



Gezieltes Verkranken

von Gunter Frank



Dicke Diskriminierung

- 3 Adipositas, das Fettgespenst
- 14 Impressum
- 15 Endokrine Disruptoren
- 18 Grüne Gene gehen fremd
- 20 Facts & Artefacts
- 24 Die besondere Erkenntnis

3 / 2013
19. Jahrgang

2009 wurde das Gesundheitssystem "neu erfunden". Seither wird der Geldfluss vom Versicherten zur Kasse in den Gesundheitsfond umgeleitet. Nun fließen die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen mit einem Zuschuss des Bundes in einen zentralen Geldspeicher, aus dem die Krankenkassen ihre Mittel schöpfen.

Wie viel jede Kasse für sich abzweigen darf, darüber entscheidet der Morbiditäts-Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA. Wer kränkere Versicherte hat, bekommt mehr Geld. Klingt erst mal „solidarisch“, hat aber seine Tücken. Die Kranken werden zusätzlich in „hierarchisierte Morbiditätsgruppen“ eingeteilt. Das bedeutet: Je kränker desto lukrativer. Und wie ermittelt man die Schwere einer Erkrankung? Je mehr Pillen verschrieben werden, desto morbider sind im Umkehrschluss die Versicherten – und dafür gibt's nochmal einen Nachschlag.

Eine Rede des SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach macht den Systemwechsel deutlich: „Also, wenn ich heutzutage einen Patienten versorge mit einer etwas teureren Form der Leukämie, ... da ist eine Knochenmarktransplantation notwendig, eine komplizierte Nachbehandlung usw.

usf.. Eine solche Krankheitsepisode kann leicht 150 000 € kosten. Für einen solchen Fall gibt es diesen Durchschnittsbetrag auch im Morbi-RSA. ... Wenn ich aber eine solche Krankheitsepisode komplett abdecken kann für 70-, 80-, oder 90 000 Euro dann bringt diese Krankheitsepisode der Krankenkasse einen Gewinn von mehr als 50 000 Euro. Wie lange muss ich einen Gesunden versichern, um diesen Betrag zu erwirtschaften?“



Geiz ist geil

Die Krankenkassen werden von der Politik explizit aufgefordert, sich wie ein Unternehmen zu gebärden. Um die Gewinne zu maximieren, erhalten ihre Versicherten möglichst viele Diagnosen und Therapien. Lauterbach: „Der

HIV-Patient ist natürlich, wenn es gut organisiert wird und es gibt einen hohen Deckungsbetrag, ein unglaublich lukrativer Kunde. Das muss man sich mal überlegen, d.h. dieses Umdenken, das wird eine Zeit lang brauchen.“

Im versicherungsinternen Sprachgebrauch hat das Umdenken schon begonnen. Dort ist ausdrücklich vom „zielgerichteten Verkranken der Versicherten“ die Rede. Im Klartext: Die erfolgreiche Krankenkasse der Zukunft

ist diejenige, die ihren Mitgliedern schon in jungen Jahren möglichst lukrative Diagnosen anhängt, um dann an möglichst vielen Krankheitsepisoden via Gesundheitsfond zu verdienen. Daraus erhält sie Festbeträge für möglichst teure Therapien, die sie jedoch dank ihrer Nachfragemacht billig bei den Praxen oder Krankenhäusern einkaufen, um an der Marge zu verdienen.

Kleine Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte, denen die Gesundheit ihrer Patienten noch am Herzen liegt, gehen automatisch Pleite. Doch die Lösung steht schon bereit: Börsennotierte Klinikketten und Medizinische Versorgungszentren, in denen die Angestellten vor allem den Aktienkurs gesunderhalten. Ganz im Sinne der einflussreichen Bertelsmann-Stiftung, die schon lange den „Generalunternehmer Gesundheit“ fordert: Diagnostik, Therapie und Versicherung aus einer Hand. Ein Traum für jeden Investor: planbar, steuerbar, profitabel.

Judaslohn

Weil die niedergelassenen Ärzte stören, ködert man sie mit Disease-Management-Programmen. Sie werden dafür bezahlt, wenn sie ihre Patienten mit an sich völlig normalem Blutzucker, Gewicht oder Cholesterin mit fragwürdigen Diagnosen versehen, um sie dann in die dafür vorgesehenen Behandlungswege zu schleusen. Mit Folgen: Gefährliche Übertherapien nehmen schon jetzt Platz drei der Todesursachen in westlichen Gesellschaften ein. Dem Patienten gegenüber tut man so, als diene das einer besseren Versorgung, weil man schon vor dem Auftreten einer Krankheit therapiere.

Der Berliner Medizinhistoriker Paul Unschuld erklärt diese Entwicklung so: Als sich die Nationalstaaten bildeten und die Soldatenheere nicht mehr aus Söldnern bestanden, sondern aus eigenen Bürgern, war es notwendig, diese in großer Zahl gesund zu erhalten. Das Gleiche galt für die Fabriken und die dafür notwendigen Arbeiterheere. Deshalb war es sinnvoll, ein funktionierendes Gesundheitswesen aufzubauen.

