

Wednesday, August 6. 2008

### **Wo geht das Geld der Kassen hin?**

Die Kassen sind leer, hört man allen Orten. Und doch scheinen sie immer mal wieder Finanzen für ein paar Extras locker machen zu können. Aber nicht für Oma Trude die mit ihrem Rheuma dringend mal wieder in Kur müsste, nein ... da muss man schon Vorstand sein:

In einem Fall berichte der Rechnungshof von einer ungenannten Krankenkasse, die ihren Verwaltungsräten Leistungen erstattet habe, die nicht im Katalog der gesetzlichen Versicherung enthalten seien.

Dazu hätten das Potenzmittel Viagra, Haarwuchsmittel und orthopädische Matratzen gehört. Auch hätten Vorstand und Verwaltungsrat auf Kassenkosten mehrtägige Reisen unternommen, an denen auch die jeweiligen Lebenspartner teilgenommen hätten.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt

Posted by Mela in Krankenkassen at 08:42

Friday, November 24. 2006

### **Gesundheitskarte - Kosten und Nutzen**

Beim CCC kann man ein höchst aufschlußreiches Dokument - nämlich eine Kosten-Nutzen-Analyse der geplanten und zum Teil schon im Testeinsatz befindlichen sogenannten Gesundheitskarte finden:

In bester Tradition staatlicher Software-Großprojekte wird hier sehenden Auges ein weiteres extrem kostenträchtiges Prestigeprojekt angegangen, dessen Nutzen in keinem sinnvollen Verhältnis zu den Risiken und absehbaren Problemen steht. Eine erste Sichtung der Daten deutet auf eine massive Kostenexplosion bei der Einführung der Gesundheitskarte und ein weiteres Technologie-Desaster hin. -- Quelle: Chaos Computer Club

Die Analyse liegt als PDF-Dokument vor unter <http://www.ccc.de/updates/2006/gesundheitskartenfuckup>.

Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie bitte Ulla Schmidt...

Posted by Ishtar in Gesundheitspolitik, Krankenkassen at 12:51

Saturday, July 29. 2006

## **Buntes Krankenkassenkaleidoskop**

Die kleine Presseschau am Samstag. Spricht für sich selbst.

Das Handelsblatt von gestern:

Die Krankenkassen planen entgegen offiziellen Bekundungen offenbar doch eine massive Kampagne gegen die schwarz-rote Gesundheitsreform. Dies geht aus vertraulichen Unterlagen der Spitzenverbände der Krankenkassen hervor, die dem Handelsblatt vorliegen.

So geheim sind die Geheimpläne also. Dazu gehört unter anderem, Bundestagsabgeordnete mit sachlicher Kritik zu konfrontieren. Das geht nun wirklich nicht!

Ein Ministerpräsident kommt den Kassen mit:

es gehe den Kassen nur um ihre Macht-Position, nicht um das Wohl der Menschen. - Quelle: MDR Das ist ausgerechnet von einem Politiker eine starke Nummer.

Der Kölner Stadtanzeiger:

Bundesfinanzminister Peer Steinbrück (SPD) plant zur Finanzierung der Gesundheitsreform weitere Ausgabenkürzungen des Bundes. „Es wird in dieser Legislaturperiode keine Steuererhöhungen geben. Wir werden uns also sehr sehr genau die Ausgabenseite des Bundeshaushalts anschauen müssen“, sagte Steinbrück der „Sächsischen Zeitung“. Die geplante Finanzierung der Gesundheitskosten für Kinder aus Haushaltsmitteln sei ohne weiteres nicht möglich. Die Koalition werde daher noch vor Ende der Legislaturperiode 2009 „darüber zu reden haben, wie wir das finanzieren“. Bei einer Umfinanzierung der Kosten weg von den Abgaben auf Arbeit, hin zu Steuern, solle es jedoch „zu keinen Mehrbelastungen“ für die Versicherten kommen.

Richtig, Herr Steinbrück. Warum sollten auch bei steigenden Gesundheitskosten etwa Mehrkosten auf den Bürger zukommen? Und keine Mehrbelastungen und Reformen und weniger Neuverschuldung hat uns bislang noch jede Regierung versprochen und sich nicht die Bohne daran gehalten...

Das Hamburger Abendblatt betitelt seinen Artikel mit "Ministerpräsidenten greifen Krankenkassen an". Mit was eigentlich, Raketen? Gemeint sind ganze zwei von allen MPs, nämlich die Herren Ringstorff und Böhmer.

Das Abendblatt:

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hatte den Kassen in den vergangenen Tagen vorgeworfen, mit dem Geld der Versicherten gegen die Reform vorzugehen und mit "unlauteren Mitteln" Angst zu verbreiten.

Es ist interessant dass Schmidt damit argumentiert, dass die Kassen Versichertengelder für ihre Auseinandersetzung mißbrauchen. Genauso könnte ich Frau Schmidt vorwerfen, meine Steuergelder für eine Reform zu verschleudern, die von mir weder gewünscht ist noch am Ende die Einsparungen einbringt, die sie verspricht.

Fakt ist allerdings, daß die Versichertenbeiträge nicht für diesen Quasi-Arbeitskampf draufgehen dürfen. Andererseits, wer wenn nicht die Krankenkassen, darf denn bitte in Deutschland noch den Mund aufmachen, wenn es um das Thema Krankenversicherung geht?

Den Krankenkassen wird auch - zu Recht - eine "schizophrene" Argumentation vorgeworfen, da sie zum einen den Mehraufwand an Bürokratie für den geplanten Gesundheitsfondss beklagen, zum anderen aber Stellenabbau bei sich befürchten. Und hier möchte ich allen Beteiligten mal so richtig in den Allerwertesten treten. Denn hier kommen wir der Sache näher.

Deutschland hat zu viele Krankenkassen. Theoretisch würde eine (1!) gesetzliche Krankenkasse ausreichen. Und da die Richtlinien dafür ohnehin der Staat festlegt, und wir vom beitragsgesteuerten Arbeitnehmermodell weg müssen, wäre das sinnvollste eine gesetzliche staatliche Gesundheitsversorgung aus allgemeinen Steuergeldern. Punkt.

