

**Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen
im Vergleich zu den gesetzlichen und privaten Kassen
in Deutschland
- Grundlagen, Wirkmechanismen und Leistungsfähigkeit**

Bachelor-Arbeit von Cornelia Wiethaler

Matrikel-Nr. 390936

Universität Konstanz

Fachbereich Politik- und Verwaltungswissenschaft

Juli 2009

1. Gutachter: PD Dr. Sven Jochem
2. Gutachter: Prof. Dr. Philip Manow

Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen im Vergleich zu den gesetzlichen und privaten Kassen in Deutschland - Grundlagen, Wirkmechanismen und Leistungsfähigkeit

Bachelor-Arbeit von Cornelia Wiethaler, Matrikel-Nr. 390936

Universität Konstanz, Fachbereich Politik- und Verwaltungswissenschaft, Juli 2009

1. Gutachter: PD Dr. Sven Jochem
2. Gutachter: Prof. Dr. Philip Manow

Inhalt

1	Einleitung.....	3
2	Grundlagen.....	3
2.1	Historische Grundlagen.....	3
2.2	Gesetzliche Grundlagen.....	4
2.3	Grundprinzipien.....	4
2.4	Relevante Rahmenbedingungen.....	7
3	Solidargemeinschaften	8
3.1.1	ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. (AD e.V.)	9
3.1.2	SAMARITA Solidargemeinschaft e.V.	21
4	Ergebnisse.....	28
4.1	Gemeinsamkeiten zwischen den Systemen	28
4.2	Unterschiede zwischen den Systemen.....	29
4.3	Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaften	30
4.4	Übersicht.....	31
5	Zusammenfassung	32
6	Literatur	32
	Anhang A: Auswertung der Befragung	
	Anhang B: Fälle 1 - 3	

1 Einleitung

Mit der Gesundheitsreform von 2007 unterliegen alle Bürgerinnen und Bürger ab dem 1. April 2007 der Versicherungspflicht. Ab dem 1. Januar 2009 gilt diese auch in der privaten Krankenversicherung. Ausgenommen davon sind Menschen, die über eine anderweitige Absicherung verfügen. Die Definition dieser anderweitigen Absicherung, die Kriterien und Merkmale die eine derartige Unterstützungseinrichtung vorweisen muss, wurde vom Gesetzgeber jedoch nicht definiert, obgleich derartige Unterstützungseinrichtungen bereits Jahre vor der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht erfolgreich arbeiteten. Diese Fallstudie wurde aufgrund von Literatur-, Archiv- und Internetrecherchen, sowie strukturierten Befragungen von Mitgliedern der Solidargemeinschaften erstellt. Sie gibt zunächst einen kurzen Einblick in historische und gesetzliche Grundlagen und Grundprinzipien der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen (GKV und PKV) sowie eine Beschreibung der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. und der SAMARITA Solidargemeinschaft e.V.. Sie umfasst Grundlagen, Entwicklung und Ausprägungen der Solidargemeinschaften. Danach erfolgt eine Gegenüberstellung der Systeme. Das Forschungsdesign ist explorativ. Der empirisch-analytische Vergleich folgt der Forschungsfrage: Wie und warum funktionieren Solidargemeinschaften und bieten sie eine vergleichbare Leistungsfähigkeit wie gesetzliche oder private Krankenkassen? Zur Beantwortung dieser Fragen wurden 79 Mitglieder einer ARTABANA-Regionalgemeinschaft befragt. Die Auswertung der 36 beantworteten Fragebögen befindet sich in Anhang A. Die Stichproben lassen aufgrund der kleinen Fallzahl keine repräsentativen Aussagen zu, geben jedoch authentische Antworten von Mitgliedern sowie Tendenzen an, die in weiteren Arbeiten zu überprüfen sind. Drei Fallbeschreibungen befinden sich in Anhang B. Als Ergebnis dieser Arbeit werden drei Hypothesen formuliert: erstens, Therapie- und Therapeutenfreiheit fördern die Mündigkeit der Menschen und tragen zur Kostenersparnis im Gesundheitswesen bei. Zweitens, die Verlagerung von Entscheidungsgewalt und Finanzautonomie auf kleine Gruppen fördert die Eigenverantwortung der Mitglieder und trägt dadurch zur Kostenersparnis bei und drittens, die Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen bieten neben GKV und PKV eine neue Form der Absicherung im Krankheitsfall.

2 Grundlagen

2.1 Historische Grundlagen

Die Motivation mittels Krankenfürsorge soziale Unruhen zu vermeiden, durchzieht nach Peters und Mengert (1992) die gesamte Geschichte der öffentlichen Krankenfürsorge.

In Deutschland waren Träger der Krankenfürsorge Klöster, Ritterorden und später Städte. Nach dem dreißigjährigen Krieg wurde die Krankenfürsorge zunehmend genossenschaftlich in Form von Selbsthilfeorganisationen bestimmter Berufsgruppen mit ähnlicher Risikokonstellation sowie durch die Zünfte übernommen. Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland mit seinen Kassen und Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen hat sich über eine lange Zeit als eine Mischung von privaten und öffentlichen Systemen entwickelt. Am Anfang standen die Arbeiterfrage und die soziale Frage mit Bezug auf konkrete Problemstellungen. Von dieser ursprünglichen Zielsetzung, der Versorgung von wirtschaftlich schwächeren Personengruppen, haben sich die Sozialleistungssysteme zu Systemen entwickelt, die die gesamte Gesellschaft durchdringen. Seit den 70er Jahren ist der Kostenanstieg im Gesundheitswesen zum Problem geworden. Die Gesundheitskosten steigen kontinuierlich stärker als die Löhne. Um den Kostenanstieg auszugleichen, wurden in der Vergangenheit laufend Beitragssätze erhöht und der Kreis der Versicherten erweitert (Oberender, Hebborn 1994) und der Faktor Arbeit zunehmend belastet

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Auf Ebene der Verfassung sind die *Gesetzlichen Krankenkassen* eine Ausdrucksform des Sozialstaatsprinzips, das im Grundgesetz Art. 20 Abs. 1 und 28 Abs. 1 als sozialstaatliche Zentralnorm verankert ist. Die *Privaten Krankenkassen* haben ihre verfassungsrechtliche Grundlage in der Allgemeinen Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs.1 GG und in der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG (Stevens-Bartol, 2009). Für die Solidargemeinschaften kommt eine Gründung auf vier Grundrechte in Betracht: erstens auf die Menschenwürde aus Art. 1. GG, zweitens auf die persönliche Handlungsfreiheit aus Art. 2 GG, drittens auf die Vereinigungsfreiheit aus Art. 9. GG sowie viertens auf die Berufsfreiheit aus Art. 12 GG (Döring 2009, Stevens-Bartol 2009).

Die gesetzliche Ausgestaltung der GKV ist im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Die PKV hat ihre gesetzlichen Grundlagen im Handelsgesetzbuch (HGB), im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sowie im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und im Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die Solidargemeinschaften richten sich nach dem Vereinsrecht des BGB und postulieren den „anderweitigen Anspruch auf Absicherung“ durch faktisch vergleichbare Leistungsfähigkeit iSd § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zu erfüllen.

2.3 Grundprinzipien

Aufsicht und Mitwirkung des Staates (Frerich 1996, 343)

Das Sozialleistungssystem in Deutschland hat sich zu öffentlich-rechtlichen Selbstverwaltungskörperschaften ausgestaltet. Um sicher zu stellen, dass die Körperschaften nach Recht und Gesetz tätig werden, wird die Selbstverwaltung der

GKV ergänzt durch Staatsaufsicht und Staatsmitwirkung. Die bundesweit tätigen gesetzlichen Krankenkassen unterliegen der Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt (§90 Abs. 1 SGB IV). In der Fachaufsicht des Staates wirkt der Staat bei der Entwicklung von Maßnahmen der Sozialversicherungsträger durch Genehmigungen, Zustimmungen oder Bestätigungen mit. Diese Mitwirkung bezieht sich auf die autonome Rechtsetzung, auf personelle und organisatorische Maßnahmen ebenso wie auf Haushaltsplan und Vermögensanlagen sowie Berufsausbildung und Verwaltungsaufgaben der GKV. Die Privaten Krankenversicherungen unterliegen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die Solidargemeinschaften gehen weder nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) noch nach dem Kreditwesengesetz (KWG) einer erlaubnispflichtigen Tätigkeit nach und unterliegen somit nicht der Aufsicht der BaFin (BaFin 11.07.2008). Sie sind somit aufsichtsfreie Unterstützungseinrichtungen gemäß § 1 Abs. 3 Ziff.1 VAG.

Zwei Gestaltungsprinzipien nach (Frerich 30 ff) sind das **Solidaritäts-** und das **Subsidiaritätsprinzip**, zwei gesellschaftliche Wertideen, die in unterschiedlicher Ausprägung Kassen und Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen prägen.

Erstens das **Solidaritätsprinzip**: der Begriff der Solidarität stammt aus der Rechtssprache und bezeichnet ursprünglich solidarische Verpflichtung oder Haftung mehrerer Schuldner gegenüber einem Gläubiger. Im Ursprung war mit Solidarität die auf persönlicher Verbundenheit gründende Gruppensolidarität gemeint. Ein Beispiel dafür war die in Arbeitskampsituationen entstandene „Bruderhilfe der Arbeitskollegen“ (Brück 1976, 47), wobei gemeinsame und gleichartige Lebensinteressen der einzelnen Gruppenmitglieder und das Gefühl „in einem Boot zu sitzen“ eine zentrale Rolle spielten. Frerich (1996) stellt die Frage, inwieweit sich diese Gruppensolidarität zu einer gesamtgesellschaftlichen Solidarität ausgeweitet hat oder diese an die Stelle der Gruppensolidarität getreten ist. Das solidarische Verhalten verändert sich: je größer die Gruppe, desto schwächer wird die freiwillige Solidarität und um so mehr muss die zwangsweise Solidarhaftung zum Zuge kommen (Frerich 1996, 30). Aus dem **Solidaritätsprinzip der GKV** leiten sich drei Umverteilungsaufgaben ab: erstens zwischen Kranken und Gesunden, zweitens zwischen Mitgliedern mit höheren und solchen mit geringeren Einkommen - auch Solidarausgleich genannt - und drittens zwischen jüngeren und älteren Mitgliedern. Im dritten Ausgleich werden im Umlageverfahren die laufenden Ausgaben durch laufende Einnahmen und nicht durch Rückgriff auf Altersrückstellungen gedeckt. Die Beitragserhebung ist abhängig vom Einkommen, die Gewährung von Leistungen hingegen unabhängig vom jeweiligen Beitrag. Zur Sicherung der Finanzierbarkeit dieser sozialen Krankenversicherung wird die **Pflichtmitgliedschaft** in der GKV für eine ausreichend große Personenzahl gesetzlich vorgeschrieben. Diese Pflichtmitgliedschaft ist jedoch nur für einen als

besonders schutzbedürftig eingestuftem Personenkreis vorgesehen: abhängig Beschäftigte, deren Löhne und Gehälter unter der Versicherungspflichtgrenze von 4.050 € pro Monat liegen.

Zweitens das **Subsidiaritätsprinzip** bezeichnet eine Rangordnung der Sozialkörper: erst müsse der Einzelne sich selbst helfen, wenn er nicht mehr kann die Familie, erst danach ersatzweise die Gemeinde, das Land und erst zuletzt der Gesamtstaat. Fremdhilfe darf nicht eigene Initiative und Aktivität untergraben sondern soll Hilfe zur Selbsthilfe sein. (Frerich 1996, 31). Das Subsidiaritätsprinzip berührt das Verhältnis der größeren umfassenden Gesellschaft zu den kleineren, von ihr umfassten Gesellschaften (Nell-Breuning 1957, 224). Danach sollen sich jedoch die kleineren Gesellschaften nicht erschöpfen bevor die größere Ebene zu Hilfe geholt wird, sondern es soll die sachliche Frage geklärt werden, auf welcher Ebene eine Aufgabe am besten zu lösen ist. Wenn die Nächstbeteiligten am gezieltesten und zweckmäßigsten helfen können, soll ihnen auch die Arbeit überlassen werden.

Zusammengefasst betont das Solidaritätsprinzip die Verantwortung des einzelnen sowohl für sich selbst als auch für die Gesamtgesellschaft, beziehungsweise für seine Solidargemeinschaft. Das Subsidiaritätsprinzip stärkt sowohl Selbstverantwortung des einzelnen Menschen und kleiner Gemeinwesen als auch die Verantwortung des Ganzen für die kleineren Einheiten einer Gesellschaft (Frerich 1996, 32).

Das Prinzip der **Selbstverwaltung** im Krankenkassenwesen wurde erstmalig 1849 durch die Beteiligung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern eingeführt und durch die Bismarcksche Sozialgesetzgebung ab 1883 ausgebaut. Sie beinhaltet auch die ehrenamtliche Selbstverwaltung (Frerich 1996, 338).

GKV und PKV orientieren sich in unterschiedlicher Weise am **Versicherungsprinzip**. Sie verfolgen das Ziel, durch mögliche Krankheitsfälle eintretende Vermögensschäden zu begrenzen oder auszuschalten. Das Risiko lässt sich mittels der Wahrscheinlichkeitsrechnung für die Gesamtheit der Versicherten (GKV) oder für bestimmte Kohorten (PKV) berechnen. Auf dieser Basis werden sodann die Mitgliedsbeiträge berechnet, die zum Ausgleich des Schadens erforderlich sind. Es ist ein Umverteilungssystem zwischen Kranken und Gesunden.

Nach dem **Äquivalenzprinzip** der PKV sollen sich Versicherungsprämie und Anspruch entsprechen. D.h. „jeder zahlt nach seiner wahrscheinlichen Bedürftigkeit und empfängt nach seiner tatsächlichen“ (Oberender, Hebborn 1994, 39). Die Mitgliedsbeiträge richten sich somit nach dem Gesamtrisiko der Gruppe der Versicherten, die nach Alter in Kohorten mit autonomem Risikoausgleich eingeteilt werden. Um die mit steigendem Alter anwachsenden Krankheitskosten nicht allein durch steigende Mitgliedsbeiträge aufzubringen, werden sogenannte Altersrückstellungen gebildet. Im Kapitaldeckungs-

verfahren bezahlen jüngere Mitglieder Beiträge, die ihren tatsächlichen Bedarf übersteigen, so dass im Alter die Beiträge unter Bedarf liegen und weitgehend konstant gehalten werden können. Nach dem Äquivalenzprinzip werden für Familienmitglieder risikoäquivalente Beiträge bezahlt.

Die GKV ist eine **Krankheitskostenvollversicherung**, bei der bestimmte Leistungskomplexe nicht ausgeschlossen werden können und ein Einheitstarif gezahlt wird. Die PKV ist hingegen eine Krankheitskostenteilversicherung, d.h. Mitglieder können bestimmte Leistungskomplexe ausschließen und somit die Beiträge an den eigenen Bedarf und das eigene Risiko anpassen. Auch durch die individuelle Festlegung von Selbstbeteiligungen können die Beiträge individuell angepasst werden.

GKV und PKV folgen unterschiedlichen Erstattungsprinzipien: bei der GKV werden Leistungen nach dem **Sachleistungsprinzip** erbracht und nicht verauslagte Kosten für Gesundheitsleistungen des Versicherten erstattet. D.h. der Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall kann von GKV-Versicherten nur bei Ärzten mit vertragsärztlicher Zulassung eingelöst werden. Über Gebührenscheine geben die Ärzte ihre erbrachten Leistungen an die kassenärztliche Vereinigungen weiter, die dann wiederum mit dem jeweiligen Versicherungsträger der GKV abrechnen. Die Versicherungsträger regeln Art, Inhalt, Qualität und Vergütung in Verträgen mit den Leistungserbringern und üben somit einen maßgeblichen Einfluss auf das gesamte Gesundheitssystem in Struktur und Entwicklung aus. Bei der PKV wird das **Kostenerstattungsprinzip** angewendet, nach dem die Versicherten in Vorleistung gehen und die Rechnungen dann zur Erstattung bei ihrer PKV einreichen. Je nach Versicherungsvertrag werden die Rechnungen ganz oder teilweise erstattet.

2.4 Relevante Rahmenbedingungen

Seit Jahren steigen die Ausgaben für Krankenversicherungen stärker als die Einkommen der Beitragszahler. Die Kosten des Gesundheitssystems werden zunehmen unfinanzierbar. Durch den **demographischen Wandel** und die steigende Lebenserwartung gibt es zunehmend mehr ältere, chronisch kranke und pflegebedürftige Mitglieder, die über zunehmend längere Zeiträume höhere medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Beitragszahler, die mit zunehmend höheren Sozialabgaben belastet werden.

