

ADG - Forum

■ Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V. ■ Starenweg 4 ■ 82223 Eichenau ■ info@adg-ev.de ■ Tel.: (089) 46201363 (AB) ■
■ 11. Jahrgang ■ Ausgabe Nr. 4 ■ September 2008 ■ Herausgeber: Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V. ■

Liebe Freunde der ADG,

am 28. September 2008 ist Landtagswahl in Bayern. Bitte beteiligen Sie sich und machen Sie von Ihrem Wahlrecht sinnvoll Gebrauch. Auch wenn das Thema „Zwei-Klassensystem in der Altersvorsorge“ nicht direkt ein Landesthema ist, von unseren Politikern wissen wir ja, dass in Berlin nichts ohne die Bayern geht. Wir haben deshalb Vertreter der wichtigsten Parteien zu einer Podiumsdiskussion am 09.09. gebeten, die erfreulich gut besucht war. Es ist schon faszinierend, zu erleben, wie schon die drei Nachwuchspolitiker, die sich zum ersten Mal um ein Mandat bewerben, die Abwehrreaktionen beherrschen, die typisch für Politiker sind, die gewohnt sind, Gesetze für sich selbst und Beamte und gegen die Bürger zu machen, zumindest wenn es um Altersvorsorge und Krankenversicherung geht. Einen Bericht darüber finden Sie auf Seite 2.

Zum 1. Januar 2009 wird der umstrittene Gesundheitsfonds für die gesetzliche Krankenversicherung (gKV) eingerichtet, der die Krankenversicherung für uns alle noch teurer und noch weniger transparent macht. Unser Arbeitskreis KV hat die wichtigsten Änderungen zu Ihrer Information zusammengestellt. Weitere Kosten kommen auf uns zu, weil die Politik der Ärzteschaft und den Krankenhäusern zusätzliche Milliarden zugesagt hat, für die selbstverständlich die Beitragszahler aufkommen müssen.

Im letzten ADG-Forum haben wir Ihnen einen Mustertext für einen Widerspruch gegen die zu geringe Rentenanpassung in diesem Jahr angeboten. Da inzwischen die ersten Widerspruchsbescheide eingetroffen sind, bieten wir jetzt auch einen geeigneten Mustertext für eine Klage an. Diesen finden Sie im Internet auf unserer Homepage (www.adg-ev.de).

Am 18.06.2008 hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass die anteilige Kürzung der Altersversorgung aufgrund von Teilzeitarbeit mit dem Gleichheitssatz des Grundgesetzes (Artikel 3) nicht vereinbar ist, und dabei u.a. eine mittelbare Diskriminierung von Frauen vorliegt. Wer also über einen längeren Zeitraum eine Teilzeitbeschäftigung (nicht Altersteilzeit) ausgeübt hat, kann die DRV auffordern, die Rente neu zu berechnen. Einen Mustertext für diesen Brief finden Sie in dieser Ausgabe.

Bitte merken Sie sich folgenden Termin: Am Donnerstag, dem 23. Oktober 2008 findet unsere diesjährige Mitgliederversammlung statt, wieder um 17.00 Uhr im Kulturhaus Ramersdorf/Perlach.

Otto W. Teufel
ottow.teufel@t-online.de

.....	aus dem Inhalt
➤ Editorial	1
➤ Podiumsdiskussion, Bericht	2
➤ Abschlag bei Erwerbsminderungs-Renten	3
➤ Gesundheitsreform – Gesundheitsfonds	3
➤ Musterbrief	8
➤	
➤	
➤	

Impressum

Herausgeber:

Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V.,
Starenweg 4, 82223 Eichenau

Albert Hartl, 1. Vorsitzender

☎ 08141/38612-2

ADGHartl@kabelmail.de

Otto W. Teufel, 2. Vorsitzender

☎ 089-9031411

ottow.teufel@t-online.de

Redaktion:

Helmut Ptacek

☎ 08062-6898

helmut@ptacek-home.de

Otto W. Teufel

☎ 089-9031411

ottow.teufel@t-online.de

Helmut Wiesmeth

☎ 08456-5900

hwlenting@t-online.de

Autoren dieser Ausgabe:

Manfred Schmidlein ☎ 089-6121186

Lutz Schowalter ☎ 08022-65917

Otto W. Teufel ☎ 089-9031411

Helmut Wiesmeth ☎ 08456-5900

Podiumsdiskussion am 09.09.2008

Die Podiumsdiskussion der ADG, am 9. September 2008 in Münchens "schwärzestem" Stimmkreis 107, Ramersdorf, zum Thema "Altersvorsorge – Zwei-Klassensystem?" war gekennzeichnet von der einheitlichen Meinung der Parteivertreter von CSU, SPD, Bündnis90/Die Grünen und Die Linke, dass eine Änderung der Altersvorsorgesysteme dringendst fällig sei. Während das wie und wann einer Systemänderung weitgehend offen blieb, hatte MdB Ernst von den Linken konkrete Vorstellungen. Er forderte neben der Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze eine solidarische Erwerbstätigenversicherung für alle, mit einem Rentensicherungsziel, das 70% des Nettoeinkommensniveaus entspricht und damit ein weiteres Abfordern von Sozialleistungen überflüssig machen wird. Er bemängelte, dass in der gesetzlichen Rentenversicherung das Ziel der Bundesregierung die Beitragsstabilität ist, der Lebensstandard dagegen nur eine Nebengröße sei.

Man war sich auch darüber einig, dass ein Systemwechsel langfristig angelegt sein und einen Vertrauensschutz einschließen muss. Nicht zuletzt deshalb, weil die Beamtenversorgung historisch gewachsen ist, wie Herr Blume von der CSU bemerkte. Der Vorschlag von Herrn Rinderspacher (SPD), Beamte künftig nur noch in Kernbereichen einzusetzen, würde bereits eine kleine Entlastung bei der Beamtenversorgung herbeiführen und gleichzeitig über ein Einnahmeplus auf der Beitragsseite sorgen. Ausdrücklich betonte Herr Teufel von der ADG, dass niemand den Beamten etwas wegnehmen möchte, forderte jedoch dringend Gleichbehandlung ein,

oder zumindest vergleichbare rechtliche Rahmenbedingungen für alle. Rückwirkende Eingriffe in das Leistungsgefüge und die Beliebigkeit bei der Verwendung der Beiträge müssten beendet sowie die Anpassung an die Einkommensentwicklung sichergestellt werden.

Fast einstimmig wurde festgestellt, dass versicherungsfremde Leistungen nicht in ein Versicherungssystem gehören und dass mehr Transparenz für die Bürger nötig sei. MdB Ernst gab jedoch zu bedenken, dass es Leistungen gäbe, die durchaus von einem solidarischen System übernommen werden sollten. Wesentlich für die Transparenz der Mittelverwendung für versicherungsfremde Leistungen wäre nach Meinung von Herrn Teufel von der ADG, sie jährlich konkret auszuweisen.

Unter dem Gesichtspunkt der demografischen Entwicklung wurde der in den Fünfziger Jahren unter Konrad Adenauer erfolgte Umstieg vom kapitalgedeckten zum umlagefinanzierten Rentensystem als falsch beurteilt. Tendenzen zu einem rein kapitalgedeckten System gab MdB Ernst eine Abfuhr, da es keineswegs sicherer sei und nur den Versicherungskonzernen Profite beschere würde. Herr Schumacher von B90/Die Grünen stellte fest, dass ein System, das krisensicher sein soll, auf verschiedenen Säulen stehen muss. In diesem Zusammenhang wurde immer wieder das Schweizer Modell als mögliche Alternative genannt. Sein Vorschlag, unabhängige und kompetente Sachverständige, die keiner Partei oder Institution angehören, mit der Lösung der Systemprobleme zu beauf-

tragen, fand die entschiedene Ablehnung der Vertreter von CSU und SPD. Die Lösung der Probleme sei keine Frage von Experten sondern die des Interesses, meinte dagegen MdB Herr Ernst lapidar.

Die Moderation der Veranstaltung lag in den Händen von Herrn Weise, der seine manchmal nicht einfache Aufgabe souverän meisterte. Der teilweise große Unmut der Zuhörer über einige Äußerungen der Politiker ließ die Unzufriedenheit und Verärgerung über das bestehende Zweiklassensystem deutlich werden.