Das würde auch bedeuten, daß eine Menge Leute ihre Arbeit verlieren. Und damit würden zumindest die direkten Krankenkosten sofort sinken. (Bin ich die einzige die sich fragt warum Krankenkassen wie zB. die Techniker hier in Hamburg sich große moderne Glaspaläste leisten können, wenn das Gesundheitssystem so am Hungertuch nagt und sie alle Schulden haben? Und wo da die Aufsichtsräte und Vorstände, in der Regel Politiker, hingeschaut haben?)

Deutschland hat - und jetzt höre ich die Ständevertreter aufschreien - zu viele zu gut bezahlte Ärzte und zu wenig

Konkurrenz zwischen den Ärzten. Und zu viele Ausgaben für Medikamente. Und das liegt nicht an den Patienten. Solange Pharmakonzerne jährlich Rekordgewinne einfahren und mal eben für Milliarden ihre Konkurrenten schlucken, weiß ich wo meine Versicherungsbeiträge bleiben.

Was sich aus so einer Aktion wie dem Gesundheitsfonds an zusätzlicher Bürokratie zu entwickeln droht (und an Missmanagement) kann sich Frau Schmidt gern am Beispiel Hartz IV anschauen. Aber die Bundesregierung macht lieber einen unausgegorenen Schnellschuß, der am Ende Milliarden (mehr) kostet, schließlich hat sie ja Recht (tm).

Aber zurück zur Presseschau.

Die deutsche Handwerkszeitung bleibt relativ cool und zeigt beide Seiten:

Der Chef der Barmer Ersatzkasse, Eckart Fiedler, verteidigte die geplante Kampagne der Kassen. "Ich sehe keine Kampagne, ich sehe eine Aufklärung", sagte Fiedler im ARD-"Morgenmagazin". Dies müsse sein, weil durch die geplante Gesundheitsreform die Beitragszahler belastet statt wie angekündigt entlastet würden. Das Kernziel der Reform sei damit nicht erreicht. Dazu gebe es "kritische Fragen" und "darauf müssen wir antworten".

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt drohte den Kassen nicht nur mit rechtlichen Schritten, sondern wehrte auch den Vorwurf eines massiven Stellenverlusts durch die Reform ab. "Wir wollen auf die Kompetenzen der Mitarbeiter nicht verzichten. Sie sollen das weiter tun— nur nicht mehr für jede einzelne Kasse extra, sondern kassenübergreifend für den Fonds", sagte sie der "Sächsischen Zeitung".

Schliessen möchte ich dann mit dem Ärzteblatt, das schreibt:

Schmidt warf den Kassen vor, den Beschäftigten „mit unlauteren Mitteln Angst“ zu machen. In den vergangenen 10 bis 15 Jahren sei die Zahl der Kassen von weit über 1000 auf 251 gesunken. Es habe dabei „immer wieder neue Aufgaben“ für die Kassenmitarbeiter gegeben. Der Gesundheitsfonds solle helfen, die Finanzströme im Gesundheitswesen transparenter zu machen. „Offensichtlich ist das den Kassen nicht so recht“, vermutete Schmidt.

Nur komisch dass Politiker sich seit eh und je gegen alle Forderungen nach Transparenz gewehrt haben, ob es ihre eigenen Nebeneinkünfte angeht, oder die Forderung, daß Kassen-Patienten ihre Arztrechnung abzeichnen müssen und der Arzt ihnen die Posten darauf erklären muss, einschließlich der Frage warum eine Routineuntersuchung abgerechnet wird wenn der Patient nur Guten Tag gesagt hat. Oder nach transparenten (Zusatz-)Einkünften von bei öffentlichen Krankenhäusern beschäftigten Chefärzten. Nach transparenten Informationen über die Gewinne von Pharmakonzernen in Relation zu deren Umsätzen bei Kassenpatienten, nach transparenten Informationen über die (Nicht-) Wirksamkeit von Medikamenten, nach iatrogenen Krankheiten...

Das Schlußwort von Horst Seehofer, ebenfalls nach dem Ärzteblatt, möge jeder für sich wirken lassen.

In den vergangenen 25 Jahren habe es keine Reform gegeben, bei der soziale Gerechtigkeit einen solchen Stellenwert eingenommen habe. „Wir machen keine Reform für die Versicherungen, sondern für die Versicherten“.

Posted by Ishtar in Gesundheitspolitik, Krankenkassen at 15:00

Tuesday, July 25. 2006

### **Gesundheitsreform: Mehrkosten in Milliardenhöhe?**

Heute im Hamburger Abendblatt zu lesen:

Der geplante Aufbau eines Gesundheitsfonds wird nach Berechnungen der gesetzlichen Krankenkassen "verheerende Auswirkungen" haben und Zusatzkosten in Milliardenhöhe verursachen. Die Verwaltungskosten, um die Beiträge einzuziehen, stiegen demnach von 1,3 auf 2,5 Milliarden Euro pro Jahr.

(...)

Die Bundesverbände von AOK, BKK und IKK sowie die Kassenverbände warnten, der Fonds und seine regionalen Inkassostellen würden ein organisatorisches Chaos wie zuletzt bei der Bundesagentur für Arbeit produzieren, weil Technik und Mitarbeiter fehlten. Normalerweise benötige man für eine funktionierende Infrastruktur mehrere Jahre Vorlauf.

Auch die Arbeitgeber halten von den neuesten Plänen von Ulla Schmidt und Co. nicht wirklich viel, wenn auch aus anderen Gründen.

Der Fonds bedeute "noch mehr Staat in der Gesundheitspolitik - das Gegenteil wäre aber richtig". "Auf der Einnahmenseite ist der Status Quo immer noch besser als ein solcher Fonds, der für lange Zeit die falschen Strukturen zementieren würde."

