

Wolfgang Albers

ZUR KASSE, BITTE!

**Gesundheit als
Geschäfts-Modell**

Das Neue Berlin

Über dieses Buch

Das Gesundheitswesen ist eigentlich eine Gesundheitsindustrie. Kranke heißen Kunden. Krankenhäuser sind Profitcenter und Renditefabriken, Ärzte Unternehmer. Seelsorge und Barmherzigkeit, Grundtugenden medizinischer Betreuung, werden im Minutentakt nach Vorgabe verrichtet ... Wolfgang Albers kennt sich als Praktiker und Gesundheitspolitiker bestens mit dieser Materie aus. Unser Gesundheitssystem ist nach wie vor eine der stabilsten Säulen des deutschen Sozialstaates, sagt er. Doch es ist auch das Objekt ökonomischer Begierden, ein krisensicherer und konjunkturunabhängiger Anlagemarkt. Krankheit ist ein Geschäftsmodell. Für das wir alle bezahlen.

Über den Autor

Wolfgang Albers, geboren 1950 in Essen, studierte Medizin und absolvierte eine Ausbildung zum Chirurgen. Er war Oberarzt in der Allgemein- und Gefäßchirurgie des Humboldt-Krankenhauses, Mitglied des Betriebsrates bei Vivantes, des Zusammenschlusses von neun öffentlichen Krankenhäusern Berlins, von 2002 bis 2008 gewählter Delegierter in der Berliner Ärztekammer. Seit 2006 ist er Mitglied des Abgeordnetenhauses und gesundheits- und wissenschaftspolitischer Sprecher der Fraktion Die Linke.

Sämtliche Inhalte dieser Leseprobe sind urheberrechtlich geschützt. Sie dürfen ohne vorherige schriftliche Genehmigung weder ganz noch auszugsweise kopiert, verändert, vervielfältigt oder veröffentlicht werden.

ISBN 978-3-360-01312-5

© 2016 Verlag Das Neue Berlin, Berlin

Umschlaggestaltung: Buchgut, Berlin

Die Bücher des Verlags Das Neue Berlin
erscheinen in der Eulenspiegel Verlagsgruppe.

www.eulenspiegel.com

*Hat man viel, so wird man bald
Noch viel mehr dazu bekommen.
Wer nur wenig hat, dem wird
Auch das wenige genommen.
Wenn du aber gar nichts hast,
Ach, so lasse dich begraben –
Denn ein Recht zum Leben, Lump,
Haben nur, die etwas haben.*

Heinrich Heine, 1851
auf dem Krankenlager in seiner Pariser »Matratzengruft«

Inhalt

Einleitung	9
Kapitel 1	
Die Entstehung der sozialen Sicherungssysteme	19
I Der Sozialstaat: ein historischer Kompromiss	19
II Zuckerbrot und Peitsche	21
III Die Entwicklung der Krankenkassen: von der Selbsthilfe zur Solidargemeinschaft	25
IV Die Anfänge des Kassenarztsystems	27
V Die verpasste Chance: kein Neubeginn	31
VI Die Solidargemeinschaft als Auslaufmodell: der Angriff auf die Gesetzliche Krankenversicherung	34
VII Privat statt solidarisch: der Umbau des Systems hat schon begonnen	50
Kapitel 2	
Der Arzt als Unternehmer	59
I Die Kassenärztliche Vereinigung: eine Kaufmannsgilde	59
II Die ärztliche Praxis als Wirtschaftsbetrieb	64
III Die »freie« Praxis als Auslaufmodell?	67
Kapitel 3	
Gesundheit als Ware	71
I Der Patient am Ladentisch	71
II Pille sucht Patient	75
III Die Macht der Pharmalobby: neun Mal teurer als Gold	79

Kapitel 4

Märchen, Mythen und semantische Gaukeleien: Über explodierende Kosten, den demographischen Wandel und den Merkelschen Selbstbehalt 87

- I Selbstbehalt und Eigenverantwortung:
der Griff in die Taschen der Versicherten 87
- II Die Kostenexplosion:
eine Bombe tickt seit 40 Jahren 95
- III Das Älterwerden: ein Generationenverrat? 103

