Geschäftsmodell Gesundheit

Wie Patienten für dumm verkauft werden.

von Michael Büttner

Für derzeit stolze 14,6 Prozent (plus im Schnitt bis zu zusätzlichen 1,1 Prozent) des beitragspflichtigen Einkommens wird uns, den Versicherten scheinbar einiges geboten. Medikamente, Vorsorgeuntersuchungen, Bonusprogramme, Rehabilitationen und noch vieles mehr.

Die Einnahmen für die vermeintliche „Volksgesundheit" sind mächtig. 2014 waren es 204,1 Milliarden Euro für die gesetzlichen Krankenkassen.[1]

Den Patienten bleibt dabei jedoch der erbitterte Verteilungskampf des Gesundheitssystems, welcher sich im Hintergrund jeder Behandlung vollzieht, verborgen.

Die Beitragsverteiler oder sogenannten „Leistungsträger" im Gesundheitssystem sind neben der gesetzlichen Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung (bei beruflicher Rehabilitation, Umschulungen oder Erwerbsminderungsrenten), die Berufsgenossenschaft (bei Betriebsunfällen) und Privatversicherungen (bei privater Kranken- oder Haftpflichtversicherung). Deren Ziel als ersatzpflichtige Versicherungen ist, dass Kosteneffekte gedämpft bleiben und damit eigene Budgetverluste vermieden werden. Um das zu erreichen, haben Versicherte gewisse Mitwirkungspflichten, die gerne gedehnt oder gar missbraucht werden, obwohl diese für den Einzelfall sehr wohl ihre Grenzen haben.[2]

Die Pflicht eines Geschädigten zur Schadensminderung ergibt sich aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch § 254, der für alle Ersatzforderungen – auch öffentlich rechtliche – entsprechend gilt. Der Begriff Schadensminderung ist dabei irreführend, denn der Geschädigte hat lediglich die Pflicht den vorhandenen Schaden im vernünftigen Rahmen zu halten und nicht ausufern zu lassen.[3] Sich im Falle eines Körperschadens teure Heilpraktikerrechnungen begleichen zu lassen, obwohl auch der Besuch eines Schulmediziners möglich gewesen wäre, funktioniert demnach nicht. Eine Pflicht das gebotene Maß der Dinge nicht zu überschreiten gibt es also durchaus. Oft überborden Versicherungen jedoch diese für sie wichtigen Fallstricke Schadensbegrenzung und Mitwirkung und haben zudem perfide Steuerungsmechanismen installiert, um eigene Ersatzleistungen zu schmälern oder Verfahren in die Länge zu ziehen.

Der geknebelte Helfer

Die gewöhnliche Erwartung an den Arzt ist Folgende: Er soll uns zu unserer Gesundheit helfen, medizinisch und menschlich. Genau betrachtet, bewegt sich dabei der Arzt jedoch stetig in einem umfangreichen Zwangskorsett aus abrechnungstechnischen Richtlinien, denen er unabdingbar Folge zu leisten hat. Auch in der Therapie ist er deshalb nicht frei, sondern an die Regeln der medizinischen Wissenschaft gebunden. Wer definiert also all diese Auflagen? Es ist die Gesundheitsindustrie, deren verbündete Mediziner in wichtigen Schlüsselpositionen sitzen. Ärztliche Leitlinienautoren mit enger Verflechtung zur Pharmaindustrie definieren nationale Versorgungsleitlinien als Lehrmeinung und Versicherungen verwerten diese wiederum als Abrechnungsgrundlage.[4] Hält sich ein praktizierender Mediziner an diese Vorgaben, wird seine Abrechnung reibungslos verlaufen und damit sein Einkommen gesichert sein. Tut er dies nicht, oder in unzureichendem Maße, kann er es mit finanziellem Regress oder juristischen Unannehmlichkeiten zu tun bekommen, denn er haftet für die Einhaltung dieser Regularien mit Geldbußen und sogar seiner Kassenzulassung.[5] Wenn wir also den Arzt für die Leistung einer Versicherung zurate ziehen und das tun wir des Öfteren (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung/Krankengeld, Rehabilitationsantrag/Rehabilitation, Verschreibung eines Medikamentes, einer Massage oder Krankengymnastik) ist dieser eben vorwiegend ein „Gehilfe" der Versicherung, welcher aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht die Leistung oder Therapie begründen muss. Der direkte Auftraggeber und Gebührenzahler für den Arzt sind also nicht wir als Patienten, sondern die Versicherung, von der wir uns wiederum die Bezahlung einer Leistung erhoffen.