Die Koalition solle zunächst durch zusätzlichen Wettbewerb für mehr Effizienz im Gesundheitswesen sorgen und "auf der Ausgabenseite ansetzen". Nötig sei ein Konzept, das bei allen Beteiligten - Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen, Industrie - für mehr Wettbewerb Sorge. zitiert das Manager-Magazin Ludwig Georg Braun, Präsident des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK).

Einen ausführlichen Artikel über die Kritikpunkte am geplanten Gesundheitsfond und seine zu erwartenden technischen Schwierigkeiten und Kosten findet man beim Handelsblatt:  
Streit um Gesundheitsfonds

Posted by Ishtar in Krankenkassen at 07:58

Thursday, February 23. 2006

### **Schöngerechnet**

Gestern im Ärzteblatt:

Der Überschuss der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fiel im vergangenen Jahr weitaus geringer aus als erwartet. Zwar liegen für die Betriebskrankenkassen noch keine offiziellen Zahlen vor, doch beläuft sich das Plus der übrigen gesetzlichen Krankenkassen auf allenfalls rund 800 Millionen Euro. Im Jahr 2004 betrug der GKV-Überschuss noch mehr als vier Milliarden Euro.

Mal ganz abgesehen davon, daß auch dieser Artikel auf die um 17 Prozent gestiegenen Arzneimittelausgaben hinweist (und das bei sinkenden Verordnungen, in wessen Taschen unsere Krankenkassenbeiträge da wohl fließen?) finde ich die Arithmetik der Krankenkassenüberschüsse höchst faszinierend.

Als Kontrapunkt: Bei den gesetzlichen Krankenkassen drohen Beitragserhöhungen um 0,5 Prozent. Grund: Der Bund kürzt 2007 seinen Zuschuss von 4,2 Milliarden Euro um 1,5 Milliarden. 2008 wird er ganz gestrichen. Die Kassen kostet das zusammen mit der höheren Mehrwertsteuer jährlich 5 Milliarden Euro. Und die holen sie sich über höhere Beiträge von den Versicherten zurück. -- Quelle: Berlin Online

Bei einem Bundeszuschuss von rund 4,2 Milliarden Euro davon zu reden, man habe 800 Millionen Überschuß erwirtschaftet, ist nicht mal mehr schöngerechnet, das ist einfach himmelschreiende Dummheit. Für mich heißt das, man hat 3,4 Milliarden Euro mehr ausgegeben als man in den Kassen hatte (und die 800 Millionen sollten dann bitte zur Schuldentilgung verwendet oder zum selben Zweck zurück an die Bundesregierung überweisen werden).

Bundeszuschüsse als einem zustehende Einnahmen zu verrechnen zeugt von mehr Ignoranz als es sich irgendein Unternehmen, geschweige denn eine gesetzliche Krankenkasse, angesichts des organisierten Staatsbankrotts leisten kann.

Posted by Ishtar in Krankenkassen at 08:33

Thursday, February 2. 2006

### **Kosten, Kranke, Korruption**

In der Berliner Morgenpost heute zu lesen:

Wegen der Korruption im internationalen Gesundheitswesen haben Millionen Menschen keine ausreichende medizinische Versorgung. Zudem fördert dieser Zustand die Verbreitung resistenter und tödlicher Krankheitserreger, wie aus dem am Mittwoch veröffentlichten Jahresbericht der in Berlin ansässigen Organisation Transparency International (TI) hervorgeht. "Korruption im Gesundheitssektor kostet mehr als Geld", erklärte TI-Chefin Huguette Labelle. "Der Preis für die Korruption im Gesundheitswesen wird in menschlichen Leben bezahlt."

Was muß man sich unter Korruption vorstellen?

Die taz beleuchtet das: Korruption im Gesundheitswesen hat viele Gesichter. Auf der einfachsten Ebene ist es das Trinkgeld, das ein unterbezahlter Krankenpfleger in einem armen afrikanischen Land von Aidskranken dafür verlangt, dass er ihnen kostenfreie Aidsmedikamente aushändigt. Auf der kompliziertesten Ebene ist es die ökonomische Loyalität von Mitgliedern staatlicher Behörden, die über Medikamentenzulassungen entscheiden. So vermerkt der TI-Bericht, dass die US-Medikamentenbehörde FDA (Food and Drug Administration) letztes Jahr mehrheitlich für die Wiederzulassung des Schmerzmittels Vioxx stimmte, obwohl die Herstellerfirma Merck es wegen tödlicher Nebenwirkungen vom Markt genommen hatte.

Aufschlußreich ist auch die deutsche Webseite von Transparency International. sie listet u.a. die "schwersten (durch Korruption verursachten) Mängel" im Gesundheitswesen wie auch eine Vorschlagsliste:

Information über Qualitäts- und Leistungsunterschiede Einführung einer Medizinschadensforschungspflicht zur

Offenbarung von Behandlungsfehlern Einsichtsrecht des Patienten in ihn betreffende

Arzt-Unterlagen Arzneimittelinformationen im Internet Stärkung der Patientenrechte, z.B. durch Umkehr der Beweislast

bei Behandlungsfehlern unabhängige Patientenberatung und -information Arzneimittelforschung und Fortbildung von

Ärzten durch unabhängige Stellen statt durch Pharmaindustrie

Das unterschreibe ich gerne als Forderungskatalog.

Zum Weiterlesen:

Voller Artikel in der Morgenpost

Artikel in der taz

Transparency International

Posted by Ishtar in Aus aller Welt, Gesundheitspolitik, Krankenkassen, Pharmaindustrie, Vermischtes at 07:56

Saturday, January 28. 2006

#### **4 Milliarden für die Gesundheitskarte**

Aus der Financial Times: Kostensteigerungen bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte könnten sich in den kommenden Jahren zu einer Belastung für die gesetzlichen Krankenkassen entwickeln. Nach Schätzung des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV) werden die Kosten für die Ausgabe der 80 Millionen Karten und den Aufbau der Infrastruktur bei 4 Mrd. Euro liegen.