Kapitel 5

Die Wandlung der Krankenhäuser in Profitcenter und Renditefabriken 111

- I Die Industrialisierung der Medizin:
das System der Fallpauschalen 111
- II Wie die ökonomische Logik zum Maß der Dinge wird 117
- III Das Ende der Barmherzigkeit 121
- IV Daseinsvorsorge als Marktgeschehen 125
- V Die politische Zechprellerei geht weiter 128
- VI Was eigentlich ist medizinische Qualität? 130
- VII Über Leitlinien und Mindestmengen 132
- VIII Unterfinanzierung als System 138
- IX Ressource Arzt im Krankenhaus:
über Selbstausbeutung und Knechtschaftsverhältnisse 139
- X Der Ausverkauf der Daseinsvorsorge 144
- XI Der Weg in die Privatisierung: das Beispiel Hamburg 159
- XII Das Beispiel Berlin 165

Zum Schluss 195

Anmerkungen 209

Einleitung

I

Das deutsche Gesundheitssystem ist eine der stabilsten Säulen des bundesrepublikanischen Sozialstaats. Es hat die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Vergangenheit für jeden jederzeit und stets auf hohem Niveau gewährleistet.

Natürlich machte es immer schon einen Unterschied, ob man als Privat- oder als Kassenpatient behandelt wurde. Das drückte sich in unterschiedlichen Wartezeiten vor den Sprechzimmern aus oder darin, dass man beim Zahnarzt Amalgamfüllungen bekam statt Keramikkrone.

Und natürlich existierten auch schon in der Vergangenheit Stationen mit komfortablen Einbett-Zimmern, die als Zusatzleistung gebucht werden konnten, meist zusammen mit einer »bevorzugten« Chefarztbehandlung.

Aber der Zugang zu einer notwendig werdenden medizinischen Behandlung war offen und für jeden garantiert.

Die Definition der medizinischen Versorgung als öffentliche Aufgabe im Rahmen der sozialen Daseins-

vorsorge unter staatlicher Hoheit blieb im Kern unangetastet.

Das verändert sich aktuell.

Auf der einen Seite ist das Gesundheitswesen zum Objekt der ökonomischen Begierde geworden. Ein krisensicherer und konjunkturunabhängiger Anlagemarkt, zu dem die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* schon vor Jahren vorausschauend für das westdeutsche Kapital feststellte: »Das Gesundheitswesen ist einer der wenigen Wachstumsmärkte, die es überhaupt noch gibt.«¹

Wirtschaftswissenschaftler sprechen für den Gesundheitsbereich gar von der sechsten »langen Welle« der »Kondratieff-Zyklen«, jener volkswirtschaftlichen Innovationsschübe im Rahmen einer zyklischen Wirtschaftsentwicklung, die mit ihren technologischen Neuerungen die Konjunktur jeweils über viele Jahre bestimmen.²

Das Wortkonstrukt »Gesundheitsmarkt« beschreibt dabei exakt die gegenwärtige Wandlung von einem ehemals im Wesentlichen konsumtiven Wohlfahrtssektor der sozialen Daseinsvorsorge zu einem zunehmend rein rendite-orientierten Bereich »Gesundheitswirtschaft«.

Mittlerweile leben ganze Industriezweige von der schlichten kaufmännischen Erkenntnis: Die Menschen sind bereit, für ihre Gesundheit zu zahlen. 314,9 Milliarden Euro wurden im Jahr 2013 für die Gesundheit in diesem Land ausgegeben. 57,5 Prozent davon kamen aus den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung: 181,5 Milliarden Euro.

Es wird viel Geld im Gesundheitswesen ausgegeben, es wird aber auch viel Geld im Gesundheitswesen verdient. Da ist eine Menge Geld im System, da wird dem System aber auch eine Menge Geld über den »boomer Market« entzogen, der mit seinen Gewinn- und Renditeansprüchen aus den »öffentlichen« Gesundheitsausgaben krisenfest bedient werden möchte.

Auf der anderen Seite jedoch reduziert sich die gesamte Gesundheitspolitik in diesem Land seit Jahrzehnten im Sinne einer wettbewerbsbasierten Kostendämpfungsstrategie allein auf das Gesundheitssystem als »Kostentreiber«.