Als gesetzlich Versicherter erfahren Sie nicht automatisch, welche Leistungen der Arzt abrechnet und welche Kosten damit verbunden sind.

Wenn Sie dies wünschen, können Sie auf eigenes Verlangen nach § 305 Abs. 2 SGB V vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Patientenquittung mit Kosten- und Leistungsinformationen in verständlicher Form erhalten.

Der Arzt als Gutachter

Bei Personenschäden, auch bei Behandlungsfehlern von Ärzten, müssen die körperlichen Beeinträchtigungen vom Geschädigten nachgewiesen werden.

So ist der Arzt beispielsweise beim Ausfüllen eines ärztli-

chen Unfall-Fragebogens in der Rolle als Gutachter und damit im Auftrag einer Versicherung tätig. Dadurch ist er grundsätzlich auch an deren Weisungen und Beweisfragen gebunden.[6] Unfallfolgen – und damit Ersatzleistungen – ausschließen, kann der Arzt ohne Weiteres, aber einen Zusammenhang zwischen Verletzung und Unfallfolge herstellen wird ihm regelmäßig nur bei objektiv eindeutiger Sachlage, wie Knochenbrüchen, Prellungen, Biss- und Schnittwunden möglich sein. Bei Bandscheibenvorfällen, Nervenverletzungen, oder Organschäden aufgrund von Durchblutungsstörungen etc. wird er dies wohl kaum verantworten.

Zu bedrohlich baumelt das Damoklesschwert des Versicherungsbetruges über seinem Arztsessel und schon der Versuch ist strafbar.[7]

Um eigene Leistungsansprüche nach einem Unfall zu wahren, hilft es gegebenenfalls bei eigenem Personenschaden den Rettungswagen von der Unfallstelle aus anzurufen und damit eine direkte Einweisung in die Krankenhausambulanz zu erreichen. Dies kann sich sehr bezahlt machen. Die Schäden, auch psychische wie z. B. Schock und Trauma nicht zu vergessen, werden sofort medizinisch dokumentiert und bieten damit später ein erstklassiges Beweismittel, das von einer Haftpflichtversicherung nicht mehr so einfach in Zweifel zu ziehen ist. Zudem sind bildgebende Verfahren mit Ultraschall, Röntgen und CT sowie EKG und Laboruntersuchungen ohne tagelange Wartezeit direkt vor Ort möglich. Auf jeden Fall sollte noch am Unfalltag, spätestens am Tag darauf ein Arzt/Facharzt aufgesucht werden, damit alle Beschwerden wie Schmerzen und Tinnitus als auch Schwellungen und Hämatome anhand von Befunden sowie einer Fotodokumentation zeitnah festgehalten werden. Achten Sie darauf, dass der Arzt wirklich alle Schäden umfassend und genau notiert. Bei Terminengpässen könnte sich auch ein etwas längerer Fahrtweg zu einem weiter entfernten Mediziner (es gilt die freie Arztwahl) lohnen. Die Zeitdifferenz zwischen Unfallereignis und diagnostischen Untersuchungen machen sich die Versicherungen bei der Anerkennung und Bemessung von Schmerzensgeldern oft zunutze, um eigentlich neue Beschwerden aus dem Zusammenhang zum Unfallereignis zu verdrängen, abzuwerten und damit ihre eigenen Ersatzleistungen zu drücken. Die Zeit läuft während der Beweiserhebung, in solchen Fällen also gegen einen persönlich.

Pharmakologische Gehirnwaschung

Seit 2004 ist die Pflicht der Ärzte sich stetig fortzubilden gesetzlich verankert. Innerhalb von 5 Jahren muss jeder Mediziner 250 Fortbildungspunkte auf seinem Fortbildungskonto sammeln, um zum Beispiel seine Kassenzulassung zu behalten.