Verkauft wird dem Patienten (der keine Wahl hat, insofern wird sie uns aufgezwungen) die Karte als das ultimative Mittel zur Kosteneinsparung und natürlich dient das Ganze allein zum Segen des Patienten und zur Gesundung des Gesundheitswesens. Vor gar nicht allzu langer Zeit bezifferte das Bundesgesundheitsministerium die Kosten noch auf 1,4 Mrd. Euro, u.A. unter Auslassung der investiven und laufenden Kosten für Arztpraxen.

Die Kosten für (laut FTD) 80 Millionen Karten (wie darf man sich das vorstellen, wie oft bekommen Kinder dann wegen nicht mehr aktueller Fotos ihre eigene neue Karte? Und wann koppeln wir das Ding einfach an die Sozialversicherungsnummer?) trägt fast ausschließlich der Patient ("die Krankenkassen"). Die dahinter stehende Technik ist ebenso wenig gesichert wie die Finanzierung dieses Projektes über die nächsten Jahre (oder die Verfassungsmäßigkeit einer solchen Datensammlung wie sie dort angestrebt wird). Wer braucht da noch Volkszählungen...

Die neue Karte wird ab April in acht Testregionen auf Bits und Bytes geprüft. Das wichtigste Ergebnis steht jedoch schon vorher fest: Die Gesundheitskarte kommt, früher oder später. Die Testläufe dienen nur dem Tuning der Systeme. Das sei auch bitter nötig, meinen Kritiker. Sie bemängeln fehlende Kosten-Nutzen-Analysen, fürchten um die Sicherheit der vernetzten Patientendaten und warnen davor, dass die angestrebte Datenhoheit des Patienten nur Makulatur sei. -- Quelle: ZDF - heute.de - Hervorhebung durch mich. Das zeigt sehr deutlich, daß die Karte umgesetzt wird, weil es Interessengruppen gibt, die sie durchdrücken wollen - egal ob sie sinnvoll ist, und egal um welchen Preis. Den bezahlen ja auch wir. Und schon jetzt mahnen Ärzte an, daß die Patienten sinngemäß zu blöd und zu uninformiert seien, um ihre eigenen Fakten angemessen einschätzen und damit Datenhoheit ausüben zu können, weswegen man ihnen das Recht auch gar nicht erst geben sollte.

So möge das Schlußwort vorerst Ulla Schmidt haben:

Die elektronische Gesundheitskarte wird die Qualität, die Sicherheit und die Transparenz der medizinischen Versorgung verbessern..

Ja, sicher. Fragt sich nur für wen.

Posted by Ishtar in Gesundheitspolitik, Krankenkassen at 05:52

Monday, January 23. 2006

### **Augenwischend**

"Guten Tag Frau Eckenfels, wir machen da eine Umfrage für die AOK. Wir haben festgestellt das ihr Mann und sie noch keine der neuen Versichertenkarten mit Bild haben. Dies ist aber seit diesem Jahr vom Gesetzgeber vorgeschrieben. Sollen wir ihnen mal den Antrag zuschicken?"

1. Hierbei handelt es sich natürlich mitnichten um eine neue Versichertenkarte und diese ist auch nicht von der Bundesregierung vorgeschrieben, auch wenn schon defakto beschlossene Sache. Es handelt sich um die neue Gesundheitskarte, die weit mehr Features und Unterschiede zur alten Karte besitzt als 'nur' ein Bild. Aufklärung? Information? Fehlanzeige.

2. Ginge es nur um eine Karte mit Foto und wäre diese vom Gesetzgeber vorgeschrieben.. dann wäre es ein sinnloser Rauswurf von Versicherungsgeldern, denn warum nachfragen für etwas das man ohnehin in Kauf nehmen muß? Mindestens eine Telefoneinheit plus Kosten für die Hotlinemitarbeiter für 2.865.019 Mitglieder (AOK Mittlerer Oberrhein)? Wieviel Behandlungen könnte man davon finanzieren?

Fazit: Hier scheinen unwissende Testpersonen für die neue Gesundheitskarte gesucht zu werden. Ebenso transparent wie das kommende System selbst.

P.S: Auf einen Beschwerdeanruf bei der AOK wurde noch einmal bestätigt das es sich bei der neuen Versichertenkarte mit Bild um eine gesetzlich vorgeschriebene Maßnahme handeln würde. Fakt ist, das sich diese noch in der Testphase befindet.

Posted by Mela in Krankenkassen at 17:08

Wednesday, December 28. 2005

### **Wir glauben ihnen nicht das sie ins Koma fallen, machen sie doch mal vor...**

In diesem Satz kann man die Versuche des Sozialgerichts Halle zusammenfassen, das dem Rentner Armin Schenk das aus dem Ausland eingeführte Schweineinsulin nicht mehr länger zahlen möchte.

Die Kasse will die Kosten für das von Schenk verlangte Schweineinsulin nicht mehr übernehmen - und den renitenten Kläger "spätestens im Januar" in eine Klinik stecken.

Auch das Gericht meint, dort solle überprüft werden, ob Schenk vom Schweineinsulin auf gentechnisch hergestelltes Humaninsulin - oder auch eines seiner künstlichen Derivate (sogenannte Insulin-Analoga) - umzustellen sei. Daß Schenk dadurch in Lebensgefahr geraten könnte, glaubt die Richterin nicht.

...

Die ärztlichen Unterlagen, die für Schenk sprechen, findet das Gericht unter Berufung auf den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) nicht ausreichend. Dabei hat Schenk nachweislich versucht, ohne Schweineinsulin auszukommen. Im Dezember 1996 und im Februar 1997, nachdem er einige Zeit Humaninsulin nahm, fiel er ins Koma. Nur die Intensivmedizin rettete ihn. Schenk: "In 35 Jahren mit Schweineinsulin hatte ich keine einzige lebensbedrohliche Komplikation. Mit Humaninsulin bin ich in nur zwei Monaten zweimal dem Tod nahe gekommen."