Nahezu alle gesundheitspolitischen Debatten werden überlagert von einer unsäglichen Diskussion über explodierende Kosten, die nachhaltig geprägt wird von Mythen und Märchen. Auf der Basis dubioser Zukunftsprognosen werden »Sachzwänge« hergeleitet, mit denen die Notwendigkeit von tiefen Eingriffen in die sozialen Sicherungssysteme in immer neuen Varianten begründet wird. Bedrohungsszenarien wechseln sich ab, mit denen ein sozialpolitischer Kahlschlag ideologisch vorbereitet werden soll.

»Die Möglichkeiten des Sozialstaates, die soziale Sicherung in dem bisher gewohnten Umfang aufrechtzuerhalten, stoßen auf immanente Grenzen.«³ »Experten« wie das hier zitierte Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Nordbaden reklamieren, ob gefragt oder ungefragt, aber stets mit einer Selbstverständlichkeit, die keinerlei Zweifel zulässt, die zukünftige Unbezahlfähigkeit unseres sozialen Sicherungssystems und begründen damit die Notwendigkeit seines »Umbaus«

oder, in der phraseologischen Variante, seiner »Modernisierung«. Dabei geht es immer nur darum, die kostengünstigste Variante dieses leidigen Reparaturbetriebs zu organisieren. Aufgabe einer verantwortlichen Gesundheitspolitik wäre es aber, diese »immanenten Grenzen«, von denen die Rede ist, einmal genauer zu betrachten und zu analysieren, worin diese begründet sind und ob man sie gesellschaftspolitisch auch genauso gesetzt sehen will.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch mal der genauere Blick darauf, wohin denn diese immensen Gelder fließen, deren Zahlung den Sozialstaat an den Rand des Abgrunds drängt. Stattdessen aber beklagen die Experten die im internationalen Vergleich angeblich zu hohe Lohnnebenkosten, die den »Faktor Arbeit« für die deutschen »Arbeitgeber«⁴ so gewaltig verteuern.

Sie beschwören mit der entsprechenden rhetorischen Schlitzohrigkeit den »Dämon« des gesellschaftlich nicht mehr zu verkraftenden demographischen Wandels durch eine »drohende Überalterung«, kritisieren eine vermeintliche »Überversorgung« in der sozialen Hängematte und unterstellen gleichzeitig weit verbreiteten Sozialmissbrauch durch Arbeitslose, aus denen gewollt denunziatorisch »Arbeitsunwillige« gemacht werden.

Den Hintergrund der gesamten Reformpolitik der letzten Jahrzehnte im Gesundheitswesen hat der heutige Finanzminister Wolfgang Schäuble bereits 1988 deutlich gemacht: »Unsere Arbeitskosten sind zu hoch, wir belegen einen Spitzenplatz. [...] Wir tun das un-

sere, sie zu senken. Dazu dienen die Strukturreform unserer Krankenversicherung und die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung.«⁵

Natürlich wird niemand offen die Abschaffung des Sozialstaats bundesrepublikanischer Prägung fordern. Dafür wird er keine politischen Mehrheiten bekommen. Gefordert wird vielmehr, die »Wettbewerbsfähigkeit« des Standorts Deutschland dürfe nicht gefährdet werden.

Und das läuft dann so:

Nach der »Agenda 2010«, die mit der Hartz IV-Gesetzgebung bereits einen massiven Eingriff in das bisherige System der Arbeitslosenversicherung brachte, und nach der Zerstörung der alten Rentenformel, die die Öffnung der Altersvorsorge für die Kapitalmärkte zur Folge hatte, wird in diesem Sinn nun auch die Umwandlung unseres Gesundheitssystems in ein weitgehend dereguliertes und rein rendite-orientiertes Element der freien Marktwirtschaft vorangetrieben.

II

Ein Blick auf die Geschichte der Entwicklung des bundesrepublikanischen Sozialstaatsmodells zeigt, dass dieses weder als fürsorglicher Gunst- noch als hoheitlicher Gnadenerweis dahergekommen ist.

Es ist auch nicht die Umsetzung irgendeiner in der philanthropischen Teestube entwickelten sozialen Utopie.

