und ArbeitnehmerIn getragen) wie bis zum 01.07.2005.
 - Auf alle Leistungen und Beitragssätze.
 - ArbeitgeberInnen beteiligen sich nur an den Beiträgen, die auf das von ihnen bezahlte Arbeitsentgelt entfallen. Auf den Beitrag zu allen anderen Einkunftsarten brauchen sie keinen Zuschuss zu leisten
 - Der ArbeitgeberInnenzuschuss wird zusammen mit dem ArbeitnehmerInnenbeitrag direkt an die EINE für ALLE überwiesen (wie bisher bei gesetzlich Pflichtversicherten).
 - Ändert sich das Einkommen, wird der Beitrag sofort angepasst, nicht erst, wenn der nächste Steuerbescheid vorliegt.
- **BeitragszahlerIn** ist das Mitglied selbst für Beiträge aus anderen Einkunftsarten. Des Weiteren aus daraus entstehenden Nach- und Rückzahlungen.
 - **Beitragsbefreiung für Bedürftige.** Nicht wie jetzt: weiterhin Beitragspflicht und Anhäufung von Schulden, die in der Praxis uneinbringlich sind und die Menschen auf Dauer ruinieren. Bedürftigkeit wird durch Nachweis von Arbeitsagentur bzw. Sozialhilfe bestätigt (Hartz IV).
 - Das Problem der **NichtzahlerInnen** ist die Schattenseite der Pflicht zur Versicherung. Bei der GKV stehen Ende 2012 4,5 Mrd. Euro offen und in der PKV sind es Ende 2011 550 Mio. (beides Versicherungsjournal vom 21.02.13). Hier sind die Mitglieder über die Folgen der Nichtzahlung aufzuklären (siehe unten bei Leistungen) und die Zahlungsmoral zu stärken. Bei **NichtzahlerInnen** könnten künftig Beiträge vom Finanzamt einbehalten werden (analog Kirchensteuer?!)
 - Die Begrenzung auf eine jährlich neu festzulegende **Beitragsbemessungsgrenze (BBG) entfällt.** Begründung: je höher

momentan das Einkommen in der bisherigen GKV ist, desto niedriger ist der prozentuale Beitrag. Hier gilt wieder der Grundsatz der Beitragsberechnung nach der **gesamten** wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Ausgleich von arm und reich!

Beispiel **jetzt**:

Bruttoeinkommen	Höchstbeitrag GKV (nur KV)	Tatsächlicher Beitragssatz:
3.937,50 € (BBG 2013)	610,31 €	15,50 %
5.000 €	610,31 €	12,21 %
7.500 €	610,31 €	8,14 %
10.000 €	610,31 €	6,10 %

- Wenn jemand kein oder nur ein sehr niedriges Einkommen hat, dann wird **kein fiktives höheres Mindesteinkommen** festgelegt, von dem aus der Beitrag berechnet wird. Der Beitrag ist dann einfach entsprechend niedrig bis nicht vorhanden. Ausgleich von arm und reich! Vor allem bei Selbstständigen wird momentan von einem Einkommen von 2.021,25 Euro (2013) monatlich ausgegangen. Dies führt zu folgender unsolidarischer Situation (2013):

	SelbstständigeR	AngestellteR
Einkommen monatlich	1.000 € Gewinn	10.000 € Bruttogehalt
Berechnungsgrundlage jetzt :	Fiktives Mindesteinkommen von 2.021,25 €	Beitragsbemessungsgrenze 3.937,50 €
Beitrag KV(15,5 %)+PPV (2,05 %):	354,73 €	691,03 €. Nach Abzug des AG-Zuschusses jedoch nur noch 363,23 € - also nur knapp 10 € mehr als der Selbstständige
Berechnungsgrundlage künftig in der EINE für	1.000 €	10.000 €

ALLE		
Beitrag bei 15 % (KV inkl. Pflege)	150 €	1.500 €. Aber abzüglich AG-Anteil nur noch 750 €

- **Systemfremde Ein- und Ausgaben:** Unter keinen Umständen sind die Gelder der EINE für ALLE für **andere staatliche oder private Zwecke** einzusetzen, denn das ist das Geld der EINE für ALLE-Genossenschaft. Der Staat braucht keine Subventionen zu leisten, darf im Gegenzug nicht mit dem Geld der EINE für ALLE Löcher im Staatshaushalt stopfen. (Negativ-Beispiel: Als die gesetzliche Pflegeversicherung Mitte der neunziger Jahre noch über 2,8 Milliarden Euro Reserven verfügte, wurde sie gemäß Artikel 52 Abs. 4 Pflege-Versicherungsgesetz gesetzlich „genötigt“, über eine halbe Milliarde davon als zinslosen „Kredit“ für die Infrastruktur in den neuen Bundesländern zu geben. Quelle: Rechenschaftsbericht PKV-Verband 2009)
- **Beiträge im Alter:**
 - Die demographische Entwicklung ist eine Herausforderung. So ist beispielsweise für Deutschland zu erwarten, dass der Anteil der über 65 Jahre alten Personen von jetzt 20,3 % in den nächsten 40 Jahren auf 30 % steigen wird. (Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV)
 - Deshalb werden zwei Beitrags-Prozentpunkte für die Alterungsrückstellung erhoben.
 - Der Beitragszuschuss durch gesetzliche Rentenversicherung und Beamtenversorgung bei RentnerInnen/PensionärInnen wird beibehalten.
 - Im Rentenalter erfolgt keine Beitragszahlung mehr für das Krankengeld – anders als bisher in der GKV.
- **Pflege:** Die bisherige Pflegepflichtversicherung wird in die EINE für ALLE integriert und nicht mehr separat geführt. Der Beitrag hierfür ist im allgemeinen Beitragssatz der EINE für ALLE enthalten. In der Pflegeversicherung macht sich die demographische Entwicklung