Die neuen Paläste

Im 21. Jahrhundert ändert sich dies jedoch. Kriege werden heute in Computerzentralen mit ferngesteuerten Waffensystemen geführt und in der Industrie ersetzen vollautomatische Produktionsstraßen die Arbeiter. Die Gesunderhaltung der Bevölkerung ist jetzt ein finanzpolitischer Luxus. Viel lukrativer ist es, den Bürger als Teil einer Wertschöpfungskette zu sehen, deren Ertrag sich per Diagnose steuern lässt. Der ideale Staatsbürger der Zukunft ist also derjenige, der seit Geburt dank vorsorgender Gentests über zahlreiche Risikofaktoren verfügt, die auf seinem Lebensweg Geld abwerfen.

Stören kann dieses Treiben nur noch, wer sich trotz „falschen“ BMIs oder anderer Normabweichungen weigert, den Kranken zu spielen, der es ablehnt, sich gefährlichen Therapien oder fragwürdigen „Vorsorge“-Untersuchungen auszusetzen – und dafür sogar bereit ist, höhere Beiträge zu berappen. Die größten Profiteure sind in den Zentralen der Medienkonzerne zu suchen, und für sie ist es ein Leichtes, Widerspenstige öffentlich zu diskriminieren, um sie dann auszunehmen wie eine Weihnachtsgans – auch ohne Organspende-Ausweis. Für die Zukunft gilt frei nach Georg Büchner: Friede den Versicherten. Krieg den Kassen und ihren Palästen!

Quellen

GKV-Spitzenverband: Die Vertretung aller Kranken- und Pflegekassen. www.GKV-Spitzenverband.de

Lauterbach K: Gesundheitspolitische Perspektiven für neue Versorgungsformen. Rede beim 4. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung am 7.11.2008. www.iv-hh.de/video.php?VideoName=versorgungsformen

Schiller S: Untersuchung der politischen und gesellschaftlichen Einflussnahme der Bertelsmann Stiftung auf die Reformen im öffentlichen Bereich. Diplomarbeit, Universität Bremen, 2007

"Generalunternehmer Gesundheit" als Zukunftsmodell. Bertelsmann Stiftung fordert ganzheitliche Gesundheitsversorgung". Pressemeldung Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 02.07.2006

Goetzsche PC: Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare. Radcliffe, London 2013

Unschuld P: Ware Gesundheit – das Ende der klassischen Medizin. Beck, München 2010

Adipositas, das Fettgespenst

Der Schlankheitswahn und seine Opfer

von Klaus Alfs

Im Jahr 2006 wurde auf einer Europäischen Ministerkonferenz der WHO eine Charta zur Bekämpfung der Fettleibigkeit verabschiedet. Darin erklären die Teilnehmer ihre „Entschlossenheit, die Maßnahmen zur Bekämpfung der Adipositas nach Maßgabe dieser Charta zu intensivieren und das Thema auf der politischen Tagesordnung unserer Regierungen hoch anzusiedeln. (...) Adipositas ist ein globales Problem für die Bevölkerungsgesundheit“.¹

Die Maßnahmen sollen, so die Konferenzteilnehmer, „auf Mikro- wie auf Makroebene und in unterschiedlichen Umgebungen erfolgen“, damit eine „Trendumkehr bis 2015“ erreicht werde. Bereits der Untertitel der Charta gibt einen Hinweis auf das Ziel: „Ernährung und Bewegung für die Gesundheit“. Durch Bewegungsmangel und zögerlichen Verzehr von Obst und Gemüse sei in der Bevölkerung „eine Störung des Energiegewichts (sic!) ausgelöst worden.“ Gleich zwei Zeilen weiter heißt es: „Nur in wenigen Ländern erreicht der Verzehr von Obst und Gemüse das empfohlene Niveau.“¹

Vorsicht Fallobst

Obst und Gemüse werden so deutlich hervorgehoben, dass man die Charta für ein Opus des „EU-Verwaltungsausschusses Obst und Gemüse“ halten könnte, der mit der Normung von Äpfeln und Birnen betraut ist. Offenbar soll nun der europäische Kernobst-Standard auf die Kunden übertragen werden. Bereits 1998 hat die WHO eine verbindliche Schlankheitsnorm per Body-Mass-Index (BMI) festgelegt. Laut WHO sind aus-

nahmslos alle Menschen dieser Erde, deren BMI über 25 liegt, „übergewichtig“. Ab einem BMI von 30 gelten sie als „fettsüchtig“. Diese Definition ist jedoch ziemlich willkürlich: Genausogut könnte man die Körpermaße von Pygmäen zum Standard machen. Ein paar Zentimeter mehr und der Mensch ist übergroß und ab 170 cm gar größensüchtig.

Angesichts solcher Weltnormen gibt der Epidemiologe Paul Deurenberg von der Universität Wageningen eine Warnung vor intellektuellem Fallobst heraus: „Kein Wissenschaftler möchte Äpfel mit Birnen vergleichen, aber exakt das geschieht, wenn man einen pauschalen cut-off-point anwendet.“¹⁸ Der BMI taugt nicht einmal zur Bestimmung des Körperfetts, und erst recht nicht, um aus diesem Wert ein allgemeines Krankheitsrisiko abzuleiten.⁵¹ Aber selbst wenn, wäre es von geringer Bedeutung. Es dürfte wohl kaum ein



Hauptquartier der WHO in Genf

Hinter diesen Fassaden gesendet die Menschheit durch Normung des Weltkörpers.

Foto: Gfuerst, Wikimedia Commons
 lizenziert unter Creative Commons-Lizenz by-sa 3.0
 URL: <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/legalcode>