Potenzielle Ausrichter solcher Veranstaltungen brauchen nur einen Antrag bei der zuständigen Ärztekammer mit der Angabe von Inhalt und den referierenden Ärzten stellen. Auf den Fortbildungen selbst mangelt es regelmäßig an der Überprüfbarkeit der Qualität von den getroffenen Aussagen.

Herstellerneutrale Fortbildungsveranstaltungen ohne die Finanzierung von Pharmaindustrie oder Herstellern medizinischer Geräte gibt es dabei so gut wie überhaupt nicht.

Die Landesärztekammern beteuern, dass die Neutralität der Veranstaltungen allein dadurch geschützt sei, weil Pharmaunternehmen nur dann in die Fortbildungslisten aufgenommen werden, wenn diese versichern, dass die jeweilige Veranstaltung neutral ist. Realsatire pur.[4]

Zentralmedizin kontra Individualmedizin

Klinikketten, Krankenkassen und Pharmaunternehmen sind in ihrer Bilanz stark vom Verschreibungs- und Überweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte abhängig. Die Steuerung von Krankenhauseinweisungen, Verschreibung von Medikamenten und die Beurteilung sinnvoller Therapien liegt damit überwiegend in der Hand freiberuflich tätiger Mediziner.

Um dieser Abhängigkeit Einhalt zu gebieten, wurde 2004 vom Gesetzgeber in Deutschland die Möglichkeit zur Eröffnung Medizinischer Versorgungszentren geschaffen. Hier kann der Arzt seine Bürokratie als Selbstständiger hinter sich und sich als weisungsgebundenen Gehaltsempfänger anstellen lassen. So machten sich immer mehr privatwirtschaftliche Gesundheitsunternehmen Medizinische Versorgungszentren zu eigen und steigern seither dort ihren Profit. Wenn sich die Konzerne daran satt verdient haben, wird langsam der Geldhahn zugedreht werden, damit eine Übernahme der Kassen erfolgen kann. Das Endziel sind die Medizinischen Versorgungszentren im Besitz der Krankenkassen mit angestellten Ärzten, die dann unter direkter Überwachung der Kassen behandeln.

Der freiberufliche Hausarzt ist ein Modell von gestern, Zentralismus ist das Gebot der Zukunft.[8]

Eine aktuelle Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2014 bestätigt diesen Trend. Ab 2006 bis 2014 stieg der Anteil der angestellten Ärzteschaft stetig, während im Gegenzug der Anteil der niedergelassenen Ärzte deutlich abnahm.[9] Kurz vor Entlassung aus dem Krankenhausaufenthalt werden Patien-

Publiziert: 14.02.2016 (14:00), von Michael Büttner, Original: www.free21.org

ten manchmal angeworben ihre Nachbehandlung im Medizinischen Versorgungszentrum mit Klinikanschluss durchführen zu lassen.

Bekannte Ärzte, fachübergreifende Zusammenarbeit und natürlich im Akutfall die Nähe zur Klinik sind die mehrfach genannten Argumente. Der Patient unterliegt dabei oft dem trügerischen Empfinden, das Nachsorgeangebot im Medizinischen Versorgungszentrum sei Teil der stationären Therapie. Eine Einwilligung mit Terminvereinbarung erfolgt somit häufig.

Hier macht es Sinn sich erst einmal bewusst zu werden, ob die vermeintlichen „Vorzüge“ eines Medizinischen Versorgungszentrum überhaupt für einen selbst zutreffen. Ist die Behandlung zahlreicher medizinischer Fachbereiche nach dem Klinikaufenthalt weiterhin notwendig bzw. sind die Diagnosen und Therapiekonzepte nicht schon im Vorfeld gestellt worden? Wenn ein fachlich kompetenter Hausarzt oder Fachmediziner in der eigenen Nähe ist, lassen sich meist weite Fahrtwege zur Klinik sparen und die versprochenen „Vorteile“ von Sicherheit bereits vor der eigenen Haustüre finden.