besonders bemerkbar. Kommen heute vier bis fünf Pflegebedürftige auf 100 Erwerbstätige, so wird dieses Verhältnis 2050 bereits 14 zu 100 betragen. (Quelle: Rechenschaftsbericht des PKV-Verbandes 2009) Dieser Demographieproblematik wird über die zwei zusätzlichen Prozentpunkte für die Alterungsrückstellung für Kranken und Pflegeleistungen begegnet.

- **Beitragsberechnungsbeispiel 1** für eine/n Angestellte/n mit einem Arbeitseinkommen von 3.000 € brutto und 1.000 € Mieteinnahmen. Die Person ist mit einem/r nicht berufstätigen EhepartnerIn verheiratet und es lebt ein Kind in der Familie:

Einkommen:	Beitragssätze:	Beitrag:
Summe aller Einkommen: 3.000 € + 1.000 € = 4.000 €	Summe aller Beitragssätze: 15,0 % Grundbeitragssatz incl. Pflege und Alterungsrückstellung + 0,5 % für das Krankengeld + 2,0 % für EhepartnerIn + 1,0 % für ein Kind = 18,5 % gesamt	740 € Gesamtbeitrag
Abzüglich Arbeitgeberzuschuss:		
Einkommen: 3.000 € : 2 = 1.500 €	Beitragssatz: 18,5 %	277,50 € AG-Zuschuss
		462,50 € AN-Anteil

Derzeit (2013) ergibt sich hier ein GKV-Beitrag von 526,50 € (17,55 % von 3.000 €). Der/die ArbeitgeberIn beteiligt sich daran mit 249,75 € (16,65 % von 3.000 € geteilt durch 2). Bleibt ein Arbeitnehmerbeitrag von 276,75 €.

- **Beitragsberechnungsbeispiel 2** für eine/n ledige/n Selbstständige/n ohne Kinder mit einem Arbeitseinkommen von 1.000 €.

Einkommen:	Beitragssätze:	Beitrag:
Summe aller Einkommen: 1.000 €	Summe aller Beitragssätze: 15,0 % Grundbeitragssatz incl. Pflege und Alterungsrückstellung + 0,5 % für das Krankengeld = 15,5 % gesamt	155 € Gesamtbeitrag

Mit der jetzigen Regelung wird in der GKV ein Mindesteinkommen in Höhe von 2.021,25 € unterstellt. Das ergibt derzeit einen Beitrag von 359,87 €.

(bei 17,8 % Beitrag: KV inkl. Krankengeld, Pflegepflicht und Zusatzbeitrag für Kinderlose)

7.5. Welche Leistungen werden übernommen?

- Grundsatz: jede/r soll die **notwendigen** Leistungen erhalten um wieder gesund zu werden. Notwendig ist, was nötig ist, „um die Not zu wenden“.
- Alle erhalten die **gleichen** Leistungen
- **Übernahme des jetzigen Leistungskatalogs der GKV als Grundlage**
- **Alternative und mentale Heilmethoden** werden der Schulmedizin gleichgestellt und ebenfalls erstattet auch wenn sie durch HeilpraktikerInnen erbracht werden.
- Ein **transparenter Leistungskatalog** wird in regelmäßigen Abständen überprüft und dabei um sinnvolle Methoden ergänzt und bereinigt
- **Medizinischer Fortschritt** ist selbstverständlich weiterhin gewünscht und mitversichert. Trotzdem sollten wir uns immer die Frage stellen: ist alles, was machbar ist, auch sinnvoll?

- **Luxusleistungen** sind nicht Teil des Leistungskataloges. Diese sind noch konkret zu definieren. (z.B. Schönheitsoperationen)
- Weiterhin **freie Wahl** unter den freiberuflichen niedergelassenen ÄrztInnen und ebenso für die ambulante Behandlung von angestellten FachärztInnen im Krankenhaus.
- Die EINE für ALLE vereinbart mit allen Berufsverbänden der Leistungserbringenden einheitliche, verbindliche und transparente **Abrechnungsmodalitäten**.
- Zugelassen sind alle erprobten **Arzneimittel** und (auch alternative) **Behandlungsmethoden** für alle. Für wenig nützliche und teure **Scheininnovationen** bei Arzneimitteln kann die Zulassung verweigert werden. Die Überprüfungskosten werden vom Staat übernommen.
- Nach Möglichkeit Einsatz von **Generika** (Nachahmerpräparate). 2008 waren in der PKV 51,4 % und in der GKV 89,7 % der bezahlten Medikamente Generika. (Quelle: Wissenschaftliches Institut der privaten Krankenversicherung). „Bislang werde im generikafähigen Markt eine Substitution von 81 % erreicht. Eine Erhöhung der Quote auf 85 % könnte zu einer Entlastung von 400 Mio. € führen.“ (Zitat Professor Dr. Gert Glaeske im Versicherungsjournal vom 10.06.10)
- Leistungen für **Gesundheitsförderung** und **Prävention**
- Zu diskutieren: **Wegfall der Leistungen für**
 - künstliche Befruchtung. Wenn das ein Bereich für die staatliche Förderung sein sollte, dann kann dies eventuell durch die Einrichtung eines Fonds durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geschehen.
 - Potenzsteigernde Mittel
 - Fahrtkosten (außer im Krankenwagen) Jede/r zweite BürgerIn verfügt über ein Auto. Deshalb können Fahrten über Nachbarschaftshilfe organisiert werden.
- **Wahlärztliche Leistungen** (Chefarzt und Zwei/Einbettzimmer) **im Krankenhaus** gibt es nicht mehr:

- Das höher qualifizierte und spezialisierte Personal (bisher ChefärztInnen, dann SpezialistInnen) kümmert sich um die PatientInnen, die sie am dringendsten brauchen und nicht mehr um die, die am umfangreichsten versichert sind und bei denen deshalb das höchste Honorar erzielt wurde.

Folge: Keine Abrechnung mehr von Kosten durch bloßes „Händeschütteln“ auf der Kurzvisite bei Privatversicherten. Keine Bevorzugung mehr von Höherversicherten.

- Nach Möglichkeit gibt es künftig nur noch Ein- und Zweibettzimmer. Entscheidend ist die Schnittmenge aus PatientInnenwunsch und aktueller Verfügbarkeit im jeweiligen Moment der Inanspruchnahme, auch wenn momentan noch Vierbettzimmer vorhanden sind. (2009: durchschnittlicher Zuschlag für Einbettzimmer: 84 € und für Zweibettzimmer 42 €. Quelle: Krankenhausdatenbank des PKV-Verbandes)
- Dies entspricht in vielen Fällen bereits gelebter Praxis.
- **Zahnersatz:** die GKV-Regelung mit dem Bonusheft sollte beibehalten werden: Je länger man einmal jährlich Vorsorgeuntersuchungen nachweisen kann, desto höher die Erstattung.
- **Krankengeld:** dies ist für alle Erwerbstätigen (ArbeitnehmerInnen und Selbstständige) obligatorisch mit einem zusätzlichem Beitragsanteil mitversichert. Für BeamtInnen ist das Krankengeld nicht erforderlich, da keine Einkommenslücke bei Arbeitsunfähigkeit entsteht. RentnerInnen und Personen ohne Erwerbstätigkeit brauchen den Beitragsanteil nicht zu bezahlen. Nach der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit wird die Leistung fällig wie bisher. Nach oben ist das Krankengeld dann nicht begrenzt, da die Beitragsbemessungsgrenze entfällt. Davon profitieren GutverdienerInnen.
- Die **medizinische Rehaleistung**, die bisher über die gesetzliche Rentenversicherung getragen wird, kann hier integriert werden, da die Leistungen inhaltlich zusammen passen.

- **Das Alter allein darf kein Grund für eine Nichtleistung sein.** Die Sinnfrage sollte aber immer – unabhängig vom Alter – gestellt werden. Wie sinnvoll ist beispielsweise eine neue Hüfte für die über 80-Jährige Frau aus Kapitel 4.5, die nur noch im Rollstuhl sitzt, keine Bewegungsmotivation verspürt und die nach der Hüft-Operation nur noch im Bett liegt?
- **Pflege.** Die bisherige Pflegepflichtversicherung wird in die EINE für ALLE integriert. Es wird nicht mehr nach Krankenversicherung und Pflegepflichtversicherung unterschieden. Somit kommt es nicht mehr zur bekannten Abgrenzungsproblematik. Die Leistungen und die sonstigen Spielregeln der bisherigen Pflegepflichtversicherung werden übernommen. Hier ist das ambitionierte Ziel ebenfalls eine bedarfsgerechte Versorgung in Gesundheit und Pflege bei steigendem Bedarf, abnehmenden finanziellen Mitteln und begrenzten Personalressourcen. Günstige Pflegekräfte aus dem Ausland zu holen ist nur eine kurzfristige Lösung, denn dann fehlen sie dort. Hier sehe ich eine große Chance im Umbau unserer Wohnsituation in alternative, generationsübergreifende Wohnprojekte. Dort kann sich jede Generation nach ihren Möglichkeiten für die Gemeinschaft einbringen.

Darüber hinaus kann ein altersunabhängiges freiwilliges Pflegejahr eingeführt werden – analog dem bisherigen Wehr- oder Zivildienst, bzw. Bundesfreiwilligendienst. Damit wird sich die Kompetenz in der Bevölkerung beim Thema Pflege stark erhöhen.
- **Palliativmedizin** (medizinisch lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker mit dem Ziel der Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im finalen Krankheitsstadium.)
- **Autonomie von Todkranken:** Auf **eigenen** Wunsch der PatientInnen sollte ein Sterbewunsch umgesetzt werden können. Dies kann mit einer PatientInnenverfügung vorher geregelt werden.
- **Selbstbeteiligung (SB):**
 - 10 % auf alle Leistungen (außer Vorsorge) bis maximal 1 % des Jahreseinkommens.