Der **Medizintechnische Fortschritt** führt zur fortlaufenden Ausweitung der Leistungskataloge der Krankenkassen. Durch den Fortschritt wird medizinisch immer mehr möglich, gleichzeitig steigen die Ansprüche der Patienten, nicht jedoch die finanziellen Mittel. Aufgrund der oben geschilderten Marktstruktur findet kein Wettbewerb um günstige Heilmethoden für eine Krankheit statt. Die Anbieter von Medizintechnik steigern ihre Umsätze und Einkommen durch den Einsatz neuer,

kostenintensiverer Techniken und Therapieformen.

In Deutschland sind 90 % der Menschen in der GKV pflichtversichert. Der **Markt** der Kassenleistungen hat ein Volumen von 160 Mrd. € pro Jahr. Doch der einzelne Versicherte weiß nicht, was seine Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte kosten. Außerdem hat er eine eingeschränkte Therapie- und Therapeuten-Freiheit. Viele (auch kostengünstigere) Heilungswege sind von den Kassenleistungen ausgeschlossen, andere vorgegeben. Durch die Tätigkeiten des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) werden mittels der fixierten Leistungskataloge monopolistische Strukturen im Gesundheitswesen begünstigt. Das IQWiG wird im Zuge der Gesundheitsreform am 1. Juni 2004 gegründet. Es untersucht, bewertet und kommuniziert die Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen (§ 139a SGB V).

Auf diesem unvollständigen Markt mit mangelnder Transparenz und Steuerung durch Preise entwickelt sich eine preisunempfindliche Nachfrage. Einer Trittbrettfahrer-Mentalität - dem Moral-Hazard-Phänomen – wird somit Vorschub geleistet, in dem Sinne, dass für Versicherte Anreize bestehen, die nachgefragten Kassenleistungen zu maximieren und eigene Anstrengungen zur Gesundheitserhaltung zu minimieren. Außerdem besteht die Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage: Anbieter von Gesundheitsleistungen erhöhen die nachgefragte Menge. (Oberender, Hebborn 1994: 195). Aus diesen Rahmenbedingungen ergibt sich ein Verantwortungsvakuum: keiner der Beteiligten fühlt sich verantwortlich für den rasanten Kostenanstieg. So wird das Feld geebnet für eine Gesundheitspolitik mit zentralverwaltungswirtschaftlichen Elementen und interventionistischen Zügen (Oberender, Hebborn 1994: 195).

3 Solidargemeinschaften

Neben GKV und PKV haben sich neue Formen zur Absicherung im Gesundheitswesen entwickelt, die beiden Kategorien nicht zuzuordnen und somit als dritte Absicherungsform zu betrachten sind. Bereits seit 80 Jahren regelt beispielsweise das Werk gegenseitiger Hilfe des Vereins Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V. die Absicherung im Krankheitsfall. Im Folgenden werden zwei jüngere Solidargemeinschaften untersucht, die eine Krankheitskostenvollabsicherung unabhängig von der Berufsgruppe gewähren: die ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. und die SAMARITA Solidargemeinschaft e.V.. Beide Solidargemeinschaften bieten auf den Grundlagen von Solidarität und Eigenverantwortung dem mündigen Bürger eine neue Absicherungsform gegen Krankheitsfälle als Alternative zur Krankenkasse.

3.1.1 ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. (AD e.V.)

Entwicklung und Ziele

Ursprünglich ist die ARTABANA Bewegung in der Schweiz Mitte der 80er Jahre aus der Erfahrung von Nachbarschaftshilfe hervorgegangen. Zentrale Erfahrung war, dass im Notfall gegenseitige Hilfe wirksamer trägt als ein Rechtsanspruch gegen eine Versicherung (von Euw 2009). Nach dieser positiven Erfahrung des Umgangs mit Notsituationen ist die Gründung sehr praktisch motiviert: 12 selbstständige Schweizer wollen eine Alternative zur gesetzlichen Krankenversicherung schaffen (Koller 2009). Sie gründen 1987 die ARTABANA Schweiz als Unterstützungseinrichtung im Gesundheitswesen.

In Deutschland engagierte sich seit den 70er Jahren der Verein Gesundheitskasse e.V. (VGK) für die Gründung einer Kasse für ganzheitliche und alternative Heilmethoden und den Aufbau von Datenbanken für alternative und naturheilkundliche Heilweisen. Durch Therapiefreiheit soll Kostenersparnis im Gesundheitswesen erzielt werden (Lehmann 2008). Paulus Johannes Lehmann, Vorsitzender des VGK mit Sitz in Achberg, erfährt 1998 von der SAMARITA GbR in Bremen und besucht deren Gründer, Urban Vogel gemeinsam mit Heinrich Sloboda, ebenfalls VGK-Mitglied. Über Vogel und die SAMARITA erfahren Lehmann und Sloboda von der ARTABANA Schweiz und deren Mitbegründer Roland Koller. Zunächst sind alle an einer Zusammenarbeit sehr interessiert und treffen sich mehrmals in Magstadt, dem späteren Sitz der AD e.V.. Diese Bereitschaft zur Zusammenarbeit nimmt später ab durch divergierenden Vorstellungen über die konkrete Ausgestaltung der Systeme.

Schlüsseltermin für die Gründung deutscher ARTABANA-Gemeinschaften ist die Jahrestagung des Schweizer ARTABANA Solidarfonds (SAS) in Bern: auf Antrag ihres Vorsitzenden, Dr. Roland Koller, wird den deutschen Gründern eine Bürgschaft für die Anfangsrisiken angeboten (Sloboda 2009). Unter diesem Schweizer Schutzschirm kommt es am 24.10.1999 zur Gründung der ersten deutschen Gemeinschaft als „Gesundheits-Sicherungs-Gemeinschaft“ (GSG) in Achberg (Kreis Ravensburg) mit Fried-Günter Hansen im Vorstand. Unmittelbar folgen die Gemeinschaften Nürnberg am 30.11.1999, Karlsruhe am 02.12.99 sowie Magstadt am 16.12.1999 mit den jeweiligen Vorständen Geert Neddenriep, Frank Döring und Heinrich Sloboda (Bäuerle 2009). Nachdem ARTABANA Schweiz den Namen für die Verwendung in Deutschland freigibt, ändern die vier „Gesundheits-Sicherungs-Gemeinschaften“ im Verlauf des Jahres 2002 ihre Namen in ARTABANA-Solidargemeinschaften um.

Der VGK fungiert zunächst als Verwalter des überregionalen Solidaritätsfonds der deutschen ARTABANA-Gemeinschaften (DAS). Auf einer Mitgliederversammlung des VGK wird im Oktober 2000 gemeinsam mit ARTABANA Schweiz die erste

eigenständige deutsche Dachorganisation „ARTABANA-Bund zur Förderung von Gesundheitsvorsorge und Krankheitsbewältigung e.V.“ mit Michael Boock, Fried-Günter Hansen und Heinrich Sloboda im Vorstand gegründet. Er übernimmt die Verwaltung des überregionalen Fonds der ARTABANA-Gemeinschaften. Am 26./27.05.2001 in Hof beschließt die Mitgliederversammlung des ARTABANA Bund e.V. seine Umwandlung in den „ARTABANA Deutschland – Verein zur Förderung von individueller Gesundheitspflege und Krankheitsbewältigung e.V.“. Im März 2002 erhält der Verein seinen heutigen Namen: „ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft (AD) e.V.“. Dieser Namensfindungsprozess spiegelt zwei zum Teil widersprüchliche Strömungen, die AD e.V. formen, kommen aus der ARTABANA Schweiz und dem VGK. Während ARTABANA auf Gesundheitsempfehlungen verzichtet (§ 2 Nr. 5 AD e.V.-Satzung), sprechen sich Vertreter des VGK für Gesundheitsempfehlungen und z.T. auch gegen die Erstattung bestimmter und Bevorzugung anderer Therapieformen aus. Die Tatsache, dass bei AD e.V. Fälle nur im Umfang von 3 % abgelehnt werden, lässt jedoch darauf schließen, dass die VGK-Position eine Minderheitenposition innerhalb der AD e.V. ist (Regionalumfrage 2009).

Ein Problem bei der Ausbreitung der ARTABANA Bewegung in Deutschland sind fortlaufende Debatten über geeignete Organisationsstrukturen. Dieser Umstand führt zu Spaltungen der Bewegung. Beispielsweise entsteht aus Protest gegen hierarchische Vereins-Strukturen 2002 die *Föderation* mit den Grundprinzipien von Selbstbestimmung und Verbundenheit, ohne übergeordnete Satzung und Solidaritätsfonds (Hansen 2009). Sie umfasst 2009 zehn Gemeinschaften in der Rechtsform der GbR mit 102 Mitgliedern (Protokoll Forum der Verbände 23.06.09). Daneben existieren eine Reihe von freien Artabana Gruppen, die sich ebenfalls nicht der AD e.V. angeschlossen haben. 2006 kommt es beinahe zur Auflösung der AD e.V.. Ein Phänomen ist, dass es trotz dieser Spaltungstendenzen 18 funktionierende Kooperationen zwischen freien und AD e.V.-Gemeinschaften auf Regionalebene gibt (www.artabana-intranet.de) und die AD e.V. ein kontinuierliches Wachstum aufweist.

Vorteile dieser offenen Organisationsstruktur sind die Entfaltungs- und Experimentiermöglichkeiten für unterschiedlichste Ausprägungen des ARTABANA-Systems sowie die zahlreichen Anknüpfungspunkte für Partizipation der Mitglieder. Um ihre Freiheit von der durch die Gesundheitsreform eingeführten allgemeinen Versicherungspflicht zu bewahren, haben sich wieder mehr ARTABANA-Gemeinschaften der AD e.V. angeschlossen. Grund dafür ist der Wunsch nach Anerkennung als anderweitige Absicherung iSd § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB 5.

Satzungsziel der AD e.V. ist die individuelle, gegenseitige und dauerhafte Hilfe im Krankheitsfall (www.artabana.de), indem erstens die Freiheit des Menschen im Hinblick auf seinen individuellen Gesundungsweg respektiert wird (§2 Abs.1 Satzung AD e.V.).

D.h. jeder Mensch soll seinen eigenen Weg zur Gesundheit durch eine freie Wahl von Arzt-, Therapie- und Heilmitteln gehen können. Zweitens, indem Solidarität in kleinen Gemeinschaften mit gegenseitiger Begegnung zum Austausch zu Gesundheitsfragen aktiv gelebt und Eigenverantwortung sowie Mündigkeit der Mitglieder gestärkt werden. Dadurch soll ein neues Verständnis für die Verwirklichung von sozialer Sicherheit entstehen (§2 Abs. 6, Satzung AD e.V.). Drittens, indem durch ausreichende Solidareinlagen und Rücklagen eine dauerhafte Absicherung im Krankheitsfall und im Großschadensfall ermöglicht wird (§2 Abs. 1 Satzung AD e.V.). Für diese Ziele bezweckt die AD e.V. die Schaffung von rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Menschenbild

Das namensgebende Bild der AD e.V. ist Artaban, der vierte Weise und seine Lebensgeschichte nach Henry van Dyke (1996). Danach verkauft der wohlhabende Edelmann Artaban Haus und Hof, um diese Schätze dem angekündigten König, Jesus, darzubringen. Auf dem Weg dorthin verwendet er diese Schätze jedoch, um die ihm begegnende Not anderer Menschen zu lindern. Am Ende stirbt er zur gleichen Todesstunde mit Jesus Christus in Jerusalem.

Nach Ansicht von Lehmann (2009) liegt den Gruppen in seinem Umfeld kein explizit formuliertes Menschenbild und auch keinerlei ideologische Ausrichtung zugrunde.

Die Gründer der ARTABANA Bewegung in der Schweiz und zum Teil auch in Deutschland waren angeregt durch das Menschenbild Rudolf Steiners (Zucker, Koller, Machert 2009). Steiner formulierte zur Zeit des 1. Weltkriegs ein dreigliedertes Menschenbild aus Körper, Seele und Geist. Dieses von Steiner beobachtete ganzheitliche Menschenbild sagt aus, dass der Mensch zu Wahrnehmen, zu freiem, selbstbestimmtem Denken, zu empathischem Mitfühlen und Urteilen, zu solidarischem Handeln und somit zur Freiheit fähig ist. Er ist mit allem verbunden und ausgestattet mit dem Vermögen, bewusst zu handeln. Diese prinzipielle Fähigkeit zur Freiheit braucht Erfahrungs- und Gestaltungsräume zwischenmenschlicher, struktureller und finanzieller Art, in denen sie sich konkret durch Bewusstwerdung und Selbsterkenntnis entwickeln kann. ARTABANA kann als solch ein Gestaltungs- und Erfahrungsraum gesehen werden, in dem Menschen eigenverantwortlich und in der Wahrnehmung der Bedürfnisse der anderen ein neues Sozialverständnis entwickeln können. ARTABANA verfolgt demnach das Ziel, Gesundheitsaufgaben aus dem Individuum heraus und in einem neuen Miteinander zu lösen (ARTABANA-Leitbild 2006).

Die prinzipielle Fähigkeit des Menschen zur Eigenverantwortung, zu Mitgefühl und Freiheit, schwebt jedoch wie ein hohles Ideal über der Gruppe, wenn sie sich nicht regelmäßig die Frage stellt: „Sind wir mündig im Leben?“. Diese ist nach I. Zucker (2009) immer wieder zu stellen. Denn eine Vorstellung von ARTABANA, wie sie sein

sollte, alleine nützt nichts. Der Idealismus kann eine Falle sein, wenn er nicht zur Konkretisierung führt. Daraus folgt der Auftrag an die mündigen und eigenverantwortlichen Mitglieder ebenso wie an die Gruppen, an neuen Erkenntnissen und eigener Entwicklung zu arbeiten und voneinander zu lernen. Auch die Freiheit zu sagen, „ich brauche Hilfe“ ist ein Lernprozess zur Verwirklichung von Solidarität. „So ist alles eine Suche, ein Ringen um Verantwortung und um Freiheit und um das Miteinander“ (Machert, 05.07.09).

Der Entwicklungsgedanke hat große Bedeutung in der ARTABANA-Solidargemeinschaft. Er folgt Kropotkin (*1842), der aufzeigt, dass Evolution durch gegenseitige Hilfe und voneinander lernen statt findet und dass der Mensch dazu fähig ist (Kropotkin 1998). Dies steht im Gegensatz zum Darwinistischen Weltbild (*1809), nach dem sich der Stärkere gegenüber dem Schwächeren durchsetzt.

Für die ARTABANA-Bewegung ist die Freiheit ein hohes Gut. Daher hat die „ARTABANA-Geisteshaltung“ genauso viele Gesichter wie Gruppen. Eine Besonderheit ist, dass es nicht den einen von einer Obrigkeit festgelegten Weg gibt, nach dem eine Gruppe funktioniert, bzw. zu funktionieren hat. „Dieser Weg will immer wieder neu gefunden werden“ (Neureuther 2009).