Der ärztliche (Reha-)-Entlassungsbericht

Die Freude nach der Bewilligung einer Reha ist groß. Drei Wochen „Kur“, wie sie im Volksmund noch oft genannt wird, stehen bevor. Da lohnen sich die hohen Versicherungsbeiträge doch noch, da wird etwas für den Patienten getan. Doch hinter den „Großzügigkeiten“ der Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger steht ein recht nüchternes Kalkül. Weitere Folgekosten und ein vorzeitiges Ausscheiden der Betroffenen aus dem Berufsleben sollen verhindert werden. Die deutsche Rentenversicherung genehmigt jährlich über eine Million Rehabilitationen und Krankenkassen setzen dafür 2 Prozent ihres Budgets ein.[10; 1] Für den Rehabilitanden beginnt solch eine Reha mit dem ärztlichen Erstgespräch. Was sich wie ein netter Plausch zum gegenseitigen Kennenlernen anhört, beginnt mit Fragen nach dem derzeitigen Gesundheitszustand, den Einschränkungen im Alltag, Krankheitsbildern in der Familie, Medikamenteneinnahmen oder dem Konsum von Genussmitteln wie Alkohol und Zigaretten. Was viele nicht ahnen: Dies ist bereits ein Befund, den der aufnehmende Arzt über Sie erstellt. Des Öfteren hören Mediziner, bei dem was ihnen berichtet wird, nicht genau hin und notieren somit falsche Angaben in der Eigenanamnese. Schnell wird Vater, Mutter oder sonst wem Erkrankungen angedichtet, Nichttrinker werden zum Alkoholiker, Nichtraucher zu Rauchern, chronische Patienten zu Medikamentenjunkies etc. Die Konstellationen sind vielfältig.

Im Reha-Entlassungsbericht werden diese „eigenen“ Angaben als Anfangszustand mit dem Endzustand verglichen. Hinter dem Rehabilitanden liegen dann gegebenenfalls Beschwerden oder gar schmerzbedingte Abbrüche von Therapien, die jedoch im ärztlichen Bericht keine Erwähnung finden.

Geschönte Rehabilitationsergebnisse sind keine Seltenheit, denn der Kostenträger erwartet für teils teure Anwendungen einen top-arbeitsfähigen Rehabilitanden.[11]

Um keine Abrechnungsprobleme für die eigene Klinik zu riskieren, nehmen es die Mediziner beim Abschlussgespräch nicht ganz so genau. Was harmlos klingt, kann jedoch zu belastendem Material werden. Der Reha-Entlassungsbericht hat nämlich den Charakter eines sozialmedizinischen Gutachtens und gilt damit im sozialrechtlichen Feststellungsverfahren (z. B. bei der Beantragung einer Erwerbsminderungsrente) als Beweismittel.[10] Da ist er wieder, der Arzt als Gutachter im Auftrag der Renten- oder Krankenversicherung. Schon so manch chronisch Krankem ist durch einen Federstrich seines Reha-Arztes eine Spontanheilung widerfahren. Da stehen dann Dinge wie:

„Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kann der Rehabilitand jedwede Tätigkeit ausüben, hier bestehen keine Einschränkungen“ bzw. „Der Rehabilitand ist trotz seiner Erkrankung ohne wesentliche Beeinträchtigung für das Berufsbild leistungsfähig“.