- Die Praxisgebühr wurde bereits zum 01.01.13 abgeschafft.
- Befreiung: Personen mit einem monatlichen Einkommen bis zu 1.000 € haben keine SB. Das muss man nicht beantragen, sondern wird automatisch erkannt aufgrund des Steuerbescheids.
Abgerechnet wird ausschließlich über das Onlineportal, das heißt, es wird nicht fälschlicherweise zuerst eine SB abgezogen, die man sich dann wieder holen muss, sondern das System erkennt das gleich und bringt keine SB in Abzug. Das verhindert mehr Krankheit bei Armut.
- Wird nach jeder Onlineabrechnung einmal monatlich direkt vom Konto abgebucht. Leistungserbringende sollen sich nicht um das Inkasso kümmern müssen. Im Abrechnungsprogramm wird nur die aktuelle SB für diese Rechnung angezeigt, denn danach wird der/die PatientIn sicher fragen. Somit erlangen die LeistungserbringerInnen keine Kenntnis über die Höhe des Einkommens der PatientInnen. Die SB wird bei den ersten Rechnungen im Kalenderjahr berechnet. Das könnte gleich vom Gesundheitskonto bezahlt werden. Siehe Kapitel 7.6.
- Beispiel: Jahreseinkommen 50.000 €. SB im Jahr: 500 €. SB im Monat: 41,66 €. Die SB muss voll bezahlt werden, wenn Leistungen von mehr als 5.000 € im Jahr abgerufen werden. Das ist ein eher überdurchschnittlicher Wert. Denn wie bei den Pro-Kopf Ausgaben bereits erläutert werden momentan ca. 3.510 € für jeden Menschen in Deutschland im Jahr aufgewendet.

- Hier in Tabellenform: Die Selbstbeteiligung beträgt 10 % aller Rechnungen, maximal 1 % des Einkommens:

Einkommen:		Selbstbeteiligung:		Max. SB bei Rechnungshöhe, darüber wird voll erstattet:	
Im Monat:	Im Jahr:	im Monat:	im Jahr:	Monatlich:	Jährlich:
1.000 €	12.000 €	0 €	0 €	egal	egal
3.000 €	36.000 €	30 €	360 €	300 €	3.600 €
5.000 €	60.000 €	50 €	600 €	500 €	6.000 €
10.000 €	120.000 €	100 €	1.200 €	1.000 €	12.000 €

- Höhere Selbstbeteiligungen halte ich nicht für sinnvoll, da diese sonst vor allem Einkommensschwächere von der Versorgung abhalten können und eine zusätzliche Bestrafung für das Kranksein darstellen. Dies führt oft zu höheren Folgekosten und schadet daher unter dem Strich dem System. Beispiel: Jemand kann sich die Selbstbeteiligung nicht leisten und nimmt deshalb seine verordneten blutdrucksenkenden Arzneien nicht oder nicht regelmäßig. In der Folge kann es zu vermehrten Notfallaufnahmen oder stationären Behandlungen kommen. Unter Verbesserung der Eigenverantwortlichkeit verstehe ich daher mehr ein liebevolles sich um sich selbst kümmern – in Gesundheit und bei Krankheit, also die Stärkung der eigenen Gesundheitskompetenz. Und nicht wie im neoliberalen Kontext ein Auspressen der finanziell Schwächeren zugunsten der Reichen. Siehe Kapitel 6.

(Metaanalyse: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2008/i08-305.pdf>)

- **Eingeschränkte Leistungspflicht (ELP)** für NichtzahlerInnen. Genau wie bisher führt die Pflicht zur Versicherung dazu, dass Mitgliedern, die ihren

Beitrag nicht bezahlen, nicht mehr gekündigt werden kann. Damit die Gemeinschaft vor diesen Zahlungsausfällen zumindest teilweise geschützt wird, erfolgt eine Umstellung auf die sogenannte eingeschränkte Leistungspflicht, sobald man mit zwei Monatsbeiträgen im Rückstand ist. Die ELP sieht nur noch Leistungen für akute Erkrankungen und Schmerzzustände vor. Diese kann nur durch Zahlung aller Rückstände oder durch Nachweis von Hilfsbedürftigkeit (Hartz IV) aufgehoben werden. Die Pflicht zur Beitragszahlung läuft während der ELP weiter.

➤ **Zusatztarife zur EINE FÜR ALLE durch die PKV:**

- Generell möglich.
- Im stationären Bereich nicht mehr sinnvoll.
- Mögliche Bereiche: Pflegekostentagegeld, Zahnersatz, Krankentagegeld etc.
- Alternative: Persönliches Gesundheitskonto siehe Kapitel 5.7

➤ **Was kostet eigentlich die Behandlung von Krankheiten?**

Hier nur ein paar Beispiele für Hochkostenfälle:

- AIDS: ca. 500.000 € Gesamtbehandlungskosten (Schätzung des PKV-Verbandes)
- Einige Beispiele für Jahrestherapiekosten aus dem Arzneimittel Report 2010 der BARMER GEK:
 - Krebs 38.000 € bis 50.000 €. Bei einer 25-monatigen Darmkrebstherapie nach neuem Stand betragen allein die Arzneimittelkosten bis zu 200.000 €. (Prof. Beske Band 116, Seite 40)
 - Multiple Sklerose ca. 40.000 €
 - Rheuma 16.000 bis 24.000 €
- Von der Stoffwechselkrankheit Morbus Gaucher sind in Deutschland ca. 2000 Menschen betroffen. Die Kosten für Arzneimittel liegen pro Jahr bei ca. 600.000 € (IGSF-Band 116 Seite 196)

- Die GBK Köln geriet in finanzielle Schieflage, da in den Jahren 2005 und 2006 allein für zwei Bluter-Patienten 14 Millionen Euro an Kosten entstanden. Sie fusionierte deshalb zum 01.01.11 mit der mhplus BKK.