Gesetzliche Grundlagen

Die gesetzlichen Grundlagen der AD e.V. liegen im BGB. Systematisch stehen die Solidargemeinschaften den privaten Versicherungen nahe, deren Aufsichtspflicht im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) geregelt ist. Unter §1 (3) Abs. 1 VAG unterliegen der Aufsicht nach diesem Gesetz jedoch *nicht*: „Personenvereinigungen, die ihren Mitgliedern, ohne dass diese einen Rechtsanspruch haben, Unterstützungen gewähren, insbesondere die Unterstützungseinrichtungen und Unterstützungsvereine der Berufsverbände“. Somit anerkennt der Gesetzgeber freiwillige Unterstützungseinrichtungen wie z.B. ARTABANA und unterstellt diese ausdrücklich nicht der Versicherungsaufsicht. Strittig ist derzeit noch, welche Merkmale eine freiwillige Unterstützungseinrichtung aufweisen muss, um den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erforderlichen *anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall* sowie den nach § 193 Abs. 3 Nr. 2 VVG in der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Fassung *erforderlichen vergleichbaren Anspruch* zu erfüllen. Die AD e.V. statuiert, diese anderweitige Absicherung und den erforderlichen vergleichbaren Anspruch zu erfüllen. Sie stellt sicher, dass die Leistungen dauerhaft auch bei schweren Krankheitsfällen so erfüllbar sind, dass ein Rückgriff auf Fürsorge oder GKV/PKV nicht nötig wird (AD e.V. Satzung §2 Abs. 1). Gemäß Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums reichen dazu faktische Ansprüche auch dann aus, wenn – wie bei einer Unterstützungskasse – zwar keine Rechtsansprüche eingeräumt werden, aber die Leistungen

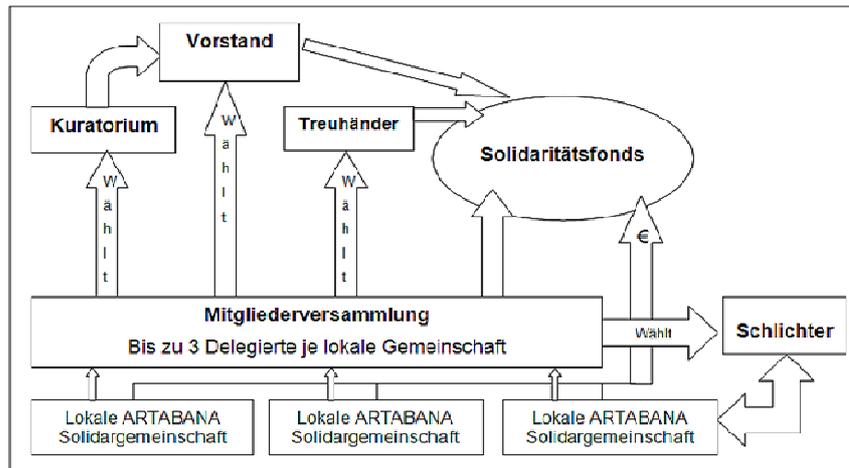
tatsächlich dauerhaft erbracht werden können (Schmidt 2007). Daraus folgert AD e.V., dass die durch die „Gesundheitsreform“ (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG 2007) der Großen Koalition eingeführte allgemeine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 SGB V auf ihre Mitglieder nicht zutrifft (Stevens-Bartol 2009).

Für ARTABANA kommt folgende verfassungsrechtliche Verankerung in Betracht: Gründung auf die Menschenwürde nach Art. 1 GG sowie auf die Allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs.1 GG. Der Mensch wird als Individuum mit Eigenverantwortung sowie mit eigener Entscheidungsfreiheit geachtet, mit eigener Gesundheitskonstellation und eigenem Heilungsweg. Eine Bevormundung im Hinblick auf die Wahl von Therapie oder Therapeut verbietet sich daher von selbst. Daraus leitet sich die bei ARTABANA praktizierte Therapie- und Therapeutenfreiheit ab. Die Schranke dieser Handlungsfreiheit wird konkret geübt. So können in den kleinen Gruppen durch gegenseitiges Kennenlernen die Bedürfnisse der anderen Mitglieder direkt wahr genommen werden, woraus eine Abstimmung auf die gemeinsamen Bedürfnisse aller entwickelt wird. Döring, Rechtsanwalt und Mitglied einer ARTABANA-Gemeinschaft zitiert das Grundrecht auf Vereinigungsfreiheit nach Art. 9 GG im Zusammenhang mit der in einigen Fällen erfolgten Ablehnung von ARTABANA-Mitgliedschaften als anderweitige Absicherung bei der Anerkennung durch Gesetzliche Krankenkassen. „Wenn eine freiwillige Unterstützungseinrichtung ihren Mitgliedern einen nachhaltigen und bezahlbaren Schutz in Krankheits- und Unglücksfällen zur Verfügung stellt, dann erfüllt sie die Bedingungen, die das Sozialstaatsprinzip stellt. Das Grundrecht auf Vereinigungsfreiheit (Art. 9 GG) erlaubt es nicht, das Sozialstaatsprinzip über seinen Schutzbereich hinaus auszudehnen und den Bürger zu zwingen, einen Krankenversicherungsvertrag abzuschließen, wenn er durch eine freiwillige Unterstützungseinrichtung faktisch abgesichert sind“ (Döring 2009). Auch eine Gründung auf die Berufsfreiheit nach Art. 12 GG kommt in Betracht.

Organisationsstruktur

Die ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. ist konsequent nach dem Subsidiaritätsprinzip organisiert. Mitglieder der AD e.V. sind überwiegend als Vereine organisierte lokale Solidargemeinschaften. Abb. 1 zeigt die Organisationsstruktur der AD e.V., deren Organe im Anschluss beschrieben werden.

Abb. 1 Organisationsstruktur der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V.



In den 105 **lokalen Solidargemeinschaften** mit 1435 Mitgliedern (2008) - das sind Vereine - die aus 5-40 Personen bestehen, wird der Großteil der Eigenverantwortung und Solidarität praktiziert. Laut Protokoll vom 21.03.2009 (AD e.V. MV) ist die auf persönlicher Nähe beruhende Achtsamkeit für die Mitglieder ebenso von großer Bedeutung wie gegenseitiges Vertrauen und das Erleben von Gemeinsamkeit. Aus gegenseitiger Wahrnehmung erwachsen Stabilität und Sicherheit.

Die Vorteile der ehrenamtlichen Verwaltung der Mitglieder und Finanzen innerhalb der lokalen Gemeinschaften sind kurze Wege vom Mitglied zum Kassenwart, Einfachheit bei der Abwicklung im Krankheitsfall, Transparenz der Einlagen und Ausgaben sowie eine Minimal-Bürokratie. Diese Grundprinzipien der Verwaltung sind Voraussetzung für Bearbeitung auf der untersten Ebene der Organisation.

Das Besondere des ARTABANA-Systems ist, dass jede lokale Gemeinschaft die Finanzautonomie über Einnahmen und Ausgaben ausübt. Die Mitglieder legen eigenverantwortlich und gemeinsam für den erwarteten Bedarf zur Absicherung im Krankheitsfall angemessene individuelle Solidareinlagen fest und bilden ausreichende Rückstellungen. Jedes Mitglied hat eigene Entscheidungsgewalt. Planung, Steuerung und Kontrolle erfolgt in den kleinen Gruppen jährlich im Rahmen von Solidarversprechen. Die Kassenwarte der lokalen Solidargemeinschaften tauschen sich jährlich während des AD e.V. Kassenwartstreffen aus. Informationen zu Mitgliederstand und finanzieller Lage senden sie in Form von standardisierten Statistiken als Jahresmeldung an den Vorstand der AD e.V.. Die meisten der lokalen Gemeinschaften kooperieren in regionalen Gemeinschaften und helfen sich bei Bedarf gegenseitig auf kurzem Wege, so dass der Vorstand und der übergeordnete Solidaritätsfonds der AD e.V. nur selten in Anspruch genommen werden. Die lokalen Solidargemeinschaften entsenden bis zu 3 Delegierte mit jeweils einer Stimme zur Mitgliederversammlung. Jede Gemeinschaft hat das Recht, eine MV einzuberufen.

Die **Mitgliederversammlung** (MV) findet jährlich statt und ist das Beschlussorgan der

AD e.V.. Sie legt die Leitlinien der AD e.V. fest. Sie wählt jährlich den Vorstand, die Treuhänder, das Kuratorium und die Schlichter. Sie entscheidet über die Aufnahme neuer Gemeinschaften in die AD e.V. und über Mandate an den Vorstand und andere Leistungserbringer, wie z. B. den Internetbeauftragten. Die MV stimmt über Schenkungen / Überlassung von Leihgeldern aus dem AD e.V.-Solidaritätsfonds an die lokalen Gemeinschaften ab. Vorstand, Gremien und Verwaltungsstrukturen stehen allen Mitgliedern offen. Bei den Mitgliederversammlungen gibt es zahlreiche Möglichkeiten zur Mitgestaltung und Partizipation. Das System ist basisdemokratisch organisiert und durchlässig für alle engagierten Mitglieder, wobei die Fähigkeit, konsensfähige Entscheidungen herbeizuführen, bedeutend für die Übertragung von Ämtern ist.

Der **Vorstand** besteht laut Satzung (AD e.V. 2008) aus mindestens 3 Personen. Sie führen ihre Aufgaben unentgeltlich durch. Im Jahr 2008 sind 5 Vorstände tätig. Laut Rechenschaftsbericht des Vorstandes (2009, S. 5) „ringt er das ganze Jahr hindurch immer wieder um seinen Standpunkt und weist Aufgaben, die an ihn herangetragen werden, aber er nicht als Vorstandsarbeit sieht, an die Gruppen und Bündnisse zurück“. Zu hinterfragen ist, ob sich hinter diesem Vorstandsverhalten die Dezentralisierung neuer Aufgaben nach dem Subsidiaritätsprinzip und die Unterstützung der Eigenverantwortlichkeit der regionalen und lokalen Gemeinschaften verbirgt, oder eine Handlungsschwäche bei der Übernahme organisationsübergreifender Aufgaben. Seit der Einführung der Versicherungspflicht im Rahmen der letzten Gesundheitsreform ist der Vorstand beauftragt, die Anerkennung der AD e.V. als Einrichtung zur „gleichwertigen Absicherung“, zu erreichen (Rechenschaftsbericht Vorstand AD e.V. 2009). Der Vorstand lässt nach versicherungsmathematischen Kriterien erstmalig 2008 ein Gutachten von einem unabhängigen Aktuar (Schramm 2008) erstellen, um die Leistungsfähigkeit der Organisation zu bestätigen, sowie ausreichende Finanzmittel auch für Großschadensfälle und altersbedingte Kostensteigerungen bereit zu halten.

Die MV wählt mindestens 4 **Treuhänder**, die über die Vergabe von Mitteln aus dem Solidaritätsfonds der AD e.V. an in Not geratene lokale Gemeinschaften beschließen. Sie geben sich eine eigene Geschäftsordnung und sind – ebenso wie der Vorstand – bemüht, nach dem Subsidiaritätsprinzip die gegenseitige Hilfe der Gruppen in den Regionen zu fördern. Die Treuhänder entscheiden über Fälle und beauftragen die Kassenwartin der AD e.V. mit der Auszahlung zunächst als Leihgeld. Später entscheidet die MV über Schenkungen. Das Gremium von **Schlichtern**, die den lokalen Gemeinschaften in Konfliktfällen helfen, wird ebenfalls von der MV gewählt. Das von der MV gewählte **Kuratorium** überprüft die wirtschaftliche Geschäftsführung und erstellt den Rechnungsprüfungsbericht.

Die **Mitgliedschaft** in den lokalen ARTABANA-Solidargemeinschaften steht grundsätzlich allen Menschen aus allen Berufsgruppen und Altersklassen offen, die das

ARTABANA-Leitbild (2006) anerkennen, die Interesse an dieser Form sozialer Sicherung im Gesundheitswesen haben und die sich auf die persönliche Ebene der lokalen Solidargemeinschaften einlassen. Voraussetzung ist persönliches Kennenlernen. Eine freiwillige Selbstverpflichtung zur gegenseitigen Hilfe ist in der Satzung verankert. 2008 verfügen 26 % der Mitglieder neben der Absicherung durch die ARTABANA über eine Krankenversicherung. 74 % der Mitglieder nutzten die ARTABANA als Krankheitskostenvollversorgung. Dies ist jedoch nicht für Pflichtversicherte der GKV möglich. Von 1435 Mitgliedern (2008) sind 18,16% bis 18 Jahre alt. 75,38 % sind zwischen 19 und 65 Jahren alt und 6,46 % haben ein Alter von über 65 Jahren (AD e.V. Jahresbericht 2009). Bei der Aufnahme neuer Mitglieder findet lediglich ein Austausch über das persönliche Risiko jedoch keine Risikoselektion statt.

AD e.V. gewährt keinen Rechtsanspruch und ist laut BaFin (2008) eine aufsichtsfreie Personenvereinigung. Anstelle der externen **Aufsicht** tritt die interne Qualitätssicherung durch Vorstand, Kuratorium, Schlichter und Treuhänder sowie Selbstkontrolle in den Mitgliederversammlungen der Lokal-, Regional- und AD-Solidargemeinschaften.

Wirtschaftliche Grundlagen

Nach dem Gutachten eines unabhängigen Aktuars über die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der AD e.V. (Schramm 2008) ist auch der nach versicherungsmathematischer Berechnung alle 5000 Jahre vorkommende Großschadensfall ausreichend abgesichert. Diese Leistungsfähigkeit beruht auf drei Säulen: erstens, den übergeordneten **Solidaritätsfonds** der zwischen 50.000 und 70.000 € zur schnellen und unbürokratischen Hilfe in Notfällen enthält, zweitens die satzungsgemäß für alle Mitgliedsgemeinschaften verankerte Pflicht zu Nachschüssen sowie drittens die Möglichkeit zu angemessenen Selbstbeteiligungen aller Mitglieder (AD e.V. Satzung §2 Abs.1).

Altersrückstellungen werden aufgrund der Altersstruktur und der unproblematischen Möglichkeit der Einlagenerhöhung von älteren Mitgliedern derzeit nicht gebildet (Kommentar zum Gutachten, Becker 2008). Alle Mitglieder sind aufgefordert, für ihren absehbaren Bedarf im Rahmen von 60 % ihrer Einlage selbst zu planen und aufzukommen. Nur für Notfälle springt die Gruppe oder die überregionale Solidargemeinschaft mit ihren Solidaritätsfonds ein. In der Praxis wurden auch Menschen im Rentenalter und chronisch Kranke aufgenommen. Nach dem Solidarprinzip findet Umverteilung im 40 %-Anteil ähnlich wie bei der GKV statt.

Die Solidareinlage regelt jedes Mitglied unter Berücksichtigung der eigenen finanziellen Leistungsfähigkeit und des persönlichen Bedarfs in Abstimmung mit der Gruppe. Jedes Mitglied wirtschaftet eigenverantwortlich mit 60 % seiner Einlage, 40 % stehen im Solidaritätsfonds für Notfälle zur Verfügung. Davon 20 % für Notfälle in der eigenen

Gruppe und 20 % für Notfälle in anderen Gruppen der Region oder Deutschland-Ebene. Wird der Solidaritätsfonds einer lokalen Gruppe durch kostenintensive Krankheitsfälle oder die Häufung mehrerer Notfällen aufgebraucht, gewähren sich lokale und regionale Gemeinschaften und AD e.V. gegenseitig aus ihren Solidaritätsfonds Hilfe und zwar bevor die jeweils kleinere Einheit überfordert ist. Somit bleiben diese zahlungsfähig. Nothilfe wird zeitnah als Leihgeld gewährt, darauf folgen Abstimmungsprozesse und im Anschluss kann ein Schenkungsantrag gestellt werden, der von der MV entschieden oder das Leihgeld wird je nach Leistungsfähigkeit zurück bezahlt wird.

Einnahmen und Ausgaben

Eine Besonderheit der AD e.V. ist, dass sie keinen Rechtsanspruch auf Leistungen gewährt, gleichzeitig jedoch auch keine Einschränkungen durch Leistungskataloge. Im Rahmen der Regionalumfrage (2009) antworten auf die Frage *ob schon mal ein Fall abgelehnt wurde* 83 % der Befragten mit *Nein*, 14 % machen *keine Angabe*, 3 % antworten mit *Ja*. Trotz dieser hohen Bewilligungsquote von mindestens 83 % sind die jährlichen Ausgaben vergleichsweise gering. Im Jahr 2007 liegen die Solidareinlagen pro Kopf bei 885 €, die Auszahlungen pro Kopf bei 784 € und somit um 10,3 % unter den Einzahlungen. Der Verwaltungsbeitrag beträgt auf Gruppen-Ebene bis zu 10 € / Monat und Person. Die Rücklagen betragen zum 31.12.2008 pro Mitglied 1.122,79 € (ARTABANA Deutschland e.V. MV 20.-22.03.2009) und entsprechen somit 15 durchschnittlichen monatliche Solidareinlagen. Die Kapitalanlage der Rücklagen ist in hohem Maß solide. Die Konten der Mitgliedsgemeinschaften liegen bei der GLS Gemeinschaftsbank in Bochum, wo auf Zinseinnahmen zu Gunsten am Gemeinwohl orientierter Projekte der Bank verzichtet wird.