Machen Sie sich Notizen über Ihre gemachten Angaben. Nach BGB § 630g steht jedem Patienten die unverzügliche Einsichtnahme in seine vollständige Patientenakte (damit auch dem Entlassungsbericht) zu, von der er nach Wunsch Kopien bekommen kann. Prüfen Sie genau, ob sämtliche von Ihnen gemachten Angaben mit den Eintragungen im Reha-Entlassungsbericht übereinstimmen. Sind von Ihnen angegebene Einschränkungen zum Beispiel beim Heben und Tragen von Lasten, Belastungsfaktoren wie Nässe, Zugluft oder extrem schwankende Temperaturen dokumentiert? Sind die Einschränkungen differenziert bei der Leistungsprognose beschrieben? Wenn Sie feststellen, dass der Entlassungsbericht von den eigentlichen Tatsachen abweicht, stellen Sie dies in einem Widerspruchsschreiben klar. Den Widerspruch schicken Sie per Einschreiben oder Fax an den Kostenträger, der die Reha genehmigt hat, UND an die Reha-Klinik selbst.[11] Falls es im Anschluss an die Reha-Maßnahme um den Antrag einer Erwerbsminderungsrente etc. geht, können Mutige auch eine vorbeugende Variante wählen. Die ärztliche Schweigepflichtentbindung ermöglicht der Klinik, den Bericht an den Kostenträger zu übermitteln. Einmal unterschrieben kann das Einverständnis zwar später widerrufen werden, bereits übermittelte Daten dürfen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger aber trotzdem verwerten. Meist wird Ihnen diese Entbindungserklärung bereits zu Rehabeginn vorgelegt. Taktieren Sie doch ein wenig und zögern Sie Ihre Unterschrift hinaus, bis Sie Einsicht in den Entlassungsbericht nehmen konnten. Sagen Sie Ihre Mitwirkung zu, nur eben nicht für den Zeitpunkt, den sich die Rehaklinik wünscht. Die Versicherung kann Ihnen im schlimmsten Fall die Rehabilitation zwar ganz oder teilweise entziehen, muss sie zuvor jedoch schriftlich auf die Folgen hinweisen und eine für die Mitwirkung angemessene Frist setzen.[2] Ob dies Ihrerseits für ein angenehmes Genesungsklima sorgen wird, steht natürlich auf einem ganz anderen Blatt.

Der Beipackzettel

Immer wieder fällt auf, dass Patienten über eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes klagen, ohne dabei die Gebrauchsinformation ihrer Dauermedikation zu

(Foto: Pixabay, CC0)

berücksichtigen. Dort sind wichtige Hinweise auf mögliche Beeinträchtigungen zu finden. Mahnt der Beipackzettel beispielsweise eine vorsichtige Anwendung bei Leber-, Herz- und Nierenerkrankungen, so ist dies gleichbedeutend mit einer Leber-, Herz- und Nierenbelastung durch den Arzneistoff. Ist man diesen Verursachern möglicher Nebenwirkungen erst auf der Spur, wächst die Motivation verträglichere Alternativen zu finden enorm oder kommt eine Reduzierung der Medikamentendosis in Betracht. Die meisten Schmerzmittelprodukte steigern die Neigung zu Bluthochdruck deutlich und hemmen körpereigene Schutzhormone für Organe.[12; 13] Häufiger löst Bluthochdruck eine gestörte Nierenfunktion aus, es kann aber auch umgekehrt sein. Bluthochdruck und eine gestörte Nierenfunktion gehen mit der Zeit meist einher.[14] Im Prinzip kann jeder Arzneistoff Nierenschäden verursachen. Arzneimittel sind mit 30 Prozent die häufigste Ursache für ein akutes Nierenversagen.[15]

Immer wieder werden weitere Medikamente zur Behandlung von Nebenwirkungen eingenommen und damit Auslöser erneuter Nebenwirkungen.

Informieren Sie sich im Internet über alternative Möglichkeiten. Es gibt sehr wirkungsvolle Pflanzenmedizin ohne die Gefahr schädlicher Nebenwirkungen, auch mittels Studien belegt. Widmen Sie sich dem Problem der Übersäuerung, das für die großen Volkskrankheiten eine entscheidende Rolle spielt. Auch bei den Themen natürlicher Antioxidantien, Vitamin-D-Mangel und Entgiftung lohnt sich eine Recherche. Bleiben Sie bei allen Alternativen naturnah, dann leben Sie besser und länger.

Besonders für älteren Patienten sind diverse Wirkstoffe inadäquat und sollten gemieden werden. Unter der Projektleitung von Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann, Lehrstuhl für klinische Pharmakologie, Universität Witten/Herdecke entstand speziell für diese Klientel die sog. Priscusliste (veröffentlicht im Februar 2011).