7.6. Was hat es mit dem Gesundheitskonto auf sich?

- Das Gesundheitskonto ist ein **zweckgebundenes persönliches Sparbuch**, das jedes Mitglied automatisch **bei der EINE für ALLE** erhält und freiwillig weiter führen kann.
- Die **Zahlungsweise** ist beliebig:
 - Vom monatlichen Arbeitseinkommen (sozialabgabenfrei. Nicht jedoch steuerfrei, da das gesamte System der EINE für ALLE frei von Steuersubventionen bleibt.)
 - Aus Urlaubs- und/oder Weihnachtsgeld
 - Ganz individuell
 - Einzahlungen sind ebenfalls in Form von Geschenken oder Sammlungen zu Geburtstagen, Jubiläen etc. durch andere Personen möglich.
 - Bei PatInnen ist das Einrichten des Gesundheitskontos für ihre Patenkinder denkbar.
- Das Gesundheitskonto wird unter der EINE für ALLE-Mitgliedsnummer in der allgemeinen **Mitgliedsverwaltung** geführt.
- Wenn man ein Kalenderjahr keine Kosten bei der EINE für ALLE verursacht, wird dem Gesundheitskonto ein kleiner prozentualer Anteil der eingezahlten Beiträge als **Beitragsrückerstattung** gutgeschrieben. Dadurch wird sichergestellt, dass das Geld im Gesundheitssystem bleibt und nicht – wie bisher in der PKV – auch für gesundheitsschädliche Konsumgüter (z.B. Zigaretten) ausgegeben werden kann. Diese Beitragsrückerstattung dient als Anreiz für kostenbewusstes Verhalten.
- Das Geld wird nicht angelegt oder verzinst

- Das Geld steht **zweckgebunden für eigene Gesundheitskosten** zur Verfügung, die von der EINE für ALLE nicht übernommen werden.
Beispiele:
 - Die 10 %-ige Selbstbeteiligung
 - Höherwertiger Zahnersatz
 - Kosten für erhöhten Aufwand bei Pflegebedürftigkeit.
- Die Auszahlung erfolgt nach **Einreichung von Belegen**.
- **Vorteil:** das Geld steht dann für Gesundheitskosten aller Art zur Verfügung. Denn wer legt bereits bisher konkret Geld für die Gesundheit zurück? Es besteht keine Gefahr mehr, für das entsprechende Risiko keinen Versicherungsschutz aus einer Zusatzversicherung abgeschlossen zu haben.
- Im **Todesfall** wird das Geld auf dem Konto auf das Gesundheitskonto des/der Erben bzw. Bezugsberechtigten übertragen.
- Eine **Auszahlung** für andere Zwecke ist nicht möglich.
- Das **Übertragen** von Beträgen auf andere Gesundheitskonten als Schenkung ist in beliebiger Höhe möglich. So wird der Gemeinschaftsgedanke im Kleinen gestärkt. Ähnlich wie bei den bisherigen Alternativen Gesundheitskassen.
- **Alternative:** Das Geld kann zur Senkung des Beitrags verwendet werden.
- **Damit soll ein Anreiz geschaffen werden, selbst Geld für die eigene Gesundheit zurückzulegen.**
- **Eigenvorsorge und Eigenverantwortlichkeit werden gestärkt.**

7.7. Was kann man sich durch die EINE für ALLE sparen?

- Schlankere Verwaltung bei den LeistungserbringerInnen durch **Online-Abrechnung** in einheitlichem Format. Kein Inkasso mehr
- bisherige **Versicherungskarte** und neue elektronische GesundheitsKarte
- **Hard-** und **Softwarekosten** bei den Leistungserbringenden

- **Den Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** der GKV (über den bisherigen Gesundheitsfonds erhalten Krankenkassen für bestimmte schwer erkrankte Mitglieder einen höheren Pauschalbetrag als für gesündere Mitglieder. Dazu ist viel Bürokratie erforderlich.)
- geplanter **Risikoausgleich** in der PKV.
- **Selektivverträge (Verträge/Kooperationen** mit einzelnen Leistungserbringenden pro Krankenkasse oder ähnliches). Nutzen nur für wenige. Viel Aufwand, wenig Übersicht. Viele PatientInnen werden dadurch ausgeschlossen. Sehr viel Bürokratie.
- **Marketing** (Werbung, Produktentwicklung, Vertrieb)
- Das **Gegeneinander** von GKV zu GKV, GKV zu PKV und PKV zu PKV durch den hochgelobten Wettbewerb **zieht Geld aus dem System, ohne dass es die Qualität der Versorgung und somit die Gesundheit der Mitglieder erhöht.** Vorteil für die Mitglieder durch günstigere Beiträge oder bessere Leistungen oft nur kurzfristig. (z.B. Wechsel von PKV zu PKV wegen 50 € - Ersparnis im Monat. Ein halbes Jahr später dann bei der neuen PKV Erhöhung um 100 € im Monat...)
- Aufwand für **Versichererwechsel**
- Zahlreiche überhöhte Vorstands- und DirektorInnen**gehälter.**
- Jährliche Zuschüsse aus **Steuergeldern** in Milliardenhöhe
- Keine Einführung von **pauschalen Kopfprämien** (Beiträge in fester €-Höhe unabhängig vom Einkommen).
- Überweisungen durch die **ArbeitgeberInnen** künftig nur noch an die EINE für ALLE und nicht mehr an mehrere Kassen
- Private Abrechnungsunternehmen („**Rechnungsoptimierer**“)
- Ständige **Gesundheitsreformen** die nur am bisherigen System flickschustern
- **Gesundheitsprüfung und Anamnese** in der PKV