Grundprinzipien und Gestaltungsprinzipien

Nach Schubert (2009) liegen den ARTABANA Solidargemeinschaften die Prinzipien der Eigenliebe und Nächstenliebe zugrunde. Aus beiden erwachsen Eigenverantwortung und Solidarität mit der Fürsorge für die anderen Mitglieder der Gruppe. (ARTABANA Salem, Isola Schubert, 05.04.09). Aus dem Erleben der Fürsorge erwächst Vertrauen. Wenn sich Menschen verbinden, gemeinsame Ziele anstreben und gemeinsam Aufgaben übernehmen, entstehen Beziehungen und persönliche Erfahrungen, aus denen Vernunft und Mündigkeit entwickelt werden kann. Die konkreten ganz praktischen Herausforderungen helfen, nicht in einem theoretischen Ideal zu erlahmen, sondern sich immer wieder bewusst machen, was die Motivation von ARTABANA ist und daraus konkrete Schritte abzuleiten. Nach Alfred von Euw (29.03.09) sind die Voraussetzungen von ARTABANA-Gemeinschaften - Freiheit, Recht und Menschenwürde und deren Grundlagen: Solidarität, Geld und Arbeit.“

Das **Solidaritätsprinzip**, „Geben nach Leistungskraft des Einkommens, Empfangen nach Bedürftigkeit unabhängig vom Einkommen“ wie es in der GKV zur Anwendung kommt, spiegelt sich in den Solidaritätsfonds der Gemeinschaften, die 40 % der Einlagen umfassen. Während jedoch in der GKV die Solidarität und daraus resultierende Umverteilung per Gesetz erzwungen und dann anonym erbracht wird, gründet die Solidarität innerhalb und zwischen den lokalen Gemeinschaften auf persönlicher Verbundenheit. Die kleinen Gruppen sind Voraussetzung dafür, dass freiwillige Solidarität und persönliche Zuwendung entstehen. Daraus folgend kommt es zu primärer Umverteilung zwischen Kranken und Gesunden und teilweise auch zu sekundärer Umverteilung zwischen besser und gering verdienenden, jungen und alten Mitgliedern, „geben nach Leistungskraft, empfangen nach Bedürftigkeit“.

Prägnantes Merkmal der AD e.V. ist die konsequente Organisation nach dem **Subsidiaritätsprinzip** über verschiedene Ebenen hinweg. Zuerst ist jeder aufgefordert, sich selbst zu helfen und Eigenverantwortung zu übernehmen. Indem er dies tut, hilft er schon der gesamten Gemeinschaft. Erst wenn er nicht kann, helfen die Mitglieder der kleinen lokalen Gemeinschaft, dann die Solidargemeinschaften in der Region und als letztes alle in AD e.V. verbundenen Solidargemeinschaften. ARTABANA ermöglicht das Praktizieren von Eigenverantwortung und Entscheidungsgewalt auf der Ebene des einzelnen Mitglieds und seiner Gemeinschaft durch Finanzautonomie und Therapiefreiheit sowie die Möglichkeit für persönliche Zuwendung zwischen den Mitgliedern. Gleichzeitig trägt jeder einzelne bewusst Verantwortung für die AD-Gemeinschaft durch die freiwillige Selbstverpflichtung zum Nachschuss und die AD-Gemeinschaft wiederum für den einzelnen. Dabei wird nicht erwartet, dass sich die kleine Gemeinschaft erschöpft, bevor die größere hilft, sondern dass die größere die kleine Gemeinschaft bereits vorher unterstützt.

Das **Versicherungsprinzip** wird zur Überprüfung der Leistungsfähigkeit des gesamten AD e.V. angewendet indem nach versicherungsmathematischen Gesichtspunkten die Beitragsstruktur untersucht wird. Aus dem Versicherungsprinzip folgt auch die Umverteilung innerhalb der Solidaritätsfonds der lokalen Gemeinschaften und des AD e.V.: zwischen gesunden und kranken, zwischen geringer und besser verdienenden Mitgliedern sowie zwischen Alleinstehenden und Familien.

Das **Äquivalenzprinzip**, wie es in der PKV zur Anwendung kommt, „zahlen nach wahrscheinlicher Bedürftigkeit, empfangen nach tatsächlicher“ wird beim AD e.V. in der 60 %-Einlage und deren Eigenbewirtschaftung durch die Mitglieder angewendet. Der AD e.V. arbeitet konsequent nach dem **Kostenerstattungsprinzip**. Jedes Mitglied hat Einblick in die tatsächlichen Krankheitskosten. Die Transparenz über Kosten fördern Eigenverantwortung und Solidarität sowie Kostenbewusstsein des einzelnen.

Das **Konsensprinzip** dominiert bei allen relevanten Abstimmungen durch Anwendung

der Einstimmigkeitsregel in Form von zum Teil mehrstufigen Konsensverfahren. Kann kein Konsens erreicht werden, wird mit qualifizierter Mehrheit (75 %) abgestimmt.

Wirkmechanismen

Kleine Gruppen führen zu größerer Solidarität. In kleinen Gruppen, sind persönlicher Austausch, sich kennenlernen und wahrnehmen möglich. Gesundheitliche Probleme werden besprochen ebenso wie gegenseitige Hilfe. Dabei ist die auf persönlicher Nähe beruhende Achtsamkeit für die Mitglieder ebenso von großer Bedeutung wie gegenseitiges Vertrauen und das Erleben von Gemeinsamkeit. Aus gegenseitiger Wahrnehmung erwachsen Stabilität und Sicherheit. Gelebte Solidarität wird als aktive Grundhaltung formuliert in dem Sinne, dass stärker die Frage gestellt wird, „was kann ich beitragen?“ und weniger, „was kann ich holen?“ (AD e.V. MV 21.02.09).

Die streng nach dem Subsidiaritätsprinzip gestaltete Organisationsform des AD e.V. verbunden mit dem Kostenerstattungsprinzip gibt die **Möglichkeit** und den **Anreiz** zu eigenverantwortlichem und solidarischem Handeln. Innerhalb der lokalen Gemeinschaften werden Bedarfe, die über die eigene Einlage hinausgehen gemeinsam bewilligt. Selbstkontrolle findet nach dem Subsidiaritätsprinzip auf der untersten Ebene statt. Der persönliche Kontakt zwischen den Mitgliedern und die gegenseitige Wahrnehmung wirkt dabei begrenzend auf persönliche Egoismen.

Es gibt keine obligatorische **Selbstbeteiligung** an Krankheitskosten über die 60 %-Einlage hinaus. Notwendige und sinnvolle Gesundheitsausgaben werden somit nicht aufgrund von persönlichen Engpässen verschoben. Selbstbeteiligungen und die **Selbstverpflichtung zum Nachschuss** bei größeren Schadensfällen in der eigenen oder einer anderen Gruppe erfolgen jeweils nach eigenem Ermessen der Mitglieder, je nach persönlicher Situation und Bedarf der Gruppe.

Die **Nachfrage** nach medizinischen Leistungen ist nicht preisunabhängig wie in der GKV. So wird die Möglichkeit für einen natürlichen **Wettbewerb** zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen geschaffen. ARTABANA-Mitglieder können Preise vergleichen und Kostenvoranschläge einholen. Aufgrund der Therapiefreiheit kann die aus der Sicht des Mitglieds und seiner persönlichen Berater wirksamste Therapie gewählt werden. Dabei werden oftmals kostengünstige naturheilkundliche Therapieformen gewählt, die in den Leistungskatalogen der GKV und PKV nicht enthalten sind. Der Markt regelt sich durch die natürlichen Wechselwirkung von Angebot und Nachfrage, die nicht durch Leistungskataloge eingeschränkt wird. Zu hinterfragen ist, ob preisgünstige Systeme wie z.B. Präventionsmaßnahmen im AD e.V. stärker angewendet werden als in GKV.

„Das Gemeinschaftsleben im ARTABANA-Bund hat sich in einen basisdemokratischen Impuls gewandelt, der sich in der Form „ARTABANA Deutschland“ ausdrücken will“,

heißt es im ARTABANA Protokoll vom 18.03.2001. Diese später in der Satzung verankerte Möglichkeit zur **Basisdemokratie** fördert ebenfalls die Mündigkeit und die Übernahme von Eigenverantwortung durch eigene Entscheidungsmacht der einzelnen Mitglieder. Beispielsweise wird in den Herbst-Versammlungen der gesamten ARTABANA-Bewegung ein aus der Bewegung für partizipative Demokratie übernommenes Dialogverfahren in zufällig ausgelosten „Planungszellen“ (Dienel 2002) angewendet. Jedes Mitglied ist frei, Themenblöcke zu definieren, Aufträge zu übernehmen bzw. zu vergeben oder Arbeitsgruppen einzurichten (Scheffler 2009).

Wie werden schwere Krankheitsfälle gelöst?

Schwere Krankheitsfälle, die die Kapazität einer lokalen ARTABANA Gemeinschaft übersteigen, werden zunächst auf der Regionalebene gelöst. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden drei Fälle aus der Regionalgemeinschaften Bodensee untersucht (Anhang B). Dazu wurden zwei Mitglieder persönlich, bei einem die Ehefrau des inzwischen verstorbenen Mitglieds befragt.

Es zeigt sich, dass alle drei Fälle eine Krankheitsvorgeschichte hatten, die vor Ausbruch der Krankheit in den Gruppen teilweise bekannt war. Nach Ausbruch der Krankheit konnten die Mitglieder selbst nicht mehr an den monatlich stattfindenden Mitgliederversammlungen teilnehmen. Der Kontakt zur Gruppe wurde über befreundete Mitglieder, die Kassenwarte oder die jeweiligen Paten hergestellt. Diese Kontaktpersonen berichteten dann regelmäßig über den Verlauf und den Bedarf der erkrankten Mitglieder. Die Bezahlung der angefallenen Kosten erfolgte in allen Fällen unkompliziert und zeitnah entweder als Leihgeld, als Vorschuss oder direkt an Leistungsträger. Auf Antrag wurden die Leihgelder in Schenkungen umgewandelt. Nach jeweiliger Möglichkeit verwendeten Mitglieder zuerst eigene Rücklagen, bevor Leistungen aus den Solidarfonds der Gemeinschaften angefragt wurden. Durch die Krankheitsberichte innerhalb der Gruppen wurden Mitglieder angeregt, auch über eigene und ähnliche Belastungssituationen und Krankheiten zu sprechen. Dadurch entstanden sehr vertraute Situationen und Gefühle der Verbundenheit nicht nur mit dem erkrankten Mitglied sondern auch untereinander. Die Krankheitsfälle haben zum Zusammenwachsen der Gruppen beigetragen (Weller 2009). Als unangenehm empfand ein Mitglied mit schwerer chronischer Erkrankung die immer wieder eingehenden ungebeten Ratschläge zur Therapiewahl von unbekannt Menschen, die nicht aus der Regionalgemeinschaft stammten. Diese Ratschläge beinhalteten auch die Ablehnung bestimmter durch das Mitglied angewendeten Heilungsmethoden.

In der Regionalbefragung an 79 Mitgliedern (2009) wird in drei offenen Fragen nach den Gründen, warum AD e.V. funktioniert, gefragt. 28 von 36 Menschen beantworten diese Frage. In den Begründungen verwenden 50 % der Befragten insgesamt 18mal den

Begriff der Eigenverantwortung. Der Begriff der Solidarität wird 10mal, das persönliche kennen 8mal und das Vertrauen 6mal genannt. Die ausführlichen Antworten sind in Anhang A zu finden.

3.1.2 SAMARITA Solidargemeinschaft e.V.

Entwicklung

Die SAMARITA Solidargemeinschaft e.V. wird am 4.12.1997 zunächst in der Rechtsform einer GbR mit beschränkter Haftung in Bremen aus dem alternativen Finanz- und Versicherungsunternehmen „Andere Wege GmbH“ heraus mit 8 Menschen gegründet. Die Gründer Urban Vogel, Christian Werner, Jörg Lorenz und Jan Dirk Busch sind motiviert von der Frage: „Wie gestalten wir das Soziale, wie bilden wir gesunde soziale Gemeinschaften?“ Diese Frage nach neuen Formen sozialer Sicherheit beschäftigte Urban Vogel bereits zuvor seit seiner Ausbildung in alternativen und klassischen Versicherungsunternehmen, im Finanzwesen und im Studium.

Als in den 90er Jahren von Krankenkassen die ersten Großschadenstarife mit Selbstbehalten bis 10.000 DM bei einem Beitrag von 40 DM angeboten werden, ergreifen Vogel und seine Partner diese Möglichkeit, mit der Differenz von 360 DM zum Mindestsatz der GKV in Höhe von 400 DM, eine Solidargemeinschaft im Gesundheitswesen aufzubauen. In intensiver Arbeit werden die rechtlichen Rahmenbedingungen und die wirtschaftliche Tragfähigkeit geklärt. Das Risiko wird überschaubar. Im Austausch über die Stimmigkeit der Idee mit kompetenten Menschen, die an Fragen der sozialen Erneuerung aktiv arbeiten, kommen positive Rückmeldungen.

Im Frühjahr 1997 vor der SAMARITA-Gründung kommt Urban Vogel mit Markus Hurter, einem Mitglied der ARTABANA Schweiz in Kontakt. Vogel und Werner besuchen daraufhin den Kreuzlinger Arzt und Mitbegründer der ARTABANA Schweiz, Roland Koller, in Kreuzlingen. Im Gespräch erkennt Vogel in den Grundprinzipien der ARTABANA Schweiz und in denen seiner eigenen Initiative überraschende Übereinstimmung. Eigenverantwortlichkeit, Mündigkeit, Transparenz und Überschaubarkeit sind Grundlagen, auf deren Basis die ARTABANA Schweiz zu diesem Zeitpunkt bereits 10 Jahre existiert. Diese Erkenntnis wirkt bestärkend auf den Gründungsimpuls von Vogel und seinen Kollegen. Die eigenständige Absicherung jenseits von GKV und PKV wird zu einem neuen Phänomen, das einer allgemeinen Suchbewegung nach anderen sozialen Formen entspringt.

Ein ausgeprägtes Merkmal der SAMARITA e.V. ist die konservative und auf Sicherheit ausgerichtete intensive Prüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der wirtschaftlichen Tragfähigkeit. Zahlreiche Rechtsgutachten werden in Auftrag gegeben. Auch die relevanten politischen Entwicklungen werden von Vogel aufmerksam

beobachtet. Von diesen Vorarbeiten und den daraus gewonnenen Einsichten gehen auch fortlaufend Impulse für die Entwicklung der Artabana Deutschland e.V. aus.

Im Frühjahr 2004 gründet sich der SAMARITA -Entwicklungskreis, der sich zunächst mit der Frage des Verzichts auf die Großschadensversicherung und der Entwicklung von Regionalgruppen beschäftigt (Achatzi 2009). Zu diesem Zweck werden 2005 ein Versicherungsmathematisches Gutachten in Auftrag gegeben, eigene Berechnungen durchgeführt sowie Aufsichtsrechtliche, Steuerrechtliche und Gesellschaftsrechtliche Fragen intensiv geprüft. Ängste und Befürchtungen werden in den Regionalgruppen diskutiert, woraufhin dem Austritt aus der Großschadensversicherung einstimmig zugestimmt wird. Begleitet wird dieser erste Meilenstein in der Entwicklung der SAMARITA u.a. durch die Erhöhung der Rücklagen, die über Leih- und Schenkgemeinschaften finanziert wurden und die Umwandlung der GbR in einen e.V. als unbürokratische und der Sache dienlichen Rechtsform in 2007.

Vom 11. Auf den 12.01.2007 hat die Bundesregierung im Koalitionsausschuss die Allgemeine Versicherungspflicht beschlossen, die das Ende aller Solidargemeinschaften bedeutet hätte. In der Zusammenarbeit – insbesondere mit Gerald Häfner (ehem. MdB, Mehr Demokratie e.V.) und Dr. Konrad Schily (MdB) gelingt es, dass die Rechtssituation der Solidargemeinschaften Berücksichtigung findet. Dieser zweite Meilenstein in der SAMARITA-Entwicklung findet seinen Niederschlag in §5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V zur nicht gegebenen Versicherungspflicht bei Personen „...mit anderweitiger Absicherung...“. Er ist von grundlegender Bedeutung für alle Solidargemeinschaften. Ein dritter Meilenstein ist die von Thomas Jakobowski (Werk gegenseitiger Hilfe des Vereins Pfälzischer Pfarrerinnen und Pfarrer e.V.), Kay Schröder (Spuka – Spar- und Unterstützungskasse der Polizei Münster) und Urban Vogel (SAMARITA) begründete BASSG (Bundesarbeitsgemeinschaft der Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen), die Qualitätsstandards für die Anerkennung der Solidargemeinschaften erarbeitet und diese zertifiziert. Im Juli 2009 steht laut Vogel (2009) der GKV-Spitzenverband in der Endphase der Erarbeitung eines eigenen Kriterienkataloges mit Ausführungsbestimmungen. Wenn diese evt. im Herbst 2009 zum Tragen kommen, ist damit eine Grundlage für alle Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen gelegt.