Dort sind insgesamt 83 Arzneistoffe aufgelistet, die älteren Menschen häufig verschrieben werden – nach Bewertung von einer Vielzahl von Fachleuten – jedoch nicht verordnet werden sollten.[16]

Ein Haus das Kranke braucht

Gut ein Drittel der Ausgaben, nämlich 33 Prozent verwenden die Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen.[1] Ein großes Stück vom Budgetkuchen also fließt in die Krankenhäuser, für die seit 2003 ein neues und stringentes Abrechnungssystem gilt. Von Australien übernommen hat dieses das Ziel eine wirtschaftliche Leistungsvergütung aller Krankenhäuser unter Berücksichtigung von Durchschnittskosten zu gewährleisten. Die Krankenhäuser bilden zur Abrechnung jeder einzelnen Behandlung eine sogenannte Fallpauschale. Diese Fallpauschale definiert dann den Erlös des Krankenhauses, in dem sie nach dem jeweiligen Schweregrad des medizinischen Falles und den durchschnittlichen Behandlungen speziell solcher Patienten in Deutschland bewertet werden.[17] Bezahlt wird somit nicht der tatsächliche Kostenaufwand der Klinik, sondern der Kostenaufwand im Durchschnitt aller Leistungserbringer. Eine Kostenunterdeckung von Krankenhäusern ist daher keine Seltenheit.

Nicht die Versorgung der Bevölkerung wird hier verfolgt, sondern eine „Marktbereinigung“, mittels eines Preissystems betrieben, das sich an den Durchschnittskosten aller Krankenhäuser orientiert.[18]

Jeder Fachbereich einer Klinik hat mittlerweile einen „Fallmanager“ an seiner Seite, der die Wirtschaftlichkeit jedes Patienten genau begleitet und kontrolliert. Dem behandelnden Stationsarzt wird dadurch ständig der Aufwand seiner Behandlung in Bezug auf die Erlössicherung der Klinik vor Augen geführt. Als Angestellter des Krankenhauses hat er sich diese Doktrin zu unterwerfen und im Zweifel auch entgegen seiner Auffassung medizinischer Notwendigkeit zu handeln. Operative Eingriffe werden durchgeführt, obwohl sie der Patient nicht oder noch nicht benötigt.

Ein starker Wettbewerbsdruck unter den Kliniken mit einem Konkurrenzkampf um finanziell lukrative Operationen ist mittlerweile Tagesgeschäft.[19]

Patienten und Angehörige sollten medikamentöse, diagnostische und operative Maßnahmen seitens der Ärzte mit kritischem Geist hinterfragen. Ist es Ihr eigenes Wohl bzw. das Ihres Familienmitgliedes, welches Mittelpunkt der ärztlichen Empfehlungen ist, oder eher ökonomische Überlegungen des medizinischen Personals, welche Sie zu einem Einverständnis bewegen oder gar drängen wollen? Lassen Sie sich unter keinen Umständen emotional erpressen und informieren Sie sich umfassend über mögliche Risiken. Betrachten Sie im Gesamtbild auch immer den eigenen allgemeinen Gesundheitszustand oder den Ihres Angehörigen. Welchen Vorteil haben Sie oder der Angehörige durch die Untersuchung oder den Eingriff konkret? Ist eine den Körper belastende endoskopische Untersuchung zur eindeutigen Diagnostik bei einem Patienten, der am Rande einer Verlegung auf die Intensivstation steht wirklich sinnvoll? Denken Sie immer daran, dass Krankenhausärzte bei einem Verdacht auf ein Krankheitsbild, aufgrund der zuvor durchgeführten Diagnostik, bereits die Medikation auf die Verdachtsdiagnose einstellen, noch bevor sie absolute Sicherheit zum Beispiel durch

Unterstütze Free21.org

CROWDFUNDING-Konto:

Kontoinhaber: Tommy Hansen,
Verwendungszweck: FREE21
GLS Bank, **BIC:** GENODEM1GLS,
IBAN: DE54430609671168579701,
oder auf das **Paypal-Konto:**
tommy.hansen@free21.org

Publiziert: 14.02.2016 (14:00), von Michael Büttner, Original: www.free21.org

eine Endoskopspiegelung haben. Eine weitere Behandlung unterbleibt also auch nicht durch eine negativ getroffene Entscheidung Ihrerseits.