- **Beitragsdifferenzierung nach Geschlecht (meist höhere Beiträge für Frauen)** in der PKV. Für das Neugeschäft seit dem 21.12.12 wurde diese Differenzierung aufgrund einer EU-Richtlinie abgeschafft. Für den Bestand wird sie allerdings weiterhin bestehen.
- **Preisdifferenzierungen nach Risiko.**
- „**ZESAR**“ = Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH für die private Krankenversicherung.
- Aufwändige **Rechnungserstellung, -prüfung, -scan, -verarbeitung.**
- **Portokosten** für das Versenden von Rechnungen, Abrechnungen, Befunden
- **Sehr viel Papier!**
- **Des Weiteren kann man angehen:**
 - Verkürzung der **Patentschutzfrist** bei Pharmaunternehmen
 - Sinnvolle individuelle **Packungsgrößen**
 - **Korruption** im Gesundheitswesen eindämmen
 - 40 % der Krankenhausabrechnungen sind auffällig. Der Abrechnungsschaden für die GKV wird auf ca. 1 Mrd. € im Jahr geschätzt. (Quelle: DAK im Versicherungsjournal 26.04.10)
 - **Verwaltungskosten.** In 2008 gab die GKV im Schnitt 17 € monatlich pro Versicherten aus (Quelle: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung)
 - Verbot der **Ausgründung von angeblichen Privatkliniken** (z.B. Helios Kliniken) Dabei erfolgt eine Umwandlung von einer Station eines öffentlichen Krankenhauses in ein eigenes Unternehmen mit dem Ziel, freier/höher abrechnen zu können. Dafür wird eine luxuriösere Ausstattung und Betreuung geboten.
 - Krankenhaus-Abrechnung umständlich und für bisher Privatversicherte nicht transparent durch **DRG** (Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen).

7.8. Welches Selbstverständnis, welche Werte und Ziele gibt es im neuen System?

- **EINE für ALLE – alle für eine/n!**
- **Das Beste aus beiden Welten** (GKV und PKV)
- **Eigenmacht und Gesundheitskompetenz statt Abhängigkeit**
- **Miteinander funktioniert es besser!** Es gibt keine kräfte- und ressourcenzehrende Konkurrenz der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen mehr. Eine „Einheitsversicherung“ erscheint Ihnen zu „kommunistisch“ oder „sozialistisch“? Denken Sie das ebenfalls von unserer Arbeitslosenversicherung (Bundesagentur für Arbeit) oder unserer Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund)? Die sind ganz ähnlich strukturiert. Diese Struktur, verbunden mit gelebter Demokratie und einer effizienten Organisation führt sicherlich zu einem menschenfreundlicheren Gesundheitswesen. Die Beiträge der Bayerischen Landesbrandversicherung waren beispielsweise bis zum Wegfall des Monopols im Jahr 1995 super günstig. Jedes Haus in Bayern war versichert, das war eine große stabile Gemeinschaft und mit den Beiträgen musste kein Vertrieb finanziert werden. Das hat funktioniert! Seit dem Wegfall des Monopols sind die Beiträge extrem gestiegen und es findet ein harter Verdrängungswettbewerb statt.
- **Miteinander statt gegeneinander, denn die Mitglieder/PatientInnen sind wir alle!**
- **Es geht nicht mehr darum, den größtmöglichen persönlichen Profit zu erzielen, sondern darum, das EINE für ALLE-System ständig für alle zu verbessern.**
- Der Umgang aller Beteiligten sollte **wertschätzend, wohlwollend** und **vermittelnd** sein.
- **Solidarischer und stabiler Beitrag** durch Ausweitung der Beitragszahlung auf die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

Finanziell besser gestellte Personen werden mehr bezahlen als bisher und Schwächere weniger.