Philosophie und Menschenbild

Der SAMARITA e.V. liegt das **Menschenbild des mündigen Bürgers** zugrunde, der das Soziale in der Gruppe als Weg zur Erweiterung des Eigeninteresses erkennt. Nur selbstbezogenes Eigeninteresse würde zu „moral hazard“ verleiten, d.h. in eine Gemeinschaft so wenig wie möglich hineinzugeben und gleichzeitig so viel wie möglich herauszuholen. Der Prozess der gegenseitigen Hilfe soll nicht verökonomisiert werden, sondern Ökonomie vermenschlicht - die Form, in der dieser Prozess stattfindet, soll die

Möglichkeit zur Mündigkeit und Eigenverantwortung bieten. Inhalt und Form kommen hier zusammen. Daraus können Impulse für das gesellschaftliche System entstehen. Das Prinzip der gegenseitigen Hilfe ist alt, aber die laut dem Vorsitzenden der SAMARITA e.V., Urban Vogel (2009) entscheidende Frage ist, wie Solidarität heute greifbar ist. Insgesamt gibt es eine positive Suchbewegung, da das bestehende Gesundheitssystem in den nächsten Jahren unfinanzierbar wird (Vogel 2009). Es gilt, neue soziale Formen aufzubauen, sich gegenseitig zu helfen und nicht alles gegenseitig abzurechnen. Die Fragen, die den Gründer Vogel umtreiben sind: Wie wird das soziale wieder gesund? Und wie gestalten wir dieses soziale? Aus dem Bild des mündigen Erwachsenen folgt die Konsequenz, sich nicht gegenseitig zu bevormunden. Das heißt die Mitglieder haben Therapiefreiheit. Therapie und Therapeutenfreiheit beinhaltet auch die Freiheit der Ärzte, z.B. ein Gespräch führen zu können. Wenn bestimmte therapeutische Leistungen durch Leistungskataloge und zentralisierte Begutachtungssysteme (z.B. IQWiG) von der Erstattung ausgeschlossen werden, wird die Freiheit zur Eigenverantwortung eingeschränkt.

Am Punkt der Therapiefreiheit kommt jedoch auch der eigene Egoismus zum tragen, die Versuchung, die Gemeinschaft über die Maßen zu belasten. Es gilt daher, als einzelner das soziale Gefüge zu verstehen. Dazu gehört auch die Wahrnehmung der Bedürfnisse der anderen. Das gegenseitige Kennenlernen in den kleinen Gruppen ist eine große Hilfe, den Einzelegoismus zu begrenzen. Die Frage, wie bilden wir eine soziale Gemeinschaft ist zentral in der SAMARITA Gemeinschaft.

Obgleich viele Ideen aus der Anthroposophie in das Menschenbild der SAMARITA-Gründer einfließen (Vogel 2009), steht sie in der Solidargemeinschaft nicht im Vordergrund. Dinge, die in der Anthroposophie vorkommen, werden von vielen Menschen verschiedenster Herkunft und Geisteshaltung als richtig erkannt und gemeinsam weiter entwickelt und an die heutigen Bedürfnisse angepasst.

Gesetzliche Grundlagen

Die SAMARITA Solidargemeinschaft basiert auf dem Vereinsrecht nach BGB. Sie unterliegt als Solidargemeinschaft nicht der Aufsicht durch die BaFin (§1 (3) Abs. 1 VAG) wie die privaten Krankenversicherungen und ebenfalls nicht der Aufsicht des Bundesgesundheitsministeriums wie die Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen. Systematisch steht sie weder der privaten Versicherungen noch der gesetzlichen Versicherungen nahe und bildet einen eigenständigen Typ solidarischer Absicherung. Die SAMARITA erfüllt auf Grundlage der Kriterien der BASSG und versicherungsmathematische Gutachten, als freiwillige Unterstützungseinrichtung, den nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erforderlichen „anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ sowie den nach § 193 Abs. 3 Nr. 2 VVG in der zum 01.01.2009 in

Regionalgruppen sowie der Ausbau des SAMARITA-Qualitätsverfahrens (§ 10 Abs. 2 SAMARITA Satzung). **Der Vorstand** gestaltet die Beitrags- und Zuwendungsordnung so, dass die Leistungsfähigkeit auch bei größeren Zuwendungsfällen erhalten werden kann. (§5 Abs. 5, § 8 Abs. 6 SAMARITA Satzung) Die verantwortliche Verwaltung der Mitgliedsbeiträge und Zuwendungen werden vom Vorstand durch Geschäftsbesorgungsauftrag an die Firma „Andere Wege GmbH“ geregelt. Sie hat den Auftrag die Einheitlichkeit der Prozesse und die Qualität der Verwaltung zu sichern. **Konflikte** werden durch satzungsgemäße Schiedsverfahren (§11 SAMARITA-Satzung) und die Vereinsübergreifende Schlichtungsstelle der BASSG geregelt.

Die **Führung** der SAMARITA e.V. legt Wert auf professionelle Organisation und Bezahlung der Arbeit. Die Organisation wird unternehmerisch über eine zentrale Geschäftsstelle geführt. Das Subsidiaritätsprinzip kommt zur Anwendung indem in den Regionalgruppen Fähigkeiten ausgebildet und Verantwortung übernommen wird.

Die Mitgliedschaft steht allen Menschen offen, die Solidarität im Gesundheitswesen bewusst und direkt leben wollen und die sich privat versichern können. Die Bemessungsgrundlage der Beiträge ist das Brutto-Einkommen, die Beiträge sind regressiv bis zu einem Höchstbeitrag. Die Mitgliedschaft beinhaltet keinen Rechtsanspruch auf bestimmte Leistungen. Es wird aber dafür gesorgt, dass das Leistungsniveau der gesetzlichen Kasse nicht unterschritten wird. Faktisch werden oftmals Zuwendungen gezahlt, die die gesetzlichen Pflichtleistungen überschreiten. Die SAMARITA Solidargemeinschaft steht Menschen verschiedener Berufsgruppen und Bevölkerungsgruppen offen. Auf eine ausgewogene Mitgliederzusammensetzung, hinsichtlich Alter, Gesundheit und Beitrag wird geachtet, um die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft dauerhaft zu gewährleisten.

Wirtschaftliche Grundlagen

Die **Beiträge** der Mitglieder sollen in erster Linie ermöglichen, Zuwendungen in Nottfällen und Zahlungen für Kosten, die durch die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit entstehen, zu leisten. Um dies dauerhaft zu ermöglichen, dienen die Beiträge auch der Bildung von Sicherheitsmitteln im Solidarfonds. Aus den Beiträgen werden alle Aufwendungen für den Geschäftsbetrieb und für künftige Entwicklungen bestritten (SAMARITA Beitragsordnung April 2009).

Die Beiträge basieren auf dem Einkommen der Mitglieder. Der Mindestbeitrag liegt bei 250 €. Der **Richtbeitrag** ergibt sich aus dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Steuerbescheides vom jeweils vorletzten Jahr im Jahresdurchschnitt pro Monat. Im Einzelfall kann im Rahmen des Aufnahmeverfahrens ein abweichender Richtbeitrag vereinbart werden. 50 % des Richtbeitrags geht in den Solidarfonds, von dort werden auch die Kosten für den Geschäftsbetrieb und die künftige Entwicklung getragen. Der

Rest des tatsächlichen Beitrags – also abzüglich des halben Richtbeitrags, der in den Solidarfonds geht – wird dem Individualkonto zugewiesen. Nicht verbrauchte Individualkonten gehen am Jahresende in den Solidarfonds über. Wenn Zuwendungen aus dem Solidarfonds beantragt werden, sind vorher Zahlungen in Höhe des halben Richtbeitrags vom Mitglied zu tragen – entweder vom Individualkonto oder als „**Selbstbehalt**“ (die Eigenbeteiligungen gemäß der Zuwendungsordnung sind zusätzlich zu tragen). Im Härtefall kann von dieser Regelung abgewichen werden. Beiträge für Krankenversicherungen (außer ergänzende Zusatzversicherungen) sowie Tilgungszahlungen für eine Leih- und Schenkgemeinschaft, die der Erhöhung der Sicherheitsmittel dient, werden auf den Beitragsanteil für den Solidarfonds angerechnet. Soweit Leistungsansprüche gegen eine Krankenversicherung bestehen, erfolgt keine Zuwendung von der SAMARITA. Beihilfeberechtigte werden für die Dauer einer bestehenden Beihilfeberechtigung unabhängig von ihrem Beihilfebemessungssatz mit 50 % der oben genannten Richtbeiträge eingruppiert.

Die Überprüfung der finanziellen Leistungsfähigkeit nach versicherungsmathematischen Gesichtspunkten erfolgt jährlich durch einen unabhängigen Aktuar (versicherungsmathematischer Sachverständiger). Die SAMARITA erfüllt die Qualitätsanforderungen der BASSG. Jährlich übersteigen die Einnahmen deutlich die Ausgaben für Krankheitskosten.

Zuwendungsordnung (Stand Dezember 2008)

Aus dem Aufgabenverständnis der SAMARITA ergibt sich eine freie Therapiewahl, die durch die Begegnung von Patient und Arzt entwickelt und verantwortet wird. Mitglieder der SAMARITA sind zunächst Selbstzahler und erhalten in der Regel eine Rechnung nach einer geltenden Gebührenordnung, wie der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte und Heilberufe), dem GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) oder der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte).

Bei größeren Fällen sind Heil- und Kostenpläne vorzulegen. Für Zahnersatz, Therapien und Brillen sind Eigenbeteiligungen zwischen 20 und 30 % vereinbart. Verfügungen vom Individualkonto bzw. Anträge an den Solidarfonds sollen jeweils zum Ende eines Quartals erfolgen und sind per Post an die Geschäftsstelle zu richten. Abrechnungszeitraum ist das Kalenderjahr; Verfügungen vom Individualkonto bzw. Anträge an den Solidarfonds für Kosten des jeweiligen Kalenderjahres können noch bis zum 31.03. des darauf folgenden Jahres berücksichtigt werden.

Grundprinzipien, Gestaltungsprinzipien

Der SAMARITA e.V. liegen folgende Grund- und Gestaltungsprinzipien zu Grunde. Erstens die Therapiefreiheit, zweitens die Eigenverantwortung, drittens die Solidarität,

viertens die Transparenz, fünftens Zuwendung statt Anspruch, sechstens das Genossenschaftsprinzip und siebtens, das soziale Netz (Vogel 2009).

Wirkmechanismen

Folgende Wirkmechanismen sind bei der SAMARITA Solidargemeinschaft zu erkennen:

1. Aus dem Aufgabenverständnis der SAMARITA ergibt sich eine freie Therapiewahl, die durch die Begegnung von Patient und Arzt entwickelt und verantwortet wird. Dadurch werden Mündigkeit, Eigenverantwortung und Selbstkontrolle der Mitglieder gestärkt.
2. Mitglieder der SAMARITA sind zunächst Selbstzahler und erhalten in der Regel eine Rechnung nach einer geltenden Gebührenordnung. Diese Erstattung nach dem Kostenerstattungsprinzip fördert das Kostenbewusstsein und gibt Anreize zu verantwortlichem Umgang mit den finanziellen Mitteln. Sie reduziert auch der preisunabhängigen Nachfrage nach medizinischen Leistungen der GKV Versicherten.
3. Die Mitglieder der Solidargemeinschaft sichern sich gegenseitig zu, sich menschlich und finanziell zu unterstützen. Daraus folgt die Qualität der Hilfe.
4. Für die alltäglichen Fälle gibt es klare Regeln im Rahmen der Zuwendungsordnung, die dazu dienen, sich selbst auf der Ausgabenseite Grenzen zusetzen, gleichzeitig jedoch flexibel zu Gunsten des Mitglieds angepasst werden können. Dadurch ist die finanzielle Unterstützung eine verlässliche Hilfe, die gerade in Härtefällen schnell und unbürokratisch greift – von Fall zu Fall auch über das normale Maß hinaus.
5. Die Pflicht, bei größeren und absehbar kostenintensiven Maßnahmen, einen Heil- und Kostenplan bzw. einen Kostenvoranschlag einzureichen, hilft, ein besseres Verständnis für die Angemessenheit von Kosten zu entwickeln, aber auch die finanziellen Folgen für sich und die Gemeinschaft vorab einzuschätzen.
6. Ein Rechtsanspruch auf eine bestimmte Unterstützung besteht nicht. Diese Tatsache unterstützt die gegenseitige Zuwendung.
7. Drei Elemente: angemessene Beiträge, ausreichende Rücklagen im Solidarfonds der SAMARITA und ein Verbandsübergreifender Ausgleichsfonds über die BASSG sorgen für Sicherheit, auch im Hinblick auf die Abdeckung von seltenen Spitzenfällen. Im Extremfall ist die Übernahme von Basisleistungen stets gewährleistet (Vogel 2009).

Wie werden schwere Krankheitsfälle gelöst?

In schweren Krankheitsfällen greifen drei Unterstützungselemente: erstens, unmittelbare nachbarschaftliche Hilfe zwischen Regionalgruppen-Mitgliedern, zweitens unmittelbare Gespräche durch einen Verantwortlichen der SAMARITA vor Ort, drittens bedarfsgerechtes Abweichen von der Zuwendungsordnung zu Gunsten des erkrankten Mitglieds.

4 Ergebnisse

4.1 Gemeinsamkeiten zwischen den Systemen

Das *Versicherungsprinzip* kommt bei der GKV im Hinblick auf die Gesamtheit der Versicherten, bei der PKV im Hinblick auf bestimmte Gruppen von Versicherten zur Anwendung. Bei den Solidargemeinschaften wird es - zur Sicherung der dauerhaften Leistungsfähigkeit - in den versicherungsmathematischen Berechnungen des vereidigten Aktuars angewendet (Schramm 2008). Auf der Grundlage dieser Berechnungen sind neben GKV und PKV gleichermaßen auch die Solidargemeinschaften fähig, einen Großschadensfall abzudecken.

Das *Äquivalenzprinzip* der PKV kommt im 60%-Anteil der Mitglieder der AD e.V. zur Anwendung indem die Mitglieder der lokalen Gemeinschaften zu Jahresbeginn ein am erwarteten eigenen Bedarf orientiertes Einlage-Versprechen abgeben über dessen Umfang sie frei verfügen. Bei der SAMARITA e.V. spiegelt sich das Äquivalenzprinzip in den angesetzten Kosten für die Mitversicherung von Familienangehörigen.

Primäre und sekundäre *Umverteilung* zwischen Kranken und Gesunden, sowie zwischen besser und geringer Verdienenden Mitgliedern findet in den Solidargemeinschaften im Rahmen der Solidaritätsfonds statt - ähnlich wie bei der GKV. Die Solidargemeinschaften bieten wie GKV und PKV eine *Krankheitskostenvollabsicherung*.

2008 beträgt das durchschnittliche beitragspflichtige *Einkommen* pro GKV-Mitglied und Monat 1.678 €, bei den ARTABANA-Mitgliedern der Regionalbefragung (2009) liegt das durchschnittliche Bruttoeinkommen ebenfalls im oberen Bereich der Einkommens-Gruppe zwischen 1.000 und 2.000 € (Anhang A, Tab.1).

Die Solidargemeinschaften verfahren nach dem *Kostenerstattungsprinzip* ähnlich wie die PKV. D.h. die Mitglieder gehen in Vorleistung und bekommen dann Erstattung, bzw. Zuwendung der Gemeinschaft. Das *Solidarprinzip* kommt bei der PKV innerhalb der jeweiligen Kohorten, bei der GKV über alle Versicherten hinweg und bei den Solidargemeinschaften im Rahmen der Solidaritätsfonds zum Tragen.

Eine Gemeinsamkeit der Solidargemeinschaften ist, dass beide Solidargemeinschaften keinen Rechtsanspruch auf bestimmte Leistungen, sondern dem Einzelnen „gemeinschaftlichen Zuspruch“ (SAMARITA) gewähren. Gleichzeitig liegen die faktisch erbrachten Leistungen über dem Niveau der Leistungen der GKV.