Der Sozialstaat ist das Ergebnis sozialer und ökonomischer Auseinandersetzungen. Seine Errungenschaf-

ten sind keineswegs milde Gaben, die je nach Kassenlage zugestanden werden oder nicht. Vielmehr stellt er sich als gesellschaftlicher Kompromiss dar, der durch diese Kämpfe vermittelt ist und der in seiner Erscheinung und im Ergebnis im Wesentlichen bestimmt wird durch das jeweilige gesellschaftliche Kräfteverhältnis, das ihm zugrunde liegt und das sich in seiner Verfasstheit ausbalanciert widerspiegelt.

Es geht dabei immer um die Frage von gesellschaftlicher Macht und Gegenmacht. So ist der gesellschaftliche Kompromiss, der bei der Konstituierung der Bundesrepublik als Sozialstaat zugrunde lag, geprägt durch die sozialen Kämpfe der Nachkriegsära.

Auf der einen Seite bestimmt vom Druck einer organisierten Arbeiterbewegung und starken Gewerkschaften, auf der anderen Seite von dem Interesse der Unternehmer an optimalen Verwertungsbedingungen für das eingesetzte Kapital in der Aufschwungphase des wirtschaftlichen Wiederaufbaus.

Er war aber auch von dem politischen Bestreben beeinflusst, die junge Bundesrepublik in der damaligen Systemkonkurrenz mit den Staaten, die sich einer kapitalistischen Entwicklung verweigerten, zum »Schaukasten des Westens« zu machen und als »Wirtschaftswunderland« als das »bessere«, weil sozialere System erscheinen zu lassen.

Mit dem Wegbrechen dieser Systemalternative und dem Rückgang der Industriearbeit in großen Verbänden, den sozialen Veränderungen in der modernen, zunehmend digitalisierten Arbeitswelt mit ihrer Zersplitterung und der zunehmenden Prekarisierung »Job statt

Beruf« hat sich das gesellschaftliche Kräfteverhältnis verschoben. Der historische Kompromiss wird aufgekündigt.

Das jüngste Beispiel als absurde Posse mit der Axt an das soziale Gebälk: Das Krankengeld gerät unter Beschuss.

Weil die Ausgaben zwischen 2006 und 2014 von 5,7 auf 10,6 Milliarden Euro gestiegen sind, hatte das Bundesgesundheitsministerium ein Sondergutachten in Auftrag gegeben. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl daraufhin die Einführung einer »Teil-Krankschreibung«, nach der Erwerbstätige ihrer Arbeit noch in Teilen nachgehen könnten. Danach müssten die Krankenkassen eben nur noch einen Teil des Krankengeldes zahlen.⁶

Wie man sich das dann praktisch vorstellen muss? Der gesunde Teil geht arbeiten, der andere bleibt zu Hause? Oder muss halt lustlos fiebrig murrend mit?

Absurd in der Praxis.

Absurd aber auch, wie hier das Primat der Ökonomie über die Definition von Gesundheit gestülpt werden soll.

Es geht schlichtweg um die Kürzung des Krankengelds.

Und der Deutsche Industrie- und Handelskammertag stellt folgerichtig auch noch die Lohnfortzahlung für die Arbeitnehmer im Krankheitsfall in Gänze in Frage.⁷

Die Durchsetzung der tariflichen Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei der Lohnfortzah-

lung im Krankheitsfall war das Ergebnis harter und langwieriger sozialer Auseinandersetzungen. Bereits 1955 hatte der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) den damaligen Bundestagsfraktionen einen solchen Vorschlag zur Änderung des entsprechenden Paragraphen 616 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) vorgelegt.

Eine nachfolgende Gesetzesinitiative der SPD zur Gleichstellung aller Arbeitnehmer im Krankheitsfall fand parlamentarisch keine Mehrheit, weil man eine zu hohe finanzielle Belastung für die Wirtschaft fürchtete. Daraufhin rief die IG Metall in Schleswig-Holstein ihre Mitglieder zum Streik auf. Es folgte der bis dato längste Arbeitskampf in der Geschichte der Bundesrepublik. Vom 24. Oktober 1956 bis zum 14. Februar 1957, mehr als 16 Wochen, 114 Tage lang, traten die Metallarbeiter in den Ausstand. Das Ergebnis war zunächst keine Änderung des § 616 des Bürgerlichen Gesetzbuches, sondern ein »Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Arbeiter im Krankheitsfall«.