Besonders die von Herrn Mössner, einem Stuttgarter Besucher, an die anwesenden Politiker gestellte Frage, ob sie eigentlich wüssten, über welche Rentenhöhen sie redeten und der anschließend von ihm vortragene Vergleich der Durchschnittsrenten mit den Durchschnittspensionen führte zu erheblicher Unruhe unter dem Publikum.

Weitere Wortmeldungen gingen von der Kritik über den 13-fachen Zuwachs der Beamtenversorgung im Jahre 2007 (bezogen auf die Durchschnittseinkommen der Rentner und Pensionäre) bis zu einem Appell an die Rentner/ (innen), bei den Wahlen wirklich nur die Partei zu wählen, die auch ihre Interessen vertritt. Das Fazit einiger Besucher nach dem Ende der Veranstaltung: „Es wäre schön, wenn sich die Nachwuchspolitiker, sollten sie gewählt werden, später noch an ihre Versprechen, Verbesserungen des Rentensystems anregen zu wollen, erinnern würden“.

Die Schlussstatements seitens der CSU und SPD hatten leider eine ideologische Note, was nicht nur beim Vertreter von

B90/Die Grünen nicht gut ankam. Mit dem von MdB Ernst vorgetragenen Dialog des Satirikers Qualtinger mit seinem Pendant Travnicek zur These, warum man zur Wahl gehen soll, wurde die sehr gut besuchte Podiumsdiskussion im

Kulturhaus Ramersdorf/Perlach beendet:
Qualtinger: "...weil dann der Politiker erfährt, was der Bürger von ihm hält."
Travnicek: "...und das stört ihn nicht?"

Die ADG meint: Geben Sie bei den kommenden Wahlen auf jeden Fall ihr Votum ab! "Nicht wählen" schadet der Demokratie!

Helmuth Wiesmeth
hwlenting@t-online.de

Abschlag bei Erwerbsminderungsrenten

Am 16. Mai 2006 hatte der 4. Senat des BSG u.a. entschieden, dass der Abschlag bei Erwerbsminderungsrenten, die vor dem vollendeten 60. Lebensjahr in Anspruch genommen wurden, rechtswidrig und damit verfassungswidrig ist. Wir haben darüber im ADG-Forum berichtet.

Diese Entscheidung hat jetzt der 5. Senat in Übereinstimmung mit dem 13. Senat kassiert. Da man vorher dem 4. Senat die Zuständigkeit für Fragen der Rentenversicherung entzogen hatte, wurde der jetzt nicht mehr gefragt. Damit gilt die geänderte Rechtsprechung für diese Fälle, das heißt

der Abschlag von 10,8 Prozent wird auch weiterhin in Anwendung gebracht. Ob die betroffenen Parteien eine Verfassungsbeschwerde gegen diese Entscheidung eingereicht haben, ist noch nicht bekannt.

Otto W. Teufel
ottow.teufel@t-online.de

Gesundheitsreform 2007 - Gesundheitsfonds ab 01.01.2009

Durch die Gesundheitsreform 2007 ändern sich die Strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und privaten Krankenversicherung (PKV) teils erheblich. Hier ein Auszug, die wichtigsten Änderungen und wann sie in Kraft treten.

1 Versicherungspflicht

Die Gesundheitsreform sieht eine "allgemeine Pflicht zur Krankenversicherung" ab 01.04.2007 (GKV) und ab 01.01.2009 (PKV) vor. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, soll im Zuge der Neuregelung einen erneuten Zugang zu seiner letzten Versicherung erhalten. Dies gilt gleichermaßen für die GKV als auch für die PKV.

Der Wechsel in die PKV wird künftig schwieriger. Freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer können in die PKV wechseln, wenn sie wegen Überschreitens der Jahresbeitragsentgeltgrenze (JAEG – Versicherungspflichtgrenze) aus der Versicherungspflicht ausscheiden. Seit 02.02.2007 (Stich-

tag der dritten Lesung des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform im Bundestag) muss die JAEG dazu in drei aufeinander folgenden Jahren überschritten werden.

2 Gesundheitsfonds, Beiträge

Der Ansatz des Gesundheitsfonds ist, die Kosten des Gesundheitssystems nicht nur über die gesetzlich krankenversicherten Beitragszahler zu schultern, sondern alle Bürger über einem Bundeszuschuss zu beteiligen, welcher über Steuermittel finanziert wird.