Im Rahmen der Bemühungen beider Solidargemeinschaften um die Anerkennung folgt die AD e.V. den Schritten der SAMARITA e.V. indem sie beispielsweise den selben Aktuar mit der Erstellung des Versicherungsmathematischen Gutachtens sowie die selbe Anwaltskanzlei mit der Satzungsanpassung beauftragt. Beide Solidargemeinschaften verfolgen den Zweck, das Prinzip der Subsidiarität einer zivilen Bürgergesellschaft zum Ausdruck zu bringen.

4.2 Unterschiede zwischen den Systemen

Die Ausprägung des *Solidaritätsprinzips* ist in allen drei Systemen sehr unterschiedlich. Die Solidargemeinschaften zeigen eine besondere Ausprägung in ihrer auf persönlicher Verbundenheit gründenden Gruppensolidarität. Die freiwillige Solidarität verhält sich nach Frerich (1996, 30) umgekehrt proportional zur Gruppengröße. Da die Gruppengröße bei den Solidargemeinschaften lediglich zwischen 5 und ca. 50 Mitgliedern liegt und sich diese regelmäßig persönlich treffen, ist von einer weitaus größeren freiwilligen Solidarität zwischen den Mitgliedern auszugehen als bei der GKV, die auf einer zwangsweisen Solidarhaftung zwischen anonymen Mitgliedern beruht.

Mitglieder von GKV und PKV haben einen *Anspruch* auf Leistungen nach Leistungskatalog oder nach Vertrag. Hingegen haben die Mitglieder der Solidargemeinschaften keinen Rechtsanspruch auf bestimmte Leistungen. Anstelle des Anspruchsdenkens an eine übermächtige anonyme Institution wie z.B. GKV oder PKV tritt ein ganz am Individuum orientiertes Vertrauensdenken (Neureuther 2009).

Der herausragende Unterschied zwischen den Solidargemeinschaften und der GKV ist die in unterschiedlichen Ausprägungen gewährte *Therapie- und Therapeutenfreiheit* mit dem Verzicht auf Leistungskataloge bei den Solidargemeinschaften.

Die *Entscheidungsgewalt* darüber, welche Ärzte, Therapeuten, Therapien, und Heilmittel erstattet werden, liegt im Bereich der GKV beim Gemeinsamen Bundesausschuss – weit entfernt von jedem einzelnen Mitglied. Bei AD e.V. liegt die Entscheidungsgewalt über die Gewährung von Leistungen bei den Mitgliedern selbst.

Die *Verwaltung* wird bei SAMARITA zentral und hauptamtlich durch Geschäftsbesorgungsauftrag an eine GmbH, bei AD e.V. dezentral und ehrenamtlich durch die Mitglieder geregelt. Bei der ARTABANA e.V. liegt die Finanzautonomie auf der untersten Ebene bei den lokalen Gemeinschaften selbst, bei der SAMARITA e.V. hingegen beim Vorstand. Ebenso liegt die Entscheidung über die Aufnahme neuer Mitglieder sowie die Festsetzung der Beiträge, bzw. Solidareinlagen in der SAMARITA e.V. beim Vorstand, bei der AD e.V. hingegen bei den lokalen Gemeinschaften. Daraus folgt, dass das Subsidiaritätsprinzip in den drei Bereichen Verwaltung, Finanzautonomie und Aufnahme neuer Mitglieder bei der ARTABANA e.V. umfassender und bei SAMARITA e.V. in kleinen Schritten umgesetzt wird.

Die Mitglieder der ARTABANA e.V. verpflichten sich satzungsgemäß zum Nachschuss im Bedarfsfall. Eine ähnliche Nachschusspflicht ist in der Satzung der SAMARITA verankert. Die SAMARITA unterstützt ihre Regionalgruppen durch Schulungen beispielsweise im Bereich der Führung von Aufnahmegesprächen, bei AD e.V. finden keinerlei Schulungen statt. Die SAMARITA e.V. beinhaltet neben der Absicherung im Krankheitsfall auch die Absicherung der Pflege, die ARTABANA e.V. beinhaltet diese

nicht. Die SAMARITA e.V. ist zertifiziertes Mitglied der BASSG, AD e.V. nicht.

Bei der ARTABANA e.V. findet ein Austausch über individuelle Krankheitsverläufe in den lokalen Gemeinschaften und bei größeren Schadensfällen auch regional und Deutschland weit statt. Allgemeine Gesundheitsfragen werden hingegen nachrangig besprochen. In den SAMARITA-Regionalgruppen wird dagegen nicht generell über individuelle Krankheiten gesprochen, jedoch werden allgemeine Gesundheitsfragen zur Bewusstseinsbildung besprochen, beispielsweise das Thema Zahnbehandlung.

Der Vorstand der SAMARITA e.V. beobachtet die politische Entwicklung und arbeitet aktiv an ihrer Ausgestaltung mit. Der Vorstand der ARTABANA e.V. verhält sich bislang politisch überwiegend zurückhaltend.

4.3 Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaften

Der Gesetzgeber hat bislang keine gesetzlichen Bestimmungen darüber erlassen, welche Merkmale eine freiwillige Unterstützungseinrichtung aufweisen muss, um als solche anerkannt zu werden. Die im Hinblick auf die Absicherung im Krankheitsfall vergleichbare Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaften wurde durch die Gutachten eines vereidigten Aktuars bestätigt. Mit ähnlichen Gutachten überprüft auch die PKV ihre finanzielle Leistungsfähigkeit. Die Gutachten bestätigen sowohl bei SAMARITA e.V. als auch bei ARTABANA e.V. eine vergleichbare finanzielle und strukturelle Leistungsfähigkeit. Auch die Befragung bei der Regionalgemeinschaft Bodensee sowie beim AD e.V.-Vorstand ergibt, dass auch die Finanzierung größerer Schadensfälle in Höhe von mehreren Hunderttausend Euro von der AD e.V. und ihren Gliederungen abgedeckt werden kann.

Festzuhalten ist, dass durch die Therapie- und Therapeutenfreiheit und Verzicht auf einen Leistungskatalog erstens, die Mitglieder der Solidargemeinschaften durch ein größeres Leistungsspektrum besser gestellt sind, als die Mitglieder der PKV und GKV, die Solidargemeinschaften in diesem Bereich höhere Leistungsfähigkeit besitzen. Zweitens, Potenziale zur Kosteneinsparung eröffnet werden können. Zweiter Punkt ist noch zu prüfen.

Aus der regionalen Befragung (Anhang A), in der als vorherrschende Begründung für das Funktionieren der ARTABANA-e.V. die Fähigkeit und Bereitschaft zur Eigenverantwortung benannt wird, kann eine Leistungsfähigkeit dieser Organisation im Hinblick auf die Stärkung der Eigenverantwortung abgeleitet werden. Auch ein umgekehrter Zusammenhang ist denkbar: der hohe Anteil der Selbständigen in Höhe von über 70 % schafft sich in den Solidargemeinschaften einen adäquaten Rahmen.

4.4 Übersicht

Tabelle 3: Vergleich der Systeme, Zahlen aus 2008

Parameter	GKV	PKV	ARTABANA	SAMARITA
Rechtsform	Körperschaft öffentlichen Rechts	Aktiengesellschaft, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit	Eingetragener Verein	Eingetragener Verein
Rechtl. Grundlagen	SGB	HGB, BGB, VAG, VVG	BGB, SGB	BGB, SGB
Organisationsstruktur	zentral, vertikal	zentral, vertikal	dezentral, horizontal	zentral, horizontal
Grundprinzipien der Beitragserhebung	Solidaritätsprinzip	Äquivalenzprinzip	Subsidiaritätsprinzip Äquivalenzprinzip Solidaritätsprinzip	Solidaritätsprinzip
Aufsicht	Bundesversicherungsamt	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin)	Nicht aufsichtspflichtig (BaFin)	Nicht aufsichtspflichtig (BaFin) zertifiziert durch BASSG
Leistungserbringung	Sachleistungsprinzip	Kostenerstattungsprinzip	Kostenerstattungsprinzip	Kostenerstattungsprinzip
Verwaltung	zentral, angelehnt an öff. Dienst	zentral, privatwirtschaftlich	Dezentral, ehrenamtlich	zentral über Geschäftsbesorgungsvertrag
Festsetzung der Beiträge	Einheitstarif Einkommensabhängig	Nach persönlichem Bedarf und Risiko	Individuell im Einvernehmen mit der jeweiligen Gemeinschaft	Einkommensabhängig und Familienabhängig
Leistungsanspruch	Anspruch nach Leistungskatalog	Anspruch nach Vertrag	Kein Rechtsanspruch jedoch faktisch vergleichbare Leistungsfähigkeit	Kein Rechtsanspruch auf bestimmte Leistungen, faktisch vergleichbare Leistungsfähigkeit, Zuwendung
Anzahl Abgesicherte*	70.253.000	8.620.000	1.435	300
Anzahl Beitragszahler	51.100	8.620.000	1.119	300
Einnahmen/Abgesicherte	3.045 €	2.461 €	885 €	k.A.
Einnahmen/Mitglied	3.164 €	2.461 €	885 €	k.A.
Ausgaben/Abgesicherte	2.151 €	2.265 €	784 €	k.A.
Ausgaben/Mitglied	2.957 €	2.265 €	784 €	k.A.
Rücklagen/Kopf 2008	?	?	1.122 €	k.A.
Altersrückstellung/Kopf	0	12.935 €	0	k.A.
Leistungskatalog	Ja, fixiert durch G-BA	Ja	Nein, Therapie- und Therapeutenfreiheit	Nein aber Zuwendungsordnung Therapie- + Therapeutenfreiheit
Ausschluss von Leistungen	ja	ja	nein	Geregelt im flexiblen Zuwendungsrahmen
Risikoselektion	nein	ja	nein	ja
Familienversicherung	ja	nein	ja, nach Vereinbarung	nein

*Krankheitskostenvollabsicherung

Quellen:

BMG, Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln – Tabelle: KF08Bund Stand: 4.03.2009.

PKV – Verband der privaten Krankenversicherung e.V. – Zahlen 2009

ARTABANA Deutschland e.V. Mitgliederversammlung 20.-22.03.2009 Burg Ludwigstein, Jahresbericht S. 19

SAMARITA – Vogel, U.: Mündliche Auskunft

5 Zusammenfassung

Die ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. und die SAMARITA Solidargemeinschaft e.V. stellen zusammen mit anderen Solidargemeinschaften neben GKV und PKV eine dritte Stütze und neue Form der Absicherung gegen Krankheitsrisiken dar. Ihre Leistungsfähigkeit ist anhand versicherungsmathematischer Berechnungen nachgewiesen. Sie funktionieren jedoch nicht nur aufgrund dieser quantifizierbaren Merkmale, sondern auch weil sie besondere qualitative Merkmale aufweisen. Dazu gehören ein hohes Maß an Eigenverantwortung, die Wahrnehmung der Bedürfnisse anderer Menschen und deren Abstimmung. Durch die Organisationsform der kleinen Gruppen bieten die Solidargemeinschaften Gestaltungs- und Übungsräume, in denen die Menschen Solidarität und Eigenverantwortung, konkret praktizieren. Bei ARTABANA e.V. verfügt jedes Mitglied in Abstimmung mit seiner Gemeinschaft über eigene Entscheidungsmacht und Finanzautonomie auf der untersten Ebene. Dazu gehören die freie Wahl von medizinischen Leistungen, Therapien und Therapeuten, die Freiheit von Leistungskatalogen sowie persönliche Zuwendung. Nur wer in Entscheidungsspielräumen tatsächlich etwas zu verantworten hat, kann auch Verantwortung entwickeln. 80 Jahre Werk gegenseitiger Hilfe, 22 Jahre ARTABANA Schweiz, 12 Jahre SAMARITA und 10 Jahre ARTABANA Deutschland begehen Wege, die sich grundlegend vom System der Gesetzlichen und Privaten Krankenkassen unterscheiden. Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Befragungen lassen erkennen, dass ein großer Teil der Mitglieder die neue Struktur schätzt: stärker an die persönlichen Gesundheitsbedürfnisse angepasste Gesundheitswege bei moderaten Kosten - was im Kleinen bei den Solidargemeinschaften ausprobiert wird, kann auch von Bedeutung für das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland sein.

6 Literatur

- Brück, G.W. (1976) Allgemeine Sozialpolitik. Köln
- Dienel, P.C. (2002) Die Planungszelle, 5. Aufl. Westdeutscher Verlag
- Dyke, Henry Van (1996) Artaban, der vierte Weise. 3. Aufl. Dornach: Ogham Verlag
- Frerich, J. (1996) Sozialpolitik – Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, Darstellung, Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung. 3. Auflage. München Wien: Oldenbourg
- Nell-Breuning, O.v. (1957) Solidarität und Subsidiarität im Raume von Sozialpolitik und Sozialreform in: Boettcher (Hrsg.) Sozialpolitik und Sozialreform. Tübingen
- Oberender, P., Hebborn, A. (1994) Wachstumsmarkt Gesundheit – Therapie des Kosteninfarkts. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Peters, H., Mengert, G. (1992) Handbuch der Krankenversicherung. Teil II: Sozialgesetzbuch V. Stuttgart, Berlin, Köln
- GKV-WSG (2007) GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007, BGBl. I S. 378
- Fraktion der CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), in Bundestagsdrucksache 16/3100 vom 24.10.2006

Archiv

ARTABANA Protokoll vom 18.03.2001

ARTABANA-Forum der Verbände, Protokoll des Treffens am 20. u. 21. Juni 2009 in Magstadt

ARTABANA Satzung vom 5./6.04.2008

BaFin 2008: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen, Schreiben an ARTABANA Deutschland e.V. vom 11.07.08

Becker, R. (2008) Zusammenfassung und Bewertung durch den Vorstand der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. vom 11.11.08 zum Gutachten zur Ersteinschätzung der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. – Großschadensdeckung und Altersvorsorge.

Samarita Solidargemeinschaft e.V. – Satzung vom 30.11.2007

Schramm, Peter A. (2008) Gutachten zur Ersteinschätzung der ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V. . Großschadensdeckung und Altersvorsorge, 15.10.2008.

Stevens-Bartol, RA Eckart (2009) Anderweitige Absicherung im Krankheitsfall durch die ARTABANA Deutschland e.V. – Juristisches Gutachten vom 5.06.2009. Tel. 089-221656, mail: g-m.b.e.s-b@t-online.de

Vereinsregisterauszüge Amtsgericht Wangen 2002-2004

Internet

http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___139a.html

http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/___5.html

http://www.bmg.bund.de/cln_153/nn_1210508/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar-Gesundheitsreform/Gesundheitsreform-2007-Was-kommt-wann.html

Gesetzestext: "anderweitigen Anspruch auf Absicherung" iSd § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V:

<http://www.bundesrecht.juris.de/bundesrecht/vag/gesamt.pdf>

Persönliche Befragungen

Achatzi, Hans-Joachim. Persönliche Befragung, Gauting, 25.07.09

Bäuerle, Christel. Achberg, Telefonat am 29.07.09

Döring, Frank. Karlsruhe, persönliche Befragung 16.03.09

Hansen, Fried-Günter, Hauptstr. 17, 13159 Berlin, info@wegmitherz.de, Telefonat am 29.07.09

Koller, Dr.med. Roland, Gaissbergstrasse 38, CH-8280 Kreuzlingen, Telefon 41- 071-6723989, - 6723956, eMail: kollerroland@hotmail.com, persönliche Befragung am 20.06.09 in Magstadt.