Artikel der 'Welt' von heute

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Mai 2004 müssen die Krankenkassen keine Kosten von in Deutschland nicht zugelassenen Medikamenten übernehmen. Zwar wurde dieses Urteil durch ein weiteres Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Oktober 2004 entschärft das die Übernahme in folgenden Punkten doch anordnet -

1. Behandlung einer lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung.
2. Nach der Datenlage besteht die begründete Aussicht, dass mit dem Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.
3. Es ist keine geeignete Therapiealternative verfügbar.

- aber der Nachweis der Lebensbedrohlichkeit scheint zumindest derzeit ganz zu Lasten der Patienten zu gehen.

"Man will sich darauf verlassen, daß, weil die meisten Menschen Humaninsulin vertragen, das auch bei mir klappt." Jedoch: "Für mich könnte das mein Todesurteil sein."

Denn um zu beweisen, daß er Humaninsulin nicht verträgt, müßte er dieses schließlich so lange nehmen, bis er wieder bewußtlos wird. Anders als klassische Allergien lassen sich solche Unverträglichkeiten nämlich nicht zweifelsfrei labortechnisch nachweisen, erläutert denn auch Professor Ernst Chantelau, der 20 Jahre lang die Diabetes-Ambulanz der Düsseldorfer Uni-Klinik leitete.

(Welt)

Die Unverträglichkeit von Humaninsulin ist in Deutschland eine eher seltene Krankheit. Aber weil es sich nur um wenige hundert bis tausend Patienten handelt würden die Kassen nicht an der Bezahlung des importierten Schweineinsulins zu Grunde gehen.

Der Eindruck entsteht das hier gespart - und bis aufs Messer ums Sparen gekämpft wird - weil gespart werden darf, aber nicht weil die Ausgaben für das Schweineinsulin in irgendeiner Form überflüssig wären.

Im Gegensatz zu den Kassen haben die Patienten leider keinen langen Atem. Alles was ihnen nach der Sozialgerichtsordnung vom 23.12. gegenüber Patienten Schenk noch bleibt, ist das sozialverträglich frühe Ableben.

Ein unhaltbarer Zustand, wie wir meinen.

Posted by Mela in [Gesundheitspolitik](#), [Krankenkassen](#) at 08:03

Saturday, December 17. 2005

### **Im Zweifel für den Patienten?**

Krankenkassen müssen bei lebensbedrohlichen Krankheiten auch die Kosten für Behandlungsmethoden außerhalb der Schulmedizin übernehmen. Das gilt nach einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts dann, wenn damit eine "nicht ganz entfernt liegende Aussicht" auf Heilung oder Besserung besteht.

Voraussetzung für die Kostenübernahme sei jedoch, dass es keine anerkannten schulmedizinischen Behandlungsmethoden gebe und dass es sich um eine lebensbedrohlich oder tödlich verlaufende Erkrankung handle. -- (via tagesschau.de)

Leider werden von dieser Regelung nur eine abzählbare Zahl Patienten profitieren, die an so exotischen Autoimmun- oder ähnlichen Erkrankungen leiden, dass es für die Medizinindustrie nicht lukrativ genug ist, Therapieformen zu entwickeln. Krebspatienten etwa, denen die sogenannten anerkannten Therapieformen nicht helfen (oder die Lage verschlimmern) bleibt auch weiter nur, selbst zu zahlen oder sich in ihr Schicksal zu fügen. Dennoch ist es ein wesentlicher Schritt für die Patientenrechte.

Posted by Ishtar in Alternativ Heilen, Gesundheitspolitik, Krankenkassen at 08:08

Thursday, December 15. 2005

### **Das Bundesgesundheitsministerium informiert**

Aus der Pressemeldung des BMG: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: „Die gesetzliche Krankenversicherung stünde finanziell erheblich besser da, wenn die Ausgabenzuwächse im Arzneimittelbereich im Rahmen der von der Selbstverwaltung vereinbarten Steigerungsrate geblieben wären. Das Versagen der Selbstverwaltung bei der Steuerung der Arzneimittelausgaben erfordert deshalb weiteres Handeln des Gesetzgebers. Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelbereich wird die Krankenkassen bereits im nächsten Jahr um etwa 1 Mrd. Euro finanziell entlasten.“

Schöner Satz, nicht wahr? Immerhin gibt sie zu, daß die Arzneimittelausgaben zu hoch sind. Und was tut man dagegen? Das hier (identische Quelle):

- Verbot der so genannten Naturalrabatte an Apotheken zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei patentfreien, wirkstoffgleichen Arzneimitteln, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden, erfolgt ein 10-%iger Abschlag auf die Herstellerabgabepreise zugunsten der Krankenkassen. Für alle Arzneimittel gilt für zwei Jahre ein Preisstopp.

- Neujustierung der Festbetragsregelung für Arzneimittel (klare Abgrenzung von echten Innovationen, Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in den Festbetragsgruppen).

- Stärkung der ärztlichen Verantwortung für die Verordnung von Arzneimitteln.

Anders ausgedrückt, die Preise für wirksame und günstige Generika werden gedrückt und sogenannte echte Innovationen (also mit kräftigen Gewinnspannen patentierte Neuentwicklungen) dürfen weiterhin Unsummen kosten. Was allerdings unter "Stärkung der ärztlichen Verantwortung" zu verstehen ist, überlege ich noch.

Müssen Ärzte künftig Abschläge pro verordnetem Medikament bezahlen statt Rezeptgebühr zu erhalten? Oder ihre Nebeneinkünfte durch Pharmavertreter schonungslos offenlegen? Oder werden gar Hausbesuche vom Pharmavertreter verboten? Oder mehr Medikamente rezeptpflichtig? Gemeint sein kann eigentlich nur wieder eine Art Budgetierung auf dem Umweg über Quoten - die ebenso unsinnig ist wie die breitgestreute Verordnung von Antibiotika gegen Erkältungskrankheiten...