Der Gesundheitsfonds soll am 01.01.2009 seine Arbeit aufnehmen. Durchführende Stelle wird das Bundesversicherungsamt (BVA) sein. Seine Funktionsweise entspricht einer riesigen Inkassostelle für die GKV.

Bemerkung:

Gewünscht hat sich den Gesundheitsfonds in seiner beschlossenen Ausgestaltung keiner. Er geht zurück auf einen Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium der Finanzen und sah

zunächst auch den Einbezug der PKV vor. Nach monatelangem Streit wurde er am 03.07.2006 von der großen Koalition als Kompromiss zwischen den Modellen einer "Gesundheitsprämie" (Union) und einer "Bürgerversicherung" (SPD) beschlossen. Die PKV blieb dabei auf Wunsch der Union außen vor. Am 02.02.2007 stimmte der Bundestag dem Gesetz zu, am 16.02.2007 dann der Bundesrat. In Kraft trat das GKV-WSG am 01.04.2007. Mittlerweile haben sowohl Union als auch SPD angekündigt, den Fonds in der nächsten Legislaturperiode ab 2009 im Sinne ihres jeweils ursprünglichen Modells anpassen zu wollen.

2.1 Einnahmequelle 1: Beiträge

Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen ihre Beiträge anhand eines per Rechtsverordnung bestimmten Beitragsatzes in den Fonds ein. Der festzulegende Beitragsanteil der Arbeitnehmer wird dabei den bisherigen Zusatzbeitrag von 0,9 Prozentpunkten beinhalten. Anders als

bisher wird die Beitragshöhe damit nicht mehr individuell von den selbstverwalteten Krankenkassen, sondern einheitlich für alle Kassen vom Gesetzgeber über das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bestimmt.

Die Beiträge werden weiterhin einkommensabhängig - also nach der Höhe des beitragspflichtigen Entgelts bzw. Einkommens - erhoben.

Durch den bundeseinheitlichen "gesetzlichen Beitragssatz" (lt. Kassen etwa 15,4 Prozent in 2009) wird es zwischen den Krankenkassen nicht mehr zu Beitragsunterschieden kommen. Außerhalb des regulären Beitrags für den Gesundheitsfonds können Kassen jedoch direkt von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge verlangen oder Prämienzahlungen an diese gewähren.

Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) wird es auch innerhalb des Gesundheitsfonds mit gesetzlichem Beitragssatz geben. Einkommen oberhalb dieser BBG bleiben damit frei von jeder Beitragslast zur GKV.

Zusatzbeitrag

Kommt eine Krankenkasse mit den aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mitteln nicht aus, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag. Dieser Zusatzbeitrag ist vom Mitglied alleine zu zahlen und darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen (Ein-Prozent-Regelung). Ausnahme: Bei Zusatzbeiträgen bis zur Höhe von acht Euro entfällt die Einkommensprüfung und damit die Belastungsgrenze. Wird ein Zusatzbeitrag erforderlich, löst dieser ein Sonderkündigungsrecht aus. Die Krankenkasse muss ihre Mitglieder auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels hinweisen. Nimmt der

Versicherte sein Kündigungsrecht wahr, muss im Kündigungszeitraum (2-3 Monate) der Zusatzbeitrag nicht bezahlt werden

Kassenprämie

Erwirtschaftet eine Krankenkasse mit den aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mitteln einen Überschuss, kann sie ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder Beitragsrückerstattungen gewähren. Eine solche Prämienzahlung ist also das Gegenteil vom Zusatzbeitrag. Beides zusammen wird demnach nicht gleichzeitig bei einer Kasse zur Anwendung kommen.

Die Kassenprämie hat nichts mit den bisherigen Tarifen zur Beitragsrückerstattung zu tun. Sie kann nur an alle Mitglieder gleichermaßen gezahlt und nicht auf einzelne Personenkreise oder Tarifgruppen reduziert werden

2.2 Einnahmequelle 2: Bundeszuschuss

Zur schrittweisen Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, wie der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern, zahlt der Bund einen Steuerzuschuss in den Fonds ein. Dieser wird 4,0 Milliarden Euro in 2009 betragen und um jährlich 1,5 Milliarden Euro ansteigen, bis 2016 das geplante Gesamtvolumen von 14 Milliarden Euro erreicht ist.