- **Leistungen, die helfen, gesund zu werden, also wirklich zu heilen.**
- **Effizienz.** Wir erreichen mit weniger Aufwand (Geld und Energie) mehr für uns alle.
- **Keine Zwei-(bzw. Drei-)Klassen-Medizin mehr (GKV-PKV).** Damit meine ich, dass nicht mehr länger unterschiedliche Kassen/Versicherungen unterschiedlich hohe Leistungen bezahlen. Es kann zwar dann immer noch jemand mit viel Geld sein künstliches Hüftgelenk „vergolden“ lassen, das ist dann aber keine Leistung der EINE für ALLE sondern muss selbst bezahlt werden.
- **Gefühl der Fülle.** Es ist genug für alle da anstelle des bisherigen Mangeldenkens.
- **Wir fühlen uns im Laufe der Zeit gesünder.** Das tatsächliche sowie das gefühlte Gesundheitsempfinden der Bevölkerung steigen.
- **Jede/r wird sofort medizinisch behandelt** – wie bisher.
- **Ausgleich.** Die Schere zwischen Arm und Reich wird besser in Balance gebracht.
- **Fairness.** Gutes Einkommen für gute Arbeit macht illegale „Einkommensoptimierung“ durch falsche Abrechnungen überflüssig. Das Bewusstsein setzt sich durch, dass im neuen System für jede/n bestmöglich gesorgt wird. Das macht Missbrauch und Misswirtschaft unnötig.
- Das Geld unserer Genossenschaft ist **unser aller Geld.**
- Der **Datenschutz** wird gewahrt und die Daten auf höchstem Niveau gesichert.
- **Wohlfühlen.** Jede/r fühlt sich gut dabei, denn jede/r ist wichtiger Teil des großen Ganzen. Jede/r ist Mitglied und PatientIn. Niemand fällt mehr durch die Maschen dieses sozialen Netzes
- Hohes **Zusammengehörigkeitsgefühl**

- **Vertrauen** in das neue System, da jede/r die Verbesserungen erlebt.
- **Einfacher.** Zahlreiche strukturelle und inhaltliche Vereinfachungen erhöhen die **Transparenz** des neuen Systems und führen zu mehr **Akzeptanz.**
- **Das beste Gesundheitssystem, das wir jemals hatten, will jeden Tag aufs Neue erlebt werden.**
- Das Ziel ist ganz einfach: **Mehr Gesundheit für weniger Geld!**

8. Wie kann mehr **Gesundheit für weniger Geld** bereits jetzt gelingen?

Wussten Sie eigentlich...:

- ...wo Sie sich bundesweit, unabhängig und kostenlos zu Gesundheitsthemen beraten lassen können?
- ...wie wertschätzende Kommunikation und Humor heilen?
- ...wie Sie mit einem kleinen 50-Seiten-Ratgeber Ihre Ernährung kinderleicht in 8 Schritten umstellen?
- ...wie Sie sich mit dem kleinsten Fitnessstudio der Welt überall in Form halten?
- ...wie Sie in 5 Stunden zur NichtraucherIn werden?
- ...wie man psychische Krisen ohne Klinik und Pillen meistert?
- ...wie man rheumatische Erkrankungen natürlich in den Griff bekommt?
- ...wie man Karies heilt?
- ...wie Sie zu einer unabhängigen Medikamentenberatung kommen?
- ...wie Sie Krankenversicherungsbeiträge sparen, wenn Sie privat versichert sind?
- ...wer Ihnen ärztliche Befunde so übersetzt, dass Sie sie verstehen?
- ...wo Sie Missstände im Gesundheitswesen anonym melden können?

- ...wie Sie mit dem Armlängentest vor Entscheidungen Ihr Unterbewusstsein fragen?
- ...warum man in der Medizin Frauen anders behandeln sollte als Männer?

Das alles und vieles mehr erfahren Sie in der **Infothek**:

<http://www.mehr-gesundheit-fuer-weniger-geld.de/service-infothek/index.html>

Diese hilfreichen best-practice Methoden helfen Ihnen schon jetzt zu mehr Gesundheit für weniger Geld. Die Sammlung wächst ständig. Fühlen Sie sich eingeladen, diese Tipps für sich zu nutzen und gerne auch weiter zu verbreiten.

9. Wie geht es jetzt weiter?

Für alle, die Handeln statt Jammern wollen, gibt es JETZT eine Lösung:

Finden Sie, dass mehr Menschen von „**EINE für ALLE**“ und der **Infothek** wissen sollten?

- Dann **Geben** Sie bitte diese Information – am besten den Link zur Internetseite – per E-Mail an alle Menschen **weiter**, die Sie kennen und erzählen Sie Ihren Bekannten davon.
- Tragen Sie und Ihre FreundInnen sich bitte auf der Internetseite als **UnterstützerInnen** ein. So halten Sie sich besser auf dem Laufenden und wir schaffen eine Gruppe von MultiplikatorInnen.
- Buchen Sie mich für einen **Vortrag**.
- Unterstützen Sie „Mehr Gesundheit für weniger Geld“ **finanziell**, damit wir expandieren können um erfolgreicher zu wirken.

- Weitere Möglichkeiten, wie Sie mitmachen können finden Sie auf der Webseite in der Rubrik „**gut finden und mitmachen**“.

Somit entsteht eine **neue soziale Bewegung** in Deutschland. Dabei gehen wir **gewaltfrei** und **integrativ** (alle Beteiligten mit einbeziehen) statt konfrontativ (keine weiteren Fronten schaffen oder Fronten verhärten) vor.