Es brachte nicht die geforderte Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, aber ihm wurde zumindest eine Zuschusszahlung zum Krankengeld abgerungen, durch die das Krankengeld auf 90 Prozent des Nettolohns aufgestockt werden konnte.

Es dauerte schließlich noch 14 Jahre, ehe die Streikforderung 1970 durchgesetzt werden konnte.

Erst 1969, mit der sozialliberalen Koalition aus SPD und FDP, die einen gesellschaftlichen Wendepunkt in der Geschichte der Bundesrepublik markierte, konnte die faktische Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten gesetzlich durchgesetzt werden. Das gesell-

schaftliche Kräfteverhältnis hatte sich entsprechend verändert.

Die Regelung aber blieb den Arbeitgebern immer ein Dorn im Auge. Offenbar erscheint ihnen die Zeit jetzt günstig, weiter in die Offensive zu kommen und auch in dieser Frage ihre sozialpolitische Rollback-Strategie durchzuziehen.

Kapitel 2

Der Arzt als Unternehmer

I Die Kassenärztliche Vereinigung: eine Kaufmannsgilde

Alle Ärzte, die in der Bundesrepublik einen Kassenarztsitz betreiben wollen, müssen der »Kassenärztlichen Vereinigung« (KV) angehören. 17 davon gibt es. Jedes Bundesland hat seine eigene KV, Nordrhein-Westfalen, wegen seiner Größe, hat zwei.

Als zentraler Ansprechpartner und oberstes Beschlussgremium der 17 Gilden agiert zudem auf der Bundesebene eine »Kassenärztliche Bundesvereinigung«.

Finanziert wird die gesamte Struktur durch die Beiträge der niedergelassenen Ärzte, die als Zwangsmitglieder mit 2,5 Prozent ihres jährlichen Bruttoeinkommens diesen Verwaltungsapparat tragen müssen, letztlich also aus den Geldern der Krankenkassen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen organisieren als Körperschaften des öffentlichen Rechts das gesamte Vertragsarztwesen in der Bundesrepublik. Ihnen ist die Verantwortung für die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung übertragen worden. Sie ha-

ben den »Versorgungsauftrag«, das heißt, sie müssen über ihre Vertragsärzte jederzeit die ambulante medizinische Betreuung ihrer Patienten sicherstellen.

Zwar können die Kassenärztlichen Vereinigungen diesem ihrem Versorgungsauftrag nicht nur in der Fläche, sondern auch außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten kaum mehr nachkommen, aber dennoch verteidigen sie ihren Monopolanspruch vehement gegen jeden Versuch, zum Beispiel auch die Ressourcen der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen – obwohl diese vielerorts mit ihren 24 Stunden geöffneten Rettungsstellen die Versorgung zu den Schließzeiten der Praxen längst mit übernommen haben.

Die Gründe dafür sind rein ökonomischer Natur.

Der Kuchen, den es zu verteilen gilt, soll im Rahmen dieser kassenärztlichen Beutegemeinschaft verteilt werden.

So mahnt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Berliner KV seine Kollegen: »Wir dürfen eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auf keinen Fall unterstützen.«⁵¹ Dies ginge zu Lasten der Honorare der niedergelassenen Ärzte.

Die Institution, die für die Verteilung dieses Honorars verantwortlich ist, ist ebenfalls die KV.

Sie moderiert die zum Teil heftigen Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft und verteilt das Honorar für die ärztliche Tätigkeit an den einzelnen Arzt. Dieser bekommt sein Geld für die Behandlung der Patienten nicht direkt von der Krankenkasse, sondern er erhält über die Abrechnung mit der KV nach

einem ausgeklügelten Punktesystem seinen Anteil aus der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung. Die Höhe dieser Gesamtvergütung wird in einem Kollektivvertrag zwischen den Kassen und der KV für den jeweiligen KV-Bezirk gesondert ausgehandelt und budgetiert festgelegt.

Diese Deckelung der Budgets hat zur Folge, dass bei einer stetig wachsenden Menge an ärztlichen Leistungen die Vergütung für die jeweilige Leistung sinkt. Es ist der Hintergrund der Klagen der niedergelassenen Ärzte, dass ihre Honorare seit Jahren sinken und gleichzeitig Ausgangspunkt für die heftigen Verteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in ihrer Tätigkeit und ihrem Habitus auch unter den Ärzten nicht unumstritten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) versuchte wiederholt, das schlechte Image mit einer großangelegten Werbekampagne aufzupolieren. »Wir arbeiten für ihr Leben gern«, hieß es da auf den Großplakaten. Bezahlt wurde die jüngste, 15 Millionen Euro teure Kampagne letztlich auch wieder aus den Geldern der Kassen, die damit diese Image-Politur ihrer »Geschäftspartner« finanzieren.