Bemerkung:

Die Höhe des Steuerzuschusses ist unzureichend. Der Fonds soll dazu die Einnahmen der Kassen aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen bündeln und zudem einen Bundeszuschuss aus Steuergeldern (also von allen Bürgern) erhalten. Die SPD forderte ursprünglich, dafür 40 Milliarden Euro aus dem Bundeshaushalt in die GKV umzuleiten. Auch die Gesundheitsprämie der Union

hätte für den Sozialausgleich und Kinderkosten einen Steuertransfer von mehr als 30 Milliarden Euro notwendig gemacht. Beschlossen wurde letztlich ein Steuerzuschuss von 4,0 Milliarden Euro für 2009 (2008: 2,5 Milliarden Euro). In den Folgejahren soll dieser dann um jeweils 1,5 Milliarden Euro anwachsen, bis 14 Milliarden Euro im Jahr 2016 erreicht sind (die Höhe orientiert sich an den Kosten für die beitragsfreie Mitversicherung für Kinder). Kritiker bemängeln, dass der vorgesehene Steuerzuschuss damit viel zu niedrig angesetzt sei, um seine Funktion zu erfüllen. Die Umstellung des bisherigen Beitrags-Einzugssystems über die Einzelkassen auf einem gemeinsamen Gesundheitsfonds wäre damit ad absurdum geführt. Hinzu kommt, dass die Gegenfinanzierung des Steuerzuschusses noch völlig offen ist und in den Entscheidungsraum der nächsten Legislaturperiode mit einer ggf. neuen Bundesregierung fällt.

2.3 Auszahlung an Kassen

Anstelle der bisherigen Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern erhalten die Krankenkassen dann einen pauschalen Grundbetrag für jeden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds. Dieser Grundbetrag wird im Rahmen eines neuen Risikostrukturausgleichs (RSA) nach Alter, Geschlecht und Krankheitsfaktoren durch Zu- und Abschläge modifiziert. Kassen mit versicherungsmathematisch "schlechten Risiken" erhalten dadurch höhere Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds als Kassen mit "guten Risiken"

Morbiditätsorientierter RSA ab 2009

Zusammen mit der Einführung des Gesundheitsfonds wird der RSA ab dem 01.01.2009 neu

ausgestaltet und in den Fonds integriert. Zu der Grundpauschale aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Kassen ab 2009 "risikoadjustierte" Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs ihrer Versicherten. Die Krankheits- bzw. Morbiditätsfaktoren des neuen RSA sollen sich an 50 bis 80 Krankheiten orientieren, bei denen die Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent höher liegen als im GKV-Durchschnitt.

3. Leistungen, Wahltarife

3.1 Leistungen - Änderungen seit April 2007

Die Leistungen der GKV bleiben im "Großen und Ganzen" erhalten. Einzelne Ergänzungen und Streichungen können im Einzelfall jedoch von großer Bedeutung sein.

Ergänzt werden:

- Verbesserte Palliativ-Versorgung
Sterbende und schwerstkranke Menschen sollen in Würde sterben können und möglichst wenig Schmerzen erleiden müssen. Versicherte in der GKV haben künftig Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. So genannte "Palliative Care Teams" aus ärztlichem und pflegerischem Personal werden in den Fällen, in denen eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, diesen Menschen ein würdevolles Sterben mit möglichst wenig Schmerzen ermöglichen. Mit dem Ausbau der ambulanten Palliativversorgung kommt die Gesundheitsreform dem Wunsch vieler schwer kranker Menschen entgegen, in der häuslichen Umgebung zu bleiben.
- Häusliche Krankenpflege wird künftig auch in neuen Wohn-

gemeinschaften oder Wohnformen und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen erbracht. Der Haushaltsbegriff wird dazu entsprechend erweitert.