Beschäftigen Sie sich schon frühzeitig im Vorfeld mit der herrschenden Pharma- und Apparatemedizin im Krankenhaus, welche Ihnen im Fall der Fälle angetragen wird. Bilden Sie sich Ihre eigene Meinung und bestimmen Sie dabei persönliche Grenzen, die Sie mit Ihren Familienmitgliedern wiederholt kommunizieren sollten. Dies sorgt vor und verschafft für alle Beteiligten eine präventive Sicherheit in einer, wenn dann eintretend, doch sehr emotionalen Situation.

Die Gesundheits-Pyramide – Raubbau am Leben

An der Spitze genießen private Finanzinvestoren die ständig steigenden Renditen ihres Investments auf dem Gesundheitsmarkt. Geld aus Geld generieren lautet hier die Devise.

Deren multinationale Pharma- und Medizintechnikkonzerne saugen durch aggressive Lobbyarbeit den größten Teil der milliardenschweren Zwangsbeiträge der Pflichtversicherten aus dem System in private Kassen ab.[20]

Auf ihrem Weg zur Markthoheit haben die zehn großen Pharmariesen ein enges Netzwerk miteinander aufgebaut.[21]

Private Klinikkonzerne fallen wie Heuschrecken über städtische Krankenhaus- und Rehabilitationskliniken her, fressen alles kahl und entsorgen die unverdaulichen Reste über den Steuerzahler.[22]

Haupterfüllungsgehilfen auf Rezept sind die Krankenkassen, die rein gewinnorientiert agieren.[23]

Millionen werden von ihnen in Marketingmaßnahmen verpulvert, um sich als „Schutzengel“ oder „Lebensretter“ der Patienten darzustellen und sich dabei als Wohltätigkeitsvereine zu präsentieren. [24]

Privat organisierte Medizinische Versorgungszentren konterkarieren die Regionalität der ambulanten Gesundheitsfürsorge.

Ärzte gelten als gehobene Mittelschicht der Gesundheitsbranche, die gespalten ist. Ein immer größer werdender Teil der Ärzteschaft wird von einem starken Pharma-Lobbying gelenkt. Der andere Teil wehrt sich gegen das Unterliegen zunehmender Regulierungsmaßnahmen, bei denen die Pharmaindustrie über die von ihr korrumpierten Koryphäen der Fachgesellschaften eigene Interessen entscheidend vertreten wissen.

Therapeuten und Hebammen sehen sich zunehmend in ihren Existenzgrundlagen der Freiberuflichkeit bedroht.

Pflegekräfte stehen in der Ausführungsebene auf der untersten Einkommensstufe im Gesundheitsmarkt.

So zeigt sich der sehr gravierende Einfluss der Gesundheitsindustrie mit seinem unbändigen Raubtierkapitalismus hier an einem letzten Beispiel.

Über hundert Helios Kliniken hält der international in den USA, China und Japan agierende Medizintechnikkonzern Fresenius auf dem deutschen Markt. 2014 wurde dies für den jetzt größten privaten Klinikbetreiber durch 40 Kliniküberna hmen der Rhön-Klinikum AG möglich. Ein Einschreiten des deutschen Bundeskartellamtes? Fehlanzeige![25] Zudem machte der im Pharma- und dem Gesundheitsdienstleistungsbereich expandierende Großkonzern kürzlich bekannt, dass er die Emission einer US-Dollar-Anleihe im Volumen von 300 Mio. USD zur eigenen Refinanzierung beantragt hat.[26]

Autor:

Michael Büttner

ist ein Insider der Gesundheitsbranche. Er beschäftigt sich mit Alternativmedizin sowie den rechtlichen Aspekten im Gesundheitssystem.