Mit dem Geld der Patienten fürs eigene Image bei jenen werben, deren Geld man so verprasst. Das hat schon was!

Auf die Problematik der Kassenärztlichen Vereinigung und der politischen Kritik an ihr soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Nur so viel sei zu der honorigen Gesellschaft noch eingeschoben:

Deren Vorstandsvorsitzende verdienen horrende Summen, bei denen manchem der niedergelassenen Kollegen, die an den Peripherien der Städte praktizieren, die Tränen in die Augen steigen dürften. Deshalb seien sie hier auch kurz erwähnt.

Das Jahresgrundgehalt des Vorstandsvorsitzenden der Bundes-KV betrug im Jahr 2014 exakt 329 600 Euro. Ein »einfaches« Vorstandsmitglied freute sich immerhin noch über ein Grundgehalt von 316 170 Euro.⁵² (Das Bruttojahresgehalt der Bundeskanzlerin beträgt 189 993,48 Euro.)

Auf Länderebene floriert der Selbstbedienungsladen ebenso. Auch hier müssen die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit keineswegs darben. Ihre Grundgehälter schwanken zwischen 155 000 und knapp 273 000 Euro.

Und in Berlin gab es für die drei Vorstandsmitglieder vom »Stamme Nimm« mit einem Grundgehalt im Jahr 2014 von 204 673,10 Euro nach ihrer Wiederwahl 2010 auch noch den unverfrorenen Versuch, dieses Grundgehalt ein wenig durch »Übergangsgelder«, jeweils in Höhe von 183 000 Euro, aufzustocken. Ohne dass es dabei irgendeinen Übergang gegeben hätte. Und zunächst auch ohne die Zustimmung der zuständigen Vertreterversammlung. Deren Zustimmung besorgte man sich nachträglich.

Um den Anschein von Rechtmäßigkeit zu wahren, könne man ja die Dienstverträge verändern. »Dann würde das Geld nicht einmal in der Gesamtübersicht des Deutschen Ärzteblattes auftauchen«, so war es spitzbübisch vorausplanend in der Mail eines Vor-

standsmitglieds zu lesen.⁵³ Erst nachdem ein Landgericht den Dreien bescheinigt hatte, es sei, mögen sie es drehen wie wenden, so nicht rechtens, zahlten sie die Gelder murrend zurück – nach mehr als einem Jahr Verweigerung in schnoddrig-rotzigem Trotz. Die Zinsen, die sie monatelang für die zu Unrecht ausgezahlten Summen kassierten, freilich nicht.

Bis heute hat die Delegiertenversammlung der Berliner KV, in der es mächtig rumorte, nicht die Selbstreinigungskraft aufgebracht, sich von den drei Schlitzohren zu trennen.

Bezeichnende Anekdote zum Charakter dieser ständischen Grandezza auf Bundesebene: Im Dezember 2006 ließ die Kassenärztliche Bundesvereinigung für 30 Euro Tagespauschale 170 gemietete Studenten und Arbeitslose drei Stunden lang mit weißen Arztkitteln vor dem Bundestag zum Protest gegen eine der vielen Gesundheitsreformen aufmarschieren. Bei der inszenierten Maskerade flatterten 4500 Arztkittel im Wind, getragen von den Demonstranten als »menschliche Garderobenständer«. Kosten der Aktion: rund 5000 Euro.⁵⁴

Ertappt verteidigte KBV-Pressesprecher Roland Stahl den Einsatz der Studenten und fand das »total normal«. Der Vorstandsvorsitzende Andreas Köhler drohte der *Bild*, die die Posse öffentlich gemacht hatte, anschließend mit presserechtlichen Konsequenzen. Man habe schließlich keine Demonstration durchgeführt, sondern es habe sich um den Abschluss einer PR-Kampagne gehandelt, bemerkte er spitzfindig.⁵⁵