- Kinderhospize
Die Rahmenbedingungen für Kinderhospize werden verbessert. Müssen die Einrichtungen bislang einen Kostenanteil von zehn Prozent selbst tragen (durch Spenden und ehrenamtliches Engagement), wird sich dieser Anteil künftig auf fünf Prozent verringern.
- Von der Ständigen Impfkommission (Stiko) des Robert Koch Instituts (RKI) empfohlene Impfungen werden Pflichtleistungen der GKV und werden damit von diesen bezahlt.
- Geriatrische Rehabilitation
Die Rehabilitation für ältere Menschen wird verbessert. So können sie weiter nach ihren eigenen Vorstellungen den Alltag gestalten. Die Versorgung kann wohnortnah oder durch mobile Reha-Teams durchgeführt werden. Damit kann die Einweisung in Pflegeheime in vielen Fällen vermieden werden.
- Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden zu Pflichtleistungen der GKV und "müssen" bezahlt werden.

Gestrichen werden:

- Einschränkungen für teure Arzneimittel
Vor der Anwendung ganz spezieller neuer Arzneimittel muss künftig vom behandelnden Arzt eine Zweitmeinung eingeholt werden. Dies können sehr stark wirksame Krebsmedikamente sein oder zielgenau wirksame, biotechnologisch hergestellte Medikamente, wie sie bei Rheumapatienten eingesetzt werden. Mit dem Zweitmeinungsverfahren sollen die Qualität und die Sicherheit der Anwen-

dung dieser - meist sehr teuren - Arzneimittel verbessert werden. Welche Mittel unter diese Regelung fallen werden, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA).

- Bei "selbstverschuldeter" Behandlungsbedürftigkeit in besonderen Fällen wie z. B. bei Komplikationen durch Schönheitsoperationen, Piercing, Tätowierungen etc. muss in stärkerem Umfang von Regressmöglichkeiten zur Leistungsbeschränkung Gebrauch gemacht werden. Geleistete Zahlungen der Krankenkassen werden dementsprechend vom Versicherten zurückgefordert. Die bisherige Vorschrift, nach der Krankenkassen keine Kosten bei Selbstverschulden übernehmen müssen, wird dazu präzisiert

3.2 Praxisgebühr

Die Praxisgebühr bleibt bestehen. Pro Quartal ist auch künftig eine Praxisgebühr von 10 Euro an den Arzt/Zahnarzt zu zahlen, das sind also bis zu 80 Euro an Praxisgebühr pro Jahr. Ausnahme: Wer mit Überweisung zum Arzt geht, zahlt keine Praxisgebühr, sofern beide Arztbesuche im selben Quartal liegen. Die Anzahl der Arztbesuche mit Überweisung ist dabei egal. Die Praxisgebühr fällt ferner nicht an für jährlich zwei Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine sowie Maßnahmen der Schwangerenvorsorge und Schutzimpfungen

3.3 Zuzahlungen, Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze bei Zuzahlungen beträgt nunmehr für alle Versicherten zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, mussten bislang nur ein

Prozent zuzahlen. In Zukunft müssen sie die Teilnahme an bestehenden Früherkennungsmaßnahmen nachweisen, damit für sie weiterhin die geringere Zuzahlungsgrenze gilt. Die Neuregelung sieht folgendes vor:

- Wer nach dem 01.04.1972 geboren ist und regelmäßig am allgemeinen Gesundheitscheck teilgenommen hat, kann die verminderte Belastungsgrenze in Anspruch nehmen, wenn er oder sie später an einem chronischen Leiden erkrankt.
- Wer nach dem 01.04.1987 geboren ist (Männer nach dem 01.04.1962) und an einem Krebsleiden erkrankt, für das Vorsorgeuntersuchungen angeboten werden, kann die verminderte Belastungsgrenze in Anspruch nehmen, wenn sie oder er diese Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen hat.

Für Menschen, die älter sind und im späteren Lebensverlauf chronisch krank werden, gilt die abgesenkte Zuzahlungsgrenze von einem Prozent. Von ihrem Arzt oder Ärztin erhalten die Versicherten wie bisher eine Bescheinigung über das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Diese darf der Arzt oder die Ärztin nur ausstellen, wenn die Versicherten sich therapiegerecht verhalten. Das kann zum Beispiel die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch Kranke (Disease Management Programm, DMP) sein. In den Fällen, in denen ein solches Programm nicht besteht, wird die geeignete Therapie vom Arzt bestimmt.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen aller mit dem Versicherten im gemeinsamen Haus-

halt lebenden Angehörigen zusammengerechnet

3.4 Wahltarife in der GKV

Seit 01.04.2007 bietet die Gesundheitsreform den GKV die Option und Verpflichtung, Wahltarife für ihre Versicherten anzubieten. Unterschieden werden Wahltarife, zu deren Angebot die Kassen seit April 2007 gesetzlich verpflichtet sind und solchen, die die Kassen freiwillig anbieten dürfen.