‹http://www.free21.org/?p=20704›

Quellen:

[1] **Finanzergebnisse der GKV 2014** <*http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2015-01/finanzergebnisse-der-gkv-2014.html*>

[2] **Mitwirkungspflicht** <*http://www.finkenbusch.de/?p=1000*>

[3] **Schadensminderungspflicht** <*http://www.auto-unfall-hilfe.de/stadt/Info-Recht/unfall-schadensmin.htm*>

[4] **Dr. med. Gunther Frank: Schlechte Medizin: Ein Wutbuch** <*http://www.randomhouse.de/Paperback/Schlechte-Medizin-Ein-Wutbuch/Dr-med-Gunter-Frank/e396472.rhd?mid=1&serviceAvailable=true#tabbox*>

[5] **Abrechnungsbetrug** <*http://www.anwalt-berlin-mitte.de/5/veroeffentlichungen/27/verdacht_auf_abrechnungsbetrug_nach_plausibilitaetspruefung_durch_die_kassenaerztliche_vereinigung.html*>

[6] **AWMF Leitlinie: Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung Register Nr. 094/001:** <*http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/094-001.html*>

[7] **StGB § 265 Versicherungsmissbrauch** <*http://dejure.org/gesetze/StGB/265.html*>

[8] **MVZ – Fluch oder Segen?** <*http://www.augenspiegel.com/zeitschrift.php/auge/blog/mvz-fluch-oder-segen/*>

[9] **KBV Statistische Kerndaten aus dem Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2014** <*http://www.kbv.de/media/sp/2014_12_31_Statistische_Kerndaten_BAR.pdf*>

[10] **Leitfaden einheitlicher Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015** <*http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/infos_fuer_reha_einrichtungen/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.html*>

[11] **Reha Entlassungsbericht fehlerhaft – Einspruch einlegen** <*http://www.nicht-spurlos.de/reha-entlassungsbericht-einspruch/*>

[12] **Stern: Schmerzmittel machen Druck** <*http://www.stern.de/gesundheit/nebenwirkung-bluthochdruck-schmerzmittel-machen-druck- 3355660.html*>

[13] **Die Welt: Wie Schmerzmittel wirken und wann sie schaden** <*http://www.welt.de/gesundheit/article125452786/Wie-Schmerzmittel-wirken-und-wann-sie- schaden.html*>

[14] **Deutsche Gesellschaft für Nephrologie: Nieren und Bluthochdruck** <*http://www.dgfn.eu/patienten/wechselwirkungen-die-rolle-der-niere-bei-anderen-erkrankungen/nieren-und-bluthochdruck.html*>

[15] **Arzneimittelattacke auf die Nieren** <*http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=41143*>

[16] **Priscus-Liste** <*http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUS-TP3_2011.pdf*>

[17] **DRG-Prüfung des MDK** <*http://www.mdk.de/1322.htm*>

[18] **Das deutsche DRG-System: Grundsätzliche Konstruktionsfehler** <*http://www.aerzteblatt.de/archiv/146774/Das-deutsche-DRG-System-Grundsaetzliche- Konstruktionsfehler*>

[19] **Unnötige Operationen: Profit vor Patientenwohl?** <*https://www.youtube.com/watch?v=6ECnzKaiVPE*>

[20] **Pharmalobby oder Pharmamafia?** <*https://www.youtube.com/watch?v=zT3ww0wWBD4*>

[21] **Die Top 10 der Pharmakonzerne – Das große Fressen** <*https://sladisworld.wordpress.com/2015/01/22/die-top-10-der-pharmakonzerne-das-grose-fressen/*>

[22] **Kliniksterben.de** <*http://www.mydrg.de/kliniksterben/index.html*>

[23] **Der gelenkte Arzt** <*https://www.freitag.de/autoren/hoipolloi/der-gelenkte-arzt*>

[24] **Die Welt: Krankenkassen pumpen Millionen in die Werbung** <*http://www.welt.de/wirtschaft/article4040617/Krankenkassen-pumpen-Millionen-in-die- Werbung.html*>

[25] **Bundeskartellamt genehmigt Mega-Klinikübernahme** <*http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/uebernahme-von-rhoen-krankenhaeusern-bundeskartellamt- genehmigt-mega-klinikuebernahme-1.1894247*>

[26] **Fresenius plant Emission einer US-Dollar-Anleihe** <*http://www.fresenius.de/5689_5988.htm*>