Posted by Ishtar in Gesundheitspolitik, Krankenkassen at 07:42

Tuesday, August 30. 2005

### **So schnell schrumpft ein Milliardenüberschuss**

"Krankenkassen verzeichnen Milliardenüberschuß" betitelt die WELT heute einen Artikel über die Einnahmesituation der Krankenkassen. Weiter im Text heisst es dann: Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat auch im ersten Halbjahr 2005 einen Überschuß erwirtschaftet. Nach vorläufigen Angaben der Verbände liegt das Plus bei 994 Mio. Euro. Ein Jahr zuvor hatte das Plus der Kassen noch 2,4 Mrd. Euro betragen. Vielleicht bin ich ja mal wieder pingelig - aber 994 Mio. sind nicht einmal 1 Milliarde, geschweige denn rechtfertigt die Zahl den "Milliardenüberschuß" der nach deutlich mehr klingt. Und es kommt noch besser - weiter die WELT: Zurückzuführen sind die überschüssigen Einnahmen auf Zuwendungen aus der Tabaksteuer. Im Mai hatten die Krankenkassen vom Bund insgesamt 1,25 Mrd. Euro für sogenannte versicherungsfremde Leistungen erhalten. Rechnen wir mal: 994 Mio. Überschuß bei einer ausserordentlichen Zuwendung von 1.250 Millionen... wer kann hier eigentlich nicht rechnen? Für mich klingt das nach einem Verlust.

Die Financial Times schreibt immerhin "Überschüsse der Krankenkassen schmelzen schnell ab". Und auch sonst scheint die Financial Times etwas mehr davon zu verstehen, was tatsächlich los ist. So schiebt sie die Schuld für erhöhte Medikamentenkosten mal nicht wie sonst gern üblich Ärzten und Patienten in die Tasche: Hauptproblem der Kassen sind die höheren Ausgaben für Arzneimittel. Die wiederum gehen zu einem großen Teil darauf zurück, dass ein wichtiges Instrument der Gesundheitsreform Ende 2004 auslief: Ein Zwangsrabatt von 16 Prozent, den die Arzneimittelhersteller den Kassen ein Jahr lang gewähren mussten, sank zum Jahresanfang wieder auf die normale Höhe von sechs Prozent. Und der sogenannte Überschuß schmilzt völlig dahin, wenn man, wie ebenfalls in der FTD zu lesen, die Steigerung der Bundeszuschüsse an die Krankenkassen in die Rechnung einbezieht. Wer sich bei 8 Milliarden Schulden den staatlichen Zuschuß von 1 auf 2,5 Mrd. Euro jährlich erhöhen lässt, kann wohl schwerlich von Überschüssen sprechen. Eher schon davon, dass die steuerfinanzierte medizinische Grundversorgung de facto längst Realität ist...

Posted by Ishtar in Krankenkassen at 12:37

Thursday, August 25. 2005

### **Das Geld ist da...**

Immer wieder bekommen wir zu hören, dass unser Gesundheitssystem zu teuer sei, die Ausgaben zu hoch. Tatsächlich sind seit Jahren die Ausgaben proportional zum BIP recht konstant. Was sich verändert hat, ist zum einen die Einnahmeseite - seit der Stagnation der Reallöhne unter der Regierung Kohl und den galoppierenden Arbeitslosenzahlen unter allen Regierungen der letzten Jahrzehnte kommt unser sogenanntes Solidarsystem, in dem vor allem die Menschen mit niedrigem Einkommen solidarisch sein müssen, an seine Grenzen.

Dennoch ist das Geld vorhanden, das benötigt wird. Es wandert nur in andere Taschen. Das macht auch sehr schön die Diskussion in Hamburg deutlich. Vor einigen Tagen gingen Angestellte von rund 1500 Arztpraxen auf die Straße und demonstrierten gegen weitere Einschnitte und Einsparungen, von denen direkt ihre Arbeitsplätze betroffen sind. Seit dem Jahr 2000 mußten (nicht nur) Hamburger Arztpraxen laut Hamburger Abendblatt mit 30 Prozent weniger Geld auskommen. Viele Ärzte fingen das vor allem aus ihren Privateinkünften ab. Nun stehen weitere Kürzungen von bis zu 15 Prozent ins Haus. In den Arztpraxen machen Personalkosten 70 % der Kosten aus, eine Entlassungswelle wird folgen.

Unter Umständen ist weniger arbeiten und weniger bis gar kein Personal beschäftigen sogar für viele Ärzte eine Lösung aus dem Dilemma, wie das Beispiel des Wiesbadener Arztes Dieter Wettig in brandeins zeigt. Die Folgen für den Arbeitsmarkt sind offensichtlich. Und immer mehr Ärzte geben ihre Kassenzulassungen zurück, um sich lukrativeren Privatpatienten zu widmen. Mit dem Ergebnis dass eine steigende Zahl von Patienten die "nichts einbringen" auf immer weniger Allgemeinmediziner verteilt wird, welche bei begrenztem Budget mehr Patienten durchschleusen müssen und weniger Versorgung bieten... ein Teufelskreis.

Dr. Michael Reusch, Präsident der Ärztekammer Hamburg, hält fest, dass nur von Krankenkasseneinnahmen kaum noch eine Praxis existieren kann. Der Sprecher des Landesverbandes der Betrieblichen Krankenkassen dagegen behauptet, es gebe keine Kürzungen - und bestätigt, was wir schon immer wußten: Es kommt zu Verschiebungen innerhalb der einzelnen Ärztegruppen.q.e.d.

Posted by Ishtar in Krankenkassen at 08:18

Thursday, July 14. 2005

### **Ersatzkassen für die Bürgerversicherung**

Frisch aus dem WELT-Newsticker:Hannover (dpa) - In der Debatte um die Finanzierung des Gesundheitssystems geben Ersatzkassen der von Rot-Grün geplanten Bürgerversicherung den Vorzug. Der Ersatzkassen-Verband VdAK erklärte bei einer Tagung mit Gesundheitsministerin Schmidt in Hannover, die Vorstellungen des VdAK gingen in eine ähnliche Richtung wie die Bürgerversicherung. Die Ministerin kritisierte, die von der Union geplante Gesundheitsprämie könne die Aufteilung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung nicht überwinden.