„**Hat diese Idee denn überhaupt eine Chance?**“ werde ich oft gefragt. Natürlich. Jede Idee ist umsetzbar, wenn ihre Zeit gekommen ist, denn dann wird es auch den politischen Willen dafür geben. Bedenken Sie bitte: 70 – 200 Vordenker führten durch ihren Briefwechsel quer durch Europa zur französischen Revolution und damit zum Zeitalter der Aufklärung. In der DDR beteiligten sich seit 1986 zuerst nur 3.000 – 5.000 Menschen an Friedensgebeten. Bis 1989 wuchs diese Gruppe zu einer kritischen Masse heran. Die Folgen waren endlich der Mauerfall und ein Ende des kalten Krieges. Es geht darum, eine kritische Masse von 3 – 5 % der Bevölkerung zu erreichen – EntscheidungsträgerInnen eingeschlossen! Wenn genügend Menschen darüber nachdenken, wie wir mehr Gesundheit mit weniger Geld mit EINE für ALLE erreichen können, dann heißt es irgendwann „Ja, warum eigentlich nicht?!“ und die Idee wird umgesetzt. Schließlich waren alle Errungenschaften, an denen wir uns heute erfreuen, irgendwann einmal „fixe Ideen“! Denken Sie nur an den 1990 in Deutschland eingeführten „**Grünen Punkt**“ für die nachhaltige Mülltrennung und Wiederverwertung von wertvollen Rohstoffen. Das konnte sich bis dahin auch niemand vorstellen. Das Umdenken in der Bevölkerung dauerte auch einige Jahre. Aber mittlerweile ist die Mülltrennung doch den meisten von uns in Fleisch und Blut übergegangen. Auch die EINE für ALLE hat als Logo einen grünen Punkt – möge es Glück bringen! ☺

Jede/r ist zur **Diskussion dieses ebooks EINE für ALLE** herzlich eingeladen!
Gemeinsam entwickeln wir es weiter.

Mit dieser integrierten Vorgehensweise – dem Finden eines anderen Umgangs mit Gesundheit und dem Umbau des dualen Krankenversicherungssystems in die EINE für ALLE – gestalten wir das Gesundheitswesen **menschenfreundlicher** und **effizienter**.

- Alles, was wir tun oder nicht tun hat Wirkung. **Es geht also nicht um die Frage, OB es umsetzbar ist, sondern WIE und vielleicht noch wann!**
- Es gibt übrigens schon so viele Menschen, die so denken. Wir fangen hier nicht bei Null an! Das gibt Hoffnung.
- Schieben wir die „Schuld“ für Missstände nicht länger auf die „bösen Mächtigen“. Hinterfragen wir lieber unsere **Glaubenssätze**, die uns ein Gefühl von Machtlosigkeit geben. Glaubenssätze können wir ändern.
- Andrew Newberg, Arzt und Autor von „Why we believe what we believe“ formulierte: „Jeder Mensch hat die biologische Macht, schädliche, abträgliche Meinungen auszuschalten und neue Ideen zu entwerfen. Diese können wiederum die neuralen Schaltungen verändern, die darüber entscheiden, wie wir uns verhalten und was wir glauben.“
- „Wann, wenn nicht jetzt. Wo, wenn nicht hier. Wer, wenn nicht wir!“ (John F. Kennedy)
- Sich dem Wandel zu **widersetzen** kommt einem Kampf gegen Windmühlen gleich.
- „Eine neue Idee wird zuerst als unsinnig verurteilt, dann als lächerlich hingestellt, bis sie schließlich als selbstverständlich akzeptiert wird.“
(William James)

Möge es dem höchsten und besten Wohle aller dienen.

Herzliche Grüße –

Ihre Birgit Schmidmeier

Literaturliste:

- „**Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen**“ von Melanie Sears mit einem Beitrag von Al Weckert.
- „**Krankheit als Weg: Deutung und Bedeutung der Krankheitsbilder**“ von Thorwald Dethlefsen und Rüdiger Dahlke
- „**Krankheit als Sprache der Seele: Be-Deutung und Chance der Krankheitsbilder**“ von Rüdiger Dahlke
- „**Krankheit als Symbol**“ von Rüdiger Dahlke
- „**Heile deinen Körper: Seelisch-geistige Gründe für körperliche Krankheit und ein ganzheitlicher Weg, sie zu überwinden**“ von Louise L. Hay und Karl Friedrich Hörner von Lüchow
- „**Dein Körper sagt: Liebe dich!: Die metaphysische Bedeutung von über 500 Gesundheitsproblemen mit ihren emotionalen, mentalen und spirituellen Ursachen**“ von Lise Bourbeau
- „**ThetaFloating – Aktiviere das spirituelle Potenzial deines Zellbewusstseins und erschaffe dich neu**“ von Esther Kochte
- „**Wie Sie Ihren Arzt davon abhalten, Sie umzubringen**“ von Vernon Coleman
- „**Ein medizinischer Insider packt aus**“ von Prof. Dr. Peter Yoda (Pseudonym)
- „**Die Krankheitserfinder**“ von Jörg Blech
- „**Diagnose unbezahlbar**“ von Sibylle Herbert
- „**Packen wir´s an!**“ von Frances Moore Lappé
- „**Rulebreaker: Wie Menschen denken, deren Ideen die Welt verändern**“ von Sven G. Jánosky und Stefan A. Jenzowsky
- „**Warum es ums Ganze geht**“ von Hans-Peter Dürr
- Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystemforschung in Kiel www.IGSF.de
- „**Das Ärztehasserbuch**“ von Dr. med. Werner Bartens

- „**Die Kunst des Liebens**“ Erich Fromm
- „**Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze**
- **aus Skandinavien**“ von Volkmar Aderhold / Yrjö Alanen / Gernot Hess /
Petra Hohn (Hg.) und <http://www.youtube.com/watch?v=aBjlvnRFja4>
- „**Geldmaschine Kassenpatient**“ Renate Hartwig