Lehmann, Paulus J., Telefonat am 16.07.09, persönliches Gespräch am 19.07.2009 in Lindau

Neureuther, Reiner, Heidelberg, Telefonate am 7.06., 30.07.09

Machert, Su, Den Haag, persönliche Befragung 4.06.09

Vogel, Urban, SAMARITA Solidargemeinschaft e.V., 28209 Bremen, Tel. 0421-498 45 03, E-Mail: info@samarita.de, Telefonat am 08. und 30.06.2009, Pers. Gespräch in Gauting 25.07.09

Weber, Nyati Claudia, E-Mail vom 24.02.09

Weller, Reinhard, Salem, persönliche Befragung 29.06.09

Scheffler, Wolfgang, Lindau, persönliche Befragung am 19.07.09

Schramm, Peter A., Diethard, Telefonat am 30.07.09

Schubert, Isola, Owingen, Persönliche Befragung am 06.04.09

Sloboda, Heinrich, Magstadt, Persönliche Befragung am 20.06.09

Zucker, Ilsabe, Salem, Persönliche Befragung am 06.04.09

Verfasserin:
Konstanz Juli 2009

Cornelia Wiethaler
Im Kirchleösch 17
D-88662 Überlingen
0174-3058688
cornelia.wiethaler@uni-konstanz.de

Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen im Vergleich zu den gesetzlichen und privaten Kassen in Deutschland – Grundlagen, Wirkmechanismen und Leistungsfähigkeit
Bachelor-Arbeit an der Universität Konstanz von Cornelia Wiethaler

Anhang A

Regionalumfrage bei ARTABANA-Mitgliedern im Bereich Bodensee/Ravensburg
 Elektronischer Fragebogen-Versand an 79 Mitglieder, Rücklauf 36

Tabelle 1: Verteilung Mitglieder, Solidaritätseinlage und Einkommensgruppe nach Geschlecht

Geschlecht	Anzahl Mitglieder	Anteil in %	Mean Soli	Median Soli	Mean EK-Gruppe	Median EK-Gruppe
W	20	56%	104,8	65	1,8	2,0
M	16	44%	144,7	100	2,1	1,0
Gesamt	36	100%	121,9	80	1,9	2,0

Tabelle 2: Verteilung Mitglieder, Solidaritätseinlage nach Einkommensgruppen

EK-Gruppe	Anzahl Mitglieder	Anzahl in %	Mean Soli	Median Soli
0	5	14%	0,0	0,0
1	12	33%	78,3	60
2	9	25%	103,3	110
3	2	6%	100,0	100
4	6	17%	303,3	300
6	1	3%	375,0	375
k.A.	1	3%		
Gesamt	36	100%	121,9	80

Tabelle 3: Verteilung Mitglieder, Solidaritätseinlage und Einkommensgruppe nach Altersstufe

Altersstufe	Anzahl	Anteil in %	Mean Soli	Median Soli	Mean EK-Gruppe	Median EK-Gruppe
0-9	3	8%	0,0	0,0	0,0	0,0
10-19	3	8%	20,0	0,0	0,3	0,0
20-29	4	11%	86,7	100	1,3	1,0
30-39	3	8%	43,3	50	2,0	2,0
40-49	11	31%	142,7	110	2,1	2,0
50-59	9	25%	156,7	150	2,2	2,0
60-69	3	8%	278,3	300	4,0	4,0
Gesamt	36	100%	121,9	80	1,9	2,0

Tabelle 4: Verteilung Mitglieder, Solidaritätseinlage und Einkommensgruppe nach PKV/GKV

PKV/GKV	Anzahl	Anteil in %	Mean Soli	Median Soli	Mean EK-Gruppe	Median EK-Gruppe
0	22	61%	160,7	115,0	2,2	2,0
1	14	39%	63,6	55,0	1,4	1,5
Gesamt	36	100%	121,9	80	1,9	2,0

Regionalumfrage bei ARTABANA-Mitgliedern im Bereich Bodensee/Ravensburg, Juli 2009

Elektronischer Fragebogen-Versand an 79 Mitglieder, Rücklauf 36

3. Offene Frage: Was sind nach Ihrer Meinung die Gründe warum ARTABANA funktioniert?

1	Weil wir als lokale Gruppe selber die Hauptverantwortung tragen
2	Weil eigenverantwortliche Menschen eigenverantwortlich handeln.
3	k.A.
4	Weil die Menschen sich kennen und offen und ehrlich miteinander umgehen.
5	Die Mitglieder leben gesundheitsbewußter als Leute, die alles laufen lassen mit dem Wissen um eine Versicherung. Der Wunsch nach Gemeinschaft, die über finanzielles hinaus geht, bewirkt Gruppenleben.
6	Selbstverwaltung, Eigenverantwortung
7	Selbstverwaltung, Eigenverantwortung
8	Eigenverantwortung, integrales/ ganzheitliches Bewusstsein die Gesundheit betreffend und darüber hinaus, Solidarität, Vertrauen, der Mut neue, Lebensfördernde Strukturen zu leben
9	Wie unsere Gemeinschaft auf Vertrauen aufgebaut ist und jeder Eigenverantwortlich für seine Gesundheit handelt. Weil wir uns gegenseitig mittragen.
10	k.A.
11	Die Pflege der Beziehungen, dass man sich kennt und versteht, ermöglicht solidarisch zu handeln. Gute, transparente Vereinbarungen. Gut geordnete gruppenübergreifende Solidarität für Hilfesuche. Junge, ältere und alte Mitglieder. Lernen, unternehmerisch mit den Kosten der eigenen Krankheiten umzugehen. Ohne das Bewusstheit zu verlieren, dass die anderen auch bedürftig sind. Die anderen sind nicht anonyme Andere, sondern konkrete Menschen mit konkreten Biographien.
12	Gegenseitiges Kennen und Verstehen, Vertrauen, positives Denken, transparente Vereinbarungen, generationenübergreifende Mitglieder.
13	Die Eigenverantwortung und Einmaligkeit (Pioniersarbeit), dann kommt das Vertrauen
14	Mitbestimmungsrecht, geringes Verwaltungsentgelt, positives Gefühl, selbst für die eigene Gesundheit verantwortlich zu sein und sich dementsprechend zu verhalten. In Bezug auf Ernährung, Bewegung und Gedanken.
15	persönlicher Bezug, greifbare Solidarität
16	Weil in persönlicher kleiner Gruppe die Anliegen verantwortungsvoll besprochen werden, auch verantwortungsvoll dem Geld gegenüber. Dennoch herrscht eine freie Atmosphäre. Von dort aus funktioniert die Vernetzung zu anderen Gruppen, die Vorort ebenso entscheiden. Es gibt keine Bürokratie. In einer solchen Eigenverantwortlichkeit hält man sich auch gesünder.
17	Kleine Gruppen, Menschen, die sich kennen. Eigenverantwortliches Handeln, Solidarisches Handeln.
18	k.A.
19	weil jeder nur im wirklichen Notfall die Gemeinschaft belasten möchte und auch bereit ist, zu helfen und sich verantwortlich fühlt, existentiell
20	k.A.
21	Vertrauen, man kennt sich.
22	k.A.
23	k.A.
24	k.A.
25	geringe Verwaltungskosten, es gibt keine Mitnahmementalität, weil man sich kennt.
26	Aus Solidarität zu den anderen (meist befreundeten) Mitgliedern in der eigenen Gruppe. Ich persönlich habe großes Vertrauen in ARTABANA, weil ich merke, dass Menschen dahinter stehen

	und kein anonymer Verwaltungsapparat. Ich weiß, für wen oder was ich mein Geld monatlich einzahle.
27	die Motivation, dass es eine Alternative zum Kassensystem entstehen muss. Entscheidungsfreiheit, dezentrale Strukturen, man kennt die Personen, mit denen man eine Solidargemeinschaft bildet und vertraut sich!
28	k.A.
29	gegenseitiges Kennen und Vertrauen, basisdemokratischer Aufbau, Gefühl der Eigenverantwortung bei den Mitglieder sehr hoch, minimale Verwaltungsarbeit.
30	Die überbordende Institutionalisierung und Ausbeutung im "Gesundheitswesen" orientiert sich primär am Profitstreben zu Lasten von Menschlichkeit und Solidarität. Dagegen stemmt sich Artabana. Die Mehrheit der Artabana Mitglieder glaubt an das Gute im Menschen. Als Patienten sind die Mitglieder selbständiger und eigenverantwortlicher an ihrer medizinischen Versorgung beteiligt.
31	k.A.
32	Selbstverantwortung der Mitglieder und eher kritische Einstellung zu kostspieligen (und unsinnigen) Methoden der Schulmedizin.
33	Wenn sich Leute im richtigen Geist zusammen tun, ist sehr vieles möglich. Wichtig ist, dass Eigenverantwortung und Solidarität auch wirklich praktiziert werden. Wenn wir uns für das ganze mit all unseren Mitteln einsetzen, bekomme wir auch im gleichen Maße etwas zurück. Es funktioniert aufgrund energetischer Gesetze.
34	Solidarität !!!!
35	Das Artabanaprinzip ist Solidarität und Eigenverantwortung. Diese Prinzipien sind die Säulen, die Artabana funktionieren lassen.
36	Solidarität und das eigene Bemühen, die Gesundheit zu erhalten.

An
Cornelia Wiethaler
Im Kirchleösch 17

88662 Überlingen

ARTABANA Deutschland Solidargemeinschaft e.V.

Befragung bei ARTABANA Mitgliedern für die Erstellung einer Bachelor-Arbeit von Cornelia Wiethaler an der Uni Konstanz zum Thema *Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen im Vergleich zu gesetzlichen und privaten Krankenkassen*, Juli 2009.

ARTABANA Solidargemeinschaft: _____

Geburtsjahr _____

Geschlecht _____

Beruf _____

Solidareinlage pro Monat (100%) _____

Gleichzeitig gesetzlich oder privat krankenversichert? Ja Nein

Einkommen, Brutto pro Monat

unter 1.000 € 1.000-2.000€ 2.001-3.000 €

3.001- 4.000 € 4.000-5.000€ über5.000 €

In welchem Fall haben Sie die größte Hilfe erfahren?

Wurde schon mal die Erstattung eines Falles abgelehnt? Wenn ja, was für ein Fall mit welcher Begründung?

Was sind nach Ihrer Meinung die Gründe, warum ARTABANA funktioniert?

Anhang B

Fall 1 aufgenommen am 30.06.2009

Mann im mittleren Alter, von Beruf Lehrer, Vater von 6 Kindern. Das jüngste zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Krankheit im Kindergarten. ARTABANA-Mitglied ohne anderweitigen Krankenversicherungsschutz seit 2006 und seit September 2008 pflichtversichert durch Hartz IV.

Vorgeschichte

Das Mitglied hat den eigenen Vater im Alter von 6 Jahren durch Suizid verloren. Die Mutter war ein Flüchtlingskind aus Schlesien. Ihr Vater kam mit Alkohol-Problemen aus dem Russland-Feldzug zurück. Sie arbeitete früh als Fabrikarbeiterin. Nach dem Suizid ihres Ehemannes unternahm sie selbst noch drei Suizid-Versuche. Zweimal fand das Mitglied sie und verständigte den Notarzt. Sechs Jahre lang, zwischen dem 11.-17. Lebensjahr ihres Sohnes war die Mutter permanent suizidal sowie Nikotin-, Alkohol-, Medikamenten abhängig. Jeden Tag nach der Schule stellte sich die Frage: Lebt sie noch? Der Sohn hat nicht geraucht, kein Alkohol getrunken, viel Sport getrieben und im Erwachsenenalter die Probleme psychologisch bearbeitet. Im Nachhinein fühlt er sich missbraucht als Ansprechpartner für die Probleme der Mutter. Er hat ein verlässliches Elternhaus vermisst und Menschen, die gerne Leben mit Lust und Freude und verantwortungsvoll mit sich selbst gut umgehen. Er hätte sich gewünscht, dass jemand ihn fragt, wie geht es Dir eigentlich?

Vor Ausbruch der Krankheit hat er über mehrere Jahre Einzeltherapie gemacht, sein Leben nach eigenen Worten sehr gut geführt und neu gegriffen. Hinzu kam eine neue glückliche Lebenspartnerschaft und beruflicher Erfolg. Das auslösende Problem war die Trennung von seinem jüngsten Kind aus vorangegangener Beziehung. Schmerz und Panik brachen dabei aus. Gleichzeitig stand der Verlust des Arbeitsplatzes durch Auflösung der Arbeitsstätte bevor. Er war bei einer Heilpraktikerin in Behandlung. Diese hat nicht gemerkt, welche Muster aus der Kindheit hochgekommen sind und wie ihn alles überforderte. Nach heutiger Einschätzung hätte er schon damals Psychopharmaka gebraucht.

Krankheitsverlauf

Am 22. Mai 2008 erster Suizidversuch mit Hilfe von Medikamenten. Nach Einsatz von Notarzt und Krankenwagen erfolgte die Einlieferung in Klinik, nach einem Tag

dann die Verlegung in psychiatrische Klinik. Dort 9 Tage Aufenthalt vom 23.-31.05.08. Am 01.06. ein Tag in der Klinik. Nach zwei Tagen zuhause/bei Freund Aufnahme in Klinik für Psychosomatische Medizin Wolfsried mit Aufenthalt eine Woche vom 03.06.-10.06.08. Unmittelbar danach zweiter Suizid-Versuch am 11.06. mit Krankenwagen-Transport ins Krankenhaus. Vom 12.06. bis 19.06. erneut in Psychiatrischer Klinik. Am 20.06. Krankenwagen-Transport in Klinik Buchenbach. Dort Aufenthalt vom 20.06. bis 28.08.2008.

Persönliche Unterstützung von ARTABANA-Mitgliedern

Der Kassenwart hat gleich am ersten Tag einen persönlichen Besuch abgestattet und Mut gemacht. Ein weiteres befreundetes Mitglied war zweimal da, davon einmal mit der Partnerin des Erkrankten. Zu dritt wurde mit dem Arzt das medizinische Vorgehen besprochen und der Zeithorizont bestimmt. Ein weiteres Mitglied zugleich Treuhänderin der Gruppe besuchte ihn später und hat eine manuelle Heilmethode angewendet, die auch als wohltuend empfunden wurde. Die drei Mitglieder stellten den Kontakt zur Gruppe her und bestätigten dem Erkrankten, dass die Unterstützung aus der Gruppe in vollem Umfang vorhanden ist. Das Mitglied konnte sie als wertvolle Unterstützung annehmen und insgesamt 10 Wochen in Buchenbach bis zur weitgehenden Heilung bleiben. Die Krankenkassen zahlen in der Regel nur 4 Wochen. Der dortige Chefarzt hatte sich zunächst erstaunt geäußert, dass eine Gruppe so solidarisch die Therapie mit trägt. Das Mitglied hätte es umgekehrt auch getan. „Wenn es etwas grundlegend Schwerwiegendes ist, helfen wir uns“.

Prozesse in der Gruppe

Durch die persönlichen Berichte der in Kontakt stehenden Mitglieder bei den monatlichen Mitglieder-Versammlungen wurde das Thema Suizid erstmalig in der Gruppe besprochen. Persönliche Betroffenheit von Mitgliedern, die in ihrem Leben ähnliche Erfahrungen mit nahe stehenden Menschen gemacht hatten kam zu Tage. Dadurch kamen von allen als wertvoll und ehrlich empfundene Gespräche zustande. Diese Gespräche hatten einerseits eine sehr befreiende Wirkung auf die Mitglieder und brachten andererseits die Mitglieder einander näher. Dies wurde als ein wesentlicher Beitrag für die Bildung von Vertrauen empfunden.

Finanzielle Unterstützung

Die finanzielle Unterstützung erfolgte unbürokratisch. Die ARTABANA-Gruppe erbrachte 2008 Leistungen, wovon etwa 6 % durch Einzahlungen des Mitglieds gedeckt waren. Die angefallenen Kosten wurden zu 100 erstattet. Von der Gruppe

wurden dem Mitglied keinerlei Vorschriften zur Wahl der Therapie gemacht.

Situation heute

Die Suizid-Gefahr ist überwunden. Medikamenten-Einsatz ist jedoch nötig und es gibt immer wieder Tiefpunkte, an denen er sich fühlt, als ob er innerlich im Gefängnis sitzt. Diagnose: Suizidal mit Borderline. Das dauert 2-3 Tage und geht dann wieder vorbei. Eine weitere Behandlung wurde von 2 Tiefenpsychologen abgelehnt, da sein Fall am besten medikamentös zu behandeln sei. Er bräuchte 2 x pro Woche Tiefenpsychologische Gespräche, die Psychologen sind jedoch alle überlastet und über Monate im Voraus ausgebucht. Sein großes Problem ist die psychische Labilität, und keine Arbeit.

Durch den Verlust von Arbeitsplatz und Einkommen viel er unter Hartz IV und somit unter die Pflichtversicherung. Obwohl er seit 2006 angemessene Solidareinlagen an die ARTABANA bezahlt hatte und von der ARTABANA alle in 2007 und 2008 angefallenen Gesundheitskosten erstattet wurden, verpflichtete die Krankenkasse auf der Grundlage des Gesundheitsreform-Gesetzes das Mitglied zur rückwirkenden Beitragszahlung ab April 2007 in Höhe von 3.000 €.