Posted by Ishtar in Krankenkassen at 14:27

Monday, June 13. 2005

### **Milliardenloch oder nicht?**

Ein wenig verwirrend ist das schon... der Vorstandsvorsitzende der DAK, Herbert Rebscher, erklärt der BILD am Sonntag, den gesetzlichen Krankenkassen drohe ein "Milliardenloch". Basis dieser Behauptung ist eine Berechnung eines Schätzerremiums aus Experten der Kassen, des Bundesversicherungsamts und - mit Gaststatus - des Gesundheitsministeriums. Wenig später dementiert das Bundesgesundheitsministerium entschieden und geht zum persönlichen Angriff über - das sei "Herrn Rebschers Märchenstunde". In der Süddeutschen kann man lesen, Es sei falsch, dass der Schätzerkreis von Mindereinnahmen von 4 Milliarden Euro ausgehe. "Offenkundig werden beitragspflichtige Einnahmen wie Lohn und Gehalt, auf die Beiträge zu zahlen sind, und Beitragseinnahmen verwechselt." Recht wahrscheinlich, dass so ein Expertengremium aus Leuten, die den Job seit Jahren machen, grundlegende Zahlen und Fakten durcheinanderwirft...

Reuters stellt das ein wenig differenzierter dar: Die Ministeriumssprecherin betonte, dass der Schätzerkreis weder Überschüsse noch Defizite der gesetzlichen Krankenversicherungen prognostiziere. Das aus Experten des Bundesversicherungsamtes und der Krankenkassen zusammen gesetzte Gremium hat die Aufgabe, die Zahlungen für den Risikostrukturausgleich zu berechnen, in dem finanzstärkere Kassen die schwächeren unterstützen. Intern berechnen die Schätzer dabei auch Daten zur Beitragsentwicklung und schätzen ab, zu welchem durchschnittlichen Beitragsatz die Kassen kostendeckend arbeiten können. Liegt dieser Satz über dem tatsächlichen Beitragsatz, lassen sich daraus Schlüsse auf die Finanzlage der Kassen ziehen. Interessanterweise stellte die Sprecherin fest, dass die Kassen im letzten Jahr einen Überschuss von 4 Milliarden Euro erzielt hätten. Selbst wenn man in Betracht zieht, dass die Kassen nicht unbeträchtliche Schulden haben - letzte Zahlen sprachen von 2 Milliarden Euro - fragt man sich, warum bei 4 Milliarden Überschuss der Bund, der auch nicht eben volle Taschen hat, den Krankenkassen weitere 2,5 Milliarden zuschiesst - und wo das Geld eigentlich bleibt.

So begründete kürzlich der Ersatzkassenverband seine Beitragssteigerungen mit gestiegenen Kosten für Arzneimittel. Das steht in einem recht seltsamen Widerspruch dazu, dass die Apotheker gerade für 2004 einen starken Umsatzrückgang beklagten. Hat mal jemand die Gewinnmeldungen der europäischen Pharmakonzerne für mich?

Also, ist das Loch nun ein Loch oder nicht? Man darf gespannt sein. Sicherheitshalber verkünden die Kassen auch schon mal, dass ein Regierungswechsel so viel Unsicherheit für das Sozialversicherungswesen bedeute, dass man auf jeden Fall die Beiträge werde erhöhen müssen...

Posted by Ishtar in Krankenkassen at 08:59

Thursday, June 9. 2005

### **Neue Versichertenkarte geht Ende 2005 an den Start**

Die neue Krankenversichertenkarte, euphemistisch auch als 'Gesundheitskarte' bezeichnet, wird ab Herbst in verschiedenen Pilotregionen in Deutschland getestet werden. Dabei ist dies nicht als Test für eine Entscheidung darüber zu verstehen - nach Meinung von Experten kommt die Karte 'auf jeden Fall'. Um jeden Preis, könnte man auch sagen - die bislang geschätzten Kosten für insgesamt 72 Millionen neue Krankenversichertenkarten und -nummern und die Pflege der entsprechenden Informationen belaufen sich auf ca. 1,4 Milliarden Euro. Was der Spaß am Ende tatsächlich kostet, bleibt abzuwarten. Die Kosten, die z.B. auf Arztpraxen für neue Hard- und Software zukommen, werden am Ende auch wir, die Steuer- und Beitragszahler und Patienten tragen.

Geradezu überoptimistisch ist auch der Chef des AOK-Bundesverbandes. Noch ist keineswegs geklärt, wer das Informationsmonopol für die neue Karte hat oder wer die nötigen Server betreuen wird, aber Hans Jürgen Ahrens glaubt daran (muss daran glauben?), dass das "relativ schnell", nämlich bis Ende des Sommers, gelöst werden könne. Hat der Mann noch nie mit einem IT-Großprojekt oder der Bundesregierung zusammengearbeitet? Haben die von Hartz IV wirklich nichts mitbekommen?

Gebetsmühlenartig wird ausserdem wiederholtDer medizinische Teil soll freiwillig sein: So können die Patienten darauf ihre eingenommenen Arzneimittel dokumentieren lassen und Notfallinformationen und Arztbriefe können gespeichert werden. Versicherte sollen zudem weitgehende, eigenständige Zugriffsrechte auf die gespeicherten Daten bekommenWir wissen zwar nicht wer das Informationsmonopol haben wird, aber natürlich ist alles total freiwillig und die Patienten haben die absolute Kontrolle. Sicher: deswegen hat man auch bei der Einführung der letzten Versichertenkarte darauf verzichtet, Patienten ihre Rechnungen vor Einreichung abzeichnen zu lassen und darüber zu informieren was der Arzt ihnen abrechnet, weil man den Patienten das Verstehen der Informationen zutraute und die Ärzte auch die Zeit haben, ihren Kunden das Ganze haarklein zu erklären.

Und nächstes Jahr bauen wir dann das Krankenkassenwesen komplett um und eine neue Gesellschaft verdient eine Milliarde an der Umstellung - wir haben's ja...

Posted by Ishtar in Krankenkassen at 08:08

Tuesday, June 7. 2005

### **Bürgerversicherung vs. private Krankenkasse**

Die SPD plant die Einführung einer Bürgerversicherung, um die Krankenversicherung zukunftsfest zu machen. Dabei sollen alle Erwerbstätigen, also auch Beamte und Selbstständige, in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Die Patienten sollen ihre Kasse künftig frei wählen können, private Kassen müssen die gleichen Leistungen anbieten wie die gesetzlichen. schreibt Reuters gestern.

Ich bin bekanntlich für die Bürgerversicherung, aber hier argwöhne ich doch eher, dass sich die Noch-Bundesregierung ein Fähnchen umhängt, von dem sie weiss, dass sie es ohnehin weder je verabschieden noch überhaupt wird durchboxen müssen. Bezeichnenderweise heisst es weiter: Schmidt bekräftigte, im SPD-Wahlmanifest würden noch keine Details zur Finanzierung der Bürgerversicherung festgelegt.

Interessanterweise fühlen sich vor allem die privaten Krankenkassen bedroht... müsste sich nicht der wuchernde Wildwuchs gesetzlicher Krankenkassen mit seinen Glaspalästen und auf den Geldtöpfen hockenden kleinen Drachen viel mehr Sorgen machen?

"Ulla Schmidt setzt mit ihrer Forderung nach einer Bürgerversicherung und damit nach Abschaffung der PKV auf Ideologie und Polemik statt auf Problemlösung", erklärte PKV-Verbandschef Reinhold Schulte.

Schön, dass Ideologie und Polemik dem Herrn Verbandschef fremd sind - und er Lösungen anbieten kann...

Posted by Ishtar in Krankenkassen at 07:52

Sunday, April 24. 2005

## **Die Sendung mit der Ratte - Krankenkassen**

Was ist eigentlich eine Krankenkasse?

Wißt Ihr nicht? Macht nix. Erklär' ich Euch...

Früher, und früher heisst vor Beginn des letzten Jahrhunderts, da ging es den Leuten, wenn sie krank waren, nicht wirklich gut. Wenn sie zuhause bleiben mussten, bekamen sie kein Geld mehr, und mussten auch noch den Arzt bezahlen.

Das heisst: einen Arzt bezahlten nur die, die ihn sich leisten konnten. Die anderen gingen zum Apotheker, zur Kräuterfrau, oder starben einfach so.

Dann kam der Onkel Bismarck. Der wollte nicht, das die Sozen zuviel Wähler bekamen, und hat deshalb die Sozialversicherungen eingeführt. Nun starben den Sozis die Wähler zwar nicht mehr dauernd weg, aber sie fanden das alles auch gar nicht mehr so schlimm, und sie versuchten nicht mehr, dem König sein Häuschen unterm Hintern anzuzünden...

Seitdem müssen alle von ihren kärglichen paar Kröten, die sie verdienen, etwas abgeben und in einen Topf zahlen, damit die, die grade nicht krank sind und Geld verdienen, denen helfen können, die grade krank sind.

Weil das aber ja nicht geht, dass jeder das aus dem Topf rausnimmt was er grade braucht, hat man die Krankenkassen gegründet.

Die sitzen nun auf dem goldenen Topf wie der Drache im Märchen. Und mit dem Geld das drin ist bauen sie sich zuerst mal ein schönes Schloss. Dann schenken sich die Oberdrachen ein grosses Auto und ein dickes Gehalt. Danach stellen sie viele kleine Unterdrachen an, die alle auf kleinen Goldtöpfen sitzen, und die Aufgabe bekommen, auf gar keinen Fall auch nur irgendwas von dem Gold, das ihnen andere zur Verwaltung anvertraut haben, wieder herauszurücken.

Damit das nicht auffällt, bezahlen sie das, was alle bekommen, bis sie sagen können 'Das sind nur Lappalien und dafür wirts zu teuer, kauft euch das wieder selbst.' oder 'Das ist eure Schuld, ihr habt euch nicht richtig gepflegt, das zahlen wir auch nicht.'

Alles, was irgendwie besonders ist oder gar hilft, das nehmen sich die kleinen Drachen, man nennt sie auch Sachbearbeiter, vor und lassen sich so lange immer neue Beweise und Gutachten über die viel zu hohen Kosten und Unwirksamkeit schicken, bis derjenige, der etwas von seinem Gold zurück will, seine Kosten entweder aus Frustration selbst bezahlt hat, oder der Einfachheit halber schon mal weggestorben ist.

Wenn die kleinen Drachen besonders gut gearbeitet haben, gönnt sich der Oberdrache ein neues Auto - das steht ihm ja schließlich zu.

Neuerdings gibt es ausserdem Leute, die verdienen soviel, dass sie das Geld statt in einen gemeinsamen Topf auch in einen Strumpf stecken könnten, um es dann raus zu holen wenn sie krank sind. Die müssen nicht mehr in den Topf zahlen, weil man die anderen da unten, das Fußvolk, nicht mehr braucht und deswegen mit ihnen auch nicht mehr solidarisch sein muß. Schließlich sind viele von denen ganz wichtige Leute, die sich nicht gerne sagen lassen, das sie sich ihre Krankheit ja in Wirklichkeit nur einbilden - so wie das die kleinen Drachen gern bei den Leuten behaupten, von denen sie das ganze Geld bekommen haben, auf dem sie nun sitzen.

Die mit dem vielen Geld nennen sich dann Privatpatienten, und die kommen auch früher dran, weil der Arzt bei ihnen endlich mal das Geld bekommt, das die Behandlung auch wirklich kostet.

Alle anderen dürfen die Drachen so lange füttern, bis diese jemand von den Goldtöpfen runterwirft. Und bis dahin können sie wieder selbst sehen, wo sie das Geld für den Arzt herbekommen, oder einfach zum Apotheker gehen... oder noch besser schnell sterben.

Posted by Mela in Krankenkassen at 21:21