Dieses Problem der Anerkennung der ARTABANA Solidargemeinschaft als anderweitige Unterstützungseinrichtung mit vergleichbarer Leistungsfähigkeit tritt nur Fallweise auf und scheint im Ermessens-Spielraum der jeweiligen Geschäftsstellen der Krankenkassen zu liegen. Die vom Gesetzgeber explizit eingeräumte jedoch noch nicht klar definierte Ausnahme von der Versicherungspflicht nach §5 Abs.1 Nr. 13 SGB V führt zu drei Nachteilen. Erstens unterliegt das ehemalige ARTABANA-Mitglied einer Doppelbelastung, indem es nun – in der Situation der Arbeitslosigkeit - Beiträge für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum zum zweiten Mal sowie in um 30 % höheren Umfang zahlen muss. Zweitens wird ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Pflichtversicherung die Gemeinschaft der Steuerzahler mit den höheren GKV-Beiträgen für das Mitglied belastet. Drittens wird durch den Leistungskatalog GKV die Therapiehoheit des Patienten eingeschränkt, wodurch er faktisch schlechter gestellt ist als zuvor.

ANHANG B

Fall 2

Frau im mittleren Alter, von Beruf Heilpraktikerin, trägt Hörgeräte seit ihrem 20.Lj, zwei Kinder, zu Beginn der Erkrankung im Kindergarten- und Schulalter. ARTABANA-Mitglied seit 2001, Gründungsmitglied. Bisher ist sie bei der Beihilfe zu 70% krankenversichert über den Ehemann.

Dezember 2002 wird ein massiver Hörverlust beidseits diagnostiziert, der nicht mehr mit Hörgeräten aufgefangen werden kann, sie ist nahezu taub. Im Frühjahr 2003 kommt – als Begleiterscheinung der Spätertaubung – ein extremer Tinnitus hinzu. In Folge des Schocks (sie muss u.a. ihre Praxistätigkeit aufgeben) und der durch den Tinnitus verursachten schweren Schlafstörungen über 1,5 Jahre bricht das Immunsystem zusammen.

Im **Januar 2005** wird Brustkrebs diagnostiziert. Behandlungsempfehlung des Klinikum Singen : OP, Chemotherapie, Bestrahlung, Hormontherapie. Das Mitglied lehnt ab. Unter Einbeziehung von ganzheitlich arbeitenden Ärzten und Heilpraktikern, die auf Tumorerkrankungen spezialisiert sind, setzt sie den Schwerpunkt auf intensive Entgiftung, Hyperthermie und bewährte ganzheitliche Maßnahmen. Das Tumorwachstum wird gestoppt. Im April 2005 erster Klinikaufenthalt, 6 Wochen ganzheitliche Behandlung in erster Linie des Tinnitus, aber auch der Krebserkrankung. In dieser Zeit kommt eine neue Hörgeräte-Technik auf den Markt, die ihr mit großem Erfolg angepasst werden kann.

Oktober 2005 wächst der Tumor wieder. Für sie ist klar, dass nun operiert werden muss. Nach einer schwierigen Erfahrung in der Uni-Klinik Freiburg entscheidet sie sich für eine weitere Meinung und konsultiert die Senologie-Abteilung der Uni-Klinik Düsseldorf. Hier wird unter dem beobachteten Brustkrebs ein sehr großes inoperables Tumorgeschehen von hoher Aggressionsstufe diagnostiziert. Zur großen Verwunderung der behandelnden Ärzte werden keine Metastasen gefunden. Das wird von Prof. A. eindeutig als Erfolg der vorangegangenen ganzheitlichen Behandlungen gewertet. Von ärztlicher Seite wird Hoffnung in eine neoadjuvante Chemotherapie gesetzt, die zu einer Remission des Tumors führen muss, damit operiert werden kann. Die statistischen Erfolgschancen liegen bei 15%. Prof. A. ist sehr zugewandt, respektiert jede ihrer Entscheidungen und sichert volle Unterstützung zu. Mitglied entscheidet sich für Chemo, 6 Zyklen sind geplant. Nach dem 5.Zyklus bricht das Immunsystem zusammen, Mitglied ist so geschwächt, dass 6.Zyklus nicht überleben würde. Aber komplette Remission wird festgestellt!

April 2006 nach einigen Wochen Erholungspause kann TotalOP durchgeführt werden. Erfolgreich. Negative Folge der OP: Plexuslähmung, der linke Arm ist gelähmt bis in die Fingerspitzen, Hörsturz im rechten Ohr. 4 Wochen Anschlussheilbehandlung in ganzheitlicher Klinik, danach Gesamtbefinden besser, aber noch sehr schwach. Privat: die langjährige Ehe-Beziehung löst sich auf..

Sommer 2006 drei Wochen Ayurveda-Klinik, eigenfinanziert mit familiärer Hilfe, nicht bei ARTABANA beantragt. Sehr gute Behandlung. Armlähmung weg, gekräftigt, Gesamtbefinden deutlich besser.

November 2006 Rippenbruch im OP-Bereich der linken Seite. Ambulant und homöopathisch behandelt.

April 2008 Hörsturz links (in Folge von starkem emotionalem Streß). Da seit 2003 nur noch 10% Hörvermögen beidseits, große Gefahr einer kompletten Ertaubung. 2 Wochen Akutkrankenhaus mit Infusionen und hyperbarer Sauerstofftherapie, 3 Wochen hyperbare Sauerstofftherapie ambulant, 8 Wochen ganzheitliche Klinik.

Die finanzielle Unterstützung von ARTABANA war immer unbürokratisch und unkompliziert. Insgesamt haben zwei ARTABANA-Gruppen im Bodenseekreis von 2005 bis 2008 Leistungen von über 22 % der Gesamtkosten von über 120.000 € erbracht. Es wurden jedoch zuerst die privaten Ersparnisse aufgebraucht und erst dann an den ARTABANA Solidarfonds herangetreten. Bewusst wurden gute und gleichzeitig günstige Kliniken ausgesucht. Bei allen Therapien, Untersuchungen, Behandlungen wurden Preise verglichen. Nur wirklich notwendige Behandlungen und Therapien mit hoher Erfolgswahrscheinlichkeit wurden gemacht.

Persönliche Unterstützung und Prozesse in der Gruppe

„Eine dramatische Zeit mit vielen Wundern.“

Die finanzielle Herausforderung bei solch schwerwiegenden Erkrankungen ist die Unabsehbarkeit. Bei o.g. Mitglied besteht weiter ein hoher Behandlungsbedarf, da die Schäden, die durch die Aggressivität des Tumors, Chemotherapie, OP entstanden sind, eines langwierigen Gesundungsprozesses bedürfen. Die finanziellen Folgen, die sich aus einer so langwierigen Erkrankung mit dadurch entstandener Erwerbsunfähigkeit und dem Auseinanderbrechen der Familie ergeben sind eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen.

Es ist eine Herausforderung auf der menschlichen Ebene, Solidarität wirklich zu leben. Das bedeutet, dem Betroffenen wirklich seine Freiheit zu lassen im Gesundungsweg und der

Therapiewahl. Nicht Ratschläge zu erteilen, sondern auch nach praktischer Unterstützung zu fragen. Die Herausforderung an den Betroffenen selbst ist, die Hilfe und finanzielle Unterstützung auch einzufordern und nicht sich selbst in Frage zu stellen. Das war das zentrale Problem, „die ultimative Herausforderung für mich“. Hier hätte sie sich mehr Unterstützung gewünscht, z.B. in Form von Gesprächen innerhalb der Gruppe und mit einzelnen Mitgliedern.

Der wesentliche Unterschied zur Krankenkasse ist die Verantwortung des Mitglieds sich selbst, der Gruppe und der gesamten Gemeinschaft gegenüber. Diese 3 Ebenen im Blick zu haben gerade im Fall einer schweren und/oder chronischen Erkrankung ist eine große Herausforderung und bedarf der Unterstützung der anderen Mitglieder.

Eine lebensbedrohliche Erkrankung löst im gesamten Umfeld eine große Verunsicherung aus. Hier ist gelebte Solidarität innerhalb der Gruppe, sich der eigenen Ängste bewusst zu werden und ehrlich und achtsam GEMEINSAM damit umzugehen. Für das erkrankte Mitglied ist es von unschätzbbarer Hilfe, wenn es sich mit seinen Ängsten, Sorgen, Überforderungen von der Gruppe im Wesentlichen verstanden und getragen fühlen kann. Das geht weit über die finanzielle Unterstützung hinaus. Der Wechsel vom aktiven, gebenden Mitglied zum scheinbar ausschließlich hilfsbedürftigen ist oftmals ein zusätzlich schmerzhafter Prozess, der unter Umständen mühevoll gelernt werden will.

ARTABANA ist ein lebendiger Organismus.

ANHANG B

Fall 3 aufgenommen am 21.07.2009

Mann im Ruhestand, von Beruf Arzt für Allgemeinmedizin mit Anthroposophischer Ausrichtung. ARTABANA-Mitglied ohne anderweitigen Krankenversicherungsschutz seit 2003 mit privater Pflegeversicherung.

Vorgeschichte

Das Mitglied hat von Kindheit an eine Augenschwäche mit Kurzsichtigkeit, Augendruckproblemen und zunehmender Erblindung (Makuladegeneration). Eine Schilddrüsen-Unterfunktion führt zur Kropfbildung. Dieser wird 1991 operativ entfernt. Diagnose: gutartig. Sonst ist er gesund und von kräftiger körperlicher Konstitution. Er kündigt seine private Krankenversicherung, weil diese die Medikamente und Therapien seiner Wahl nicht erstattet und tritt 2003 in die ARTABANA ein. Er ist der festen Überzeugung, dass er nicht ernsthaft krank wird. Die private Pflegeversicherung behält er auf Wunsch seiner Frau bei.

Krankheitsverlauf

2007 erneute Kropfbildung mit Operation in München. Diagnose: Schilddrüsen-Carcinom. Diesmal bösartiger Tumor, der nicht komplett entfernt werden kann. In Folge der Operation Vereiterung der Wunde und Atemnot.

Ende 2007 Konstanz: Tumorgeschehen wird zweimal mit Radio-Jod-Therapie behandelt, kann dadurch jedoch nicht komplett beseitigt werden.

03.01.2008 Schilddrüsen Carcinom rechts, Stimmbandlähmung links., allgem. Erschöpfungszustand.

19.02.2008: Nach CT keine Metastasen

02.03.2008 handschriftlicher Brief des Mitglieds an Kassenwart mit Auflistung der z.Zt. behandelten Krankheiten und Störungen. Im Bereich der Augen: 1. Augendruck 2. Macula Degeneration, 3. Dehnungsriss in der Netzhaut, im Bereich der Ohren: 4. Otosklerose mit Innenohrschwerhörigkeit, im Halsbereich: 5. Schilddrüsen-Ca, in OP, 6. Stimmbandlähmung, 7. Laryngitis, chron., 8. Asthma bronchiale, 9. Herzrhythmusstörungen mit Tachyrythmen re. und Extrasystoden, in den Oberbauchorganen: 10. Fermentmangel von Magen und Pankreas, 11. Darmsanierung nach Zerstörung der Darmflora infolge Antibiotika-Impfung sowie allgemein 12. Anhaltende Schwäche und Vitalitätsverlust. „Ich kann inzwischen sagen, dass es aufgrund der konsequenten Behandlung deutlich besser geht. Ich versuche täglich meine Spaziergänge zu erweitern. (...) noch sehr mühsam wegen

der Luftnot (...) Sprechen noch sehr eingeschränkt.“

27.05.08 handschriftlicher Brief des Mitglieds: Dank für Überweisung des „Polsters“ für Medikamente. Mitglied würde gerne an ARTABANA-Sitzung teilnehmen, ist aber abends immer völlig erschöpft. „... aber es geht aufwärts“. Ergänzt mit persönlichen Wünschen an den Kassenwart und seine Frau, die im Vorfeld ebenfalls operiert worden war.

03.-10.09.08 Nach Konsultation eines Arztes: Diagnose: Schilddrüsen-Carcinom, Atemnot, kann nicht mehr sprechen, Luftröhrenschnitt. Trotzdem immer wieder dramatische Atemnot durch Asthma.

09.10.08 Darlehensantrag für Materialkosten Kanülen, Absauggerät, Inhaliergerät.

05.11.2008 handschriftliche Bitte um Darlehen „Es war viel (...) wünsche mir sehr, dass jetzt einmal Ruhe einkehrt“.

14.-21.02.2009 Lebensbedrohliche Verschleimung der Atemwege und den notwendigen stationären Aufenthalt im Spital. Danach kann er aus unerfindlichen Gründen nicht mehr schlucken, obwohl Speiseröhre und Luftröhre frei sind. Es wird eine Magensonde gelegt.

Zu Hause beginnt die Vollpflege. Die Atmung wird mit Sauerstoff unterstützt. Ab Anfang März nimmt er keine Nahrung mehr zu sich, nur noch Wasser und Medikamente. Gegen Ende der Krankheit wird er immer stiller und die Dramatik der Atemnot schwächer. Er wird rund um die Uhr betreut. Er spricht nicht mehr und wird immer ruhiger, hält die Augen geschlossen. Viele seiner nahen Verwandten treffen ein. Am **14. April 2009**, während der Pfleger für etwa 7 Minuten den Raum verlässt, tritt der Tod ein. Nach den Worten seiner Frau erscheint er wie verwandelt, ein anderer Mensch. Er wirkt sehr entspannt und friedlich, insbesondere das Ende - ein erhebender Moment.

Persönliche Unterstützung von ARTABANA-Mitgliedern

Bei den Mitgliederversammlungen haben sich oft Menschen nach dem Erkrankten erkundigt. Ein Treuhänder besuchte das Mitglied. Der Kassenwart hatte regelmäßigen persönlichen Austausch mit dem Mitglied. Kassenwart und Stellvertreterin besuchten die Frau des Mitglieds, um die Situation zu besprechen.

Prozesse in der Gruppe

Kassenwart und Treuhänder berichteten regelmäßig vom Befinden und vom Austausch mit dem Mitglied. Die Anteilnahme ist groß, auch die Betroffenheit. „Ausgerechnet dieser Mensch, der in seinem Leben so vielen anderen Menschen geholfen hat, wofür er manchmal nicht mal angemessene Entlohnung verlangte.“

Von der Gruppe wurden dem Mitglied keinerlei Vorschriften zur Wahl der Therapie gemacht. Auf dem Sommerfest der ARTABANA-Solidargemeinschaft 2008 nimmt das Mitglied zum letzten Mal an einer Versammlung der ARTABANA-Gemeinschaft teil. Er hält einen bewegenden Vortrag über eines seiner Herzensthemen und wird noch einmal von allen Anwesenden sehr persönlich und authentisch wahrgenommen.

Finanzielle Unterstützung

Die finanzielle Unterstützung erfolgte unbürokratisch. Das Mitglied beantragte Vorschüsse als „Polster“ für die Bezahlung von Medikamenten und reichte Antrag auf Auszahlung ein. Die ARTABANA-Gruppe erbrachte Leistungen, wovon über ein Drittel durch die 60 %-Einlage des Mitglieds gedeckt waren. Der Restanteil wurde aus dem Solidaritätsfond der Gruppe sowie aus dem Solidaritätsfonds der regionalen Gemeinschaft zunächst als Leihgeld ausbezahlt. Das Mitglied stellte sodann Anträge auf Vorschuss oder auf Erstattung und 2008 einen Antrag auf Schenkung der von der lokalen Gemeinschaft bewilligt wurde. Das verbleibende Defizit soll in Anlehnung an einen früheren Vorschlag des Mitglieds im ehelichen Testament verankert werden. Die Kassenwarte der lokalen Gemeinschaft setzten sich mit der Ehefrau des Mitglieds ins Einvernehmen darüber, dass der Betrag bei Verkauf oder Vererbung einer nicht selbst genutzten Eigentumswohnung an die lokale Gemeinschaft ausgezahlt werden sollte. Auf Wunsch der Gruppe wurde eine notarielle Beurkundung gewünscht, die Mitte des Jahres 2009 erfolgen sollte.

Da die Grundreserve, eine Besonderheit dieser Gruppe, angegriffen war, stellte der Kassenwart im Dezember 2008 einen Nothilfeantrag an den 20 % Solidarfonds der Region. Die im Regionalbündnis zusammengeschlossenen Gemeinschaften überwiesen ihre jeweiligen Anteile daraufhin bis Ende Januar. Trotz weiterer ähnlich aufwändiger Krankheitsfälle in der Region war die Finanzierung jederzeit gesichert.