Wahltarife, die die Kassen anbieten "müssen"

Alle Krankenkassen müssen Wahltarife zu "besonderen Versorgungsformen" anbieten. Eine Mindestbindungsfrist an die Tarife ist gesetzlich nicht vorgesehen, kann allerdings von der Kasse per Satzung vorgegeben werden. Üblich ist eine Bindungsfrist von einem Jahr. Verpflichtend für die Kassen sind insbesondere folgende Tarife:

Hausarzttarif

Hier verpflichtet sich der Patient, bei allen Erkrankungen zuerst seinen Hausarzt zu konsultieren. Falls notwendig überweist dieser ihn dann an Fachärzte oder ins Krankenhaus. Etliche Kassen erlassen den Versicherten im Gegenzug z. B. die Praxisgebühr.

Disease-Management-Programme (DMP)

Chronisch Kranke nehmen an einem bestimmten Behandlungs- und Vorsorgeprogramm teil, das wissenschaftlich erarbeitet wurde. Im Gegenzug gibt es eine Prämie.

Tarife für Integrierte Versorgung

Hierbei arbeiten Hausärzte eng mit Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen zusammen und teilen sich ein gemeinsames Budget. Vorteil: Doppeluntersuchungen sollen vermieden

und die Behandlungsmethoden optimal aufeinander abgestimmt werden. Die Kassen schließen dazu spezielle Verträge etwa mit Kliniken und Ärzten. Für die Inanspruchnahme bieten die meisten Kassen den Versicherten eine Prämie an.

Wahltarife, die die Kassen anbieten "dürfen"

Ebenfalls seit 01.04.2007 dürfen die Kassen Wahltarife für ihre Versicherten anbieten, die einen Selbstbehalt, die Kostenersatzung oder eine Beitragsrückzahlung vorsehen. Hierzu besteht allerdings keine gesetzliche Verpflichtung. Die Kassen können also darauf verzichten oder auch nur bestimmte Tarifoptionen anbieten. Eine nahezu unkalkulierbare Gefahr bei der Wahl dieser Tarife ist die gesetzlich vorgeschriebene "Mindestbindungsfrist" von drei Jahren.

Tarife mit Selbstbehalt

Dem Versicherten wird eine jährliche Prämie gutgeschrieben. Von dieser werden Kosten etwa für Medikamente und Klinikaufenthalte - nach verschiedenen Systemen abgezogen. Einmal jährlich erfolgt der Kassensturz: Überschüsse werden erneut gutgeschrieben. Hat der Versicherte aber mehr Leistungen in Anspruch genommen, als sein Guthaben zulässt, muss er die Kosten bis zu einer vorher festgelegten Höchstgrenze (Selbstbehaltgrenze) selbst tragen.

Tarife mit Kostenerstattung

Der Versicherte zahlt beim Arzt selbst und rechnet danach mit seiner Krankenkasse ab. Dafür werden höhere Summen erstattet. Allerdings können die Restkosten trotzdem erheblich sein und das "Feeling des Privatpatienten" unkalkulierbar teuer machen. Tipp: Fragen Sie Ihre Kasse nach einem Berechnungsbeispiel für das Vorjahr.

Tarife mit Beitragsrückerstattung

Wenn das Mitglied und seine volljährigen Mitversicherten ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch nehmen, gewährt die Kasse eine Prämie in Höhe von bis zu einem Zwölftel des gesamten Jahresbeitrags (inkl. des Arbeitgeberanteils, entspricht also meist dem doppelten Monatsbeitrag des Mitglieds). Nicht als Leistung gelten dabei etwa Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

4 Medizinische Versorgung, Leistungserbringer

Innerhalb der Organisationen der Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärzten und Pharmaindustrie usw. gibt es diverse Erneuerungen, dessen Erläuterung hier zu weit führen. Die wichtigsten Themen in Stichpunkten:

- Ärztliche Behandlung – neues Vertragsarztrecht
- Ambulante Behandlung - Einzelverträge mit Kassen
- Arzneimittel - neue "Kosten-Nutzen-Bewertung"
- Arzneimittel - teure Mittel nur gegen Zweitmeinung
- Arzneimittel – Einzeltabletten in der Apotheke
- Arzneimittel - Weitergabe in Hospizen und Heimen
- Krankenhaus - verbesserter ambulanter Zugang
- Krankenhaus – Sonderbeitrag zur Sanierung
- Heil- und Hilfsmittel - nur noch vom "Vertragspartner"
- Krankenversicherungskarte - mehr Kontrollen durch Kassen
- Patientenquittung – wichtig bei Wahlтарifen
- Apotheken – Zwangshaftung für Einsparvolumen
- Kassenärztliche Vereinigungen - Anpassung der Aufgaben

- Pharmaindustrie - weniger Marketinginstrumente
- Vorsorge- und Rehaeinrichtungen – Qualitätssicherung

5 Private Krankenversicherung

5.1 Basistarif - der neue Tarif mit Aufnahmезwang

Die PKV wird ab 01.01.2009 dazu verpflichtet, einen "Basistarif" anzubieten, dessen Leistungsbedingungen und –umfang mit denen der GKV vergleichbar sind. Sonst in der PKV mögliche Wartezeiten und Risikozuschläge sind für den Basistarif ausgeschlossen. Er kann von allen gewählt werden, die in der PKV versichert sind oder dort versichert sein können (z.B. freiwillige Mitglieder der GKV). Dies gilt auch für Personen, die aktuell nicht versichert sind oder aus dem Ausland zurückkehren. Voraussetzung hierbei ist, dass sie dem System der PKV grundsätzlich zuzuordnen sind (z. B. als Selbstständige/r). Die Aufnahme in den Basistarif kann durch den privaten Versicherer nicht abgelehnt werden (Kontrahierungszwang). Die Prämien für den Basistarif dürfen sich nur aufgrund des Alters und des Geschlechts unterscheiden.

Ab dem 01.01.2009 können alle freiwillig in der GKV Versicherten innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherungspflicht in den Basistarif wechseln.

6 Krankenkassen, Kassenverbände

Für die Krankenkassen und Kassenverbände, gibt es diverse Erneuerungen, deren Erläuterung hier zu weit führen. Die wichtigsten Themen in Stichpunkten:

- Kontrahierungszwang - auch für "Nichtversicherte"

- Entschuldung der Krankenkassen bis 2008
- Fusionen der Kassen – Wahlrecht beim Verband
- Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen
- Spitzenverbände - Ablösung der Bundesverbände
- Spitzenverband Bund - der neue Dachverband
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Bemerkung:

Auch mit der Gesundheitsreform 2007 hat sich am Zweiklassen-System in der Krankenversicherung nichts geändert. Die Bevölkerung bleibt willkürlich aufgeteilt in:

Normalverdiener, Geringverdiener, Sozialhilfeempfänger und Familienangehörige (ca. 72 Mill.) sind in der GKV versichert. Hier sind Grundrechte auf Leistungen außer Kraft gesetzt und werden durch politische Gestaltungsfreiheit ersetzt. Die Versicherten zahlen hohe Beiträge in ein Solidarsystem von dem alle Kinder und Jugendliche und beitragsfrei Versicherte profitieren. Im Krankheitsfall erhalten die Patienten (Kassenpatient) nur die notwendigste Versorgung.

Gutverdiener, Besserverdiener, Selbständige und Beamte (ca. 9 Mill.) sind in der PKV versichert. Die Leistungen für Beamte sind durch Grundrechte bzw. GG, Art. 33, Abs. 5 abgesichert. Die Versicherten zahlen keine Beiträge in ein Solidarsystem für Kinder und Jugendliche und beitragsfrei Versicherte. Die Beamten zahlen geringere Beiträge da im Krankheitsfall die Leistungen durch eine steuerfinanzierte Beihilfe von 50-70 % gedeckt werden. Im Krankheitsfall erhalten sie als Privatpatienten eine angemessene Versorgung.

Solidarprinzip in der Krankenversicherung

Der Gesetzgeber schreibt den gesetzlichen Krankenversicherungen die Einführung von Wahlтарifen für besondere Versorgungsformen vor. Dies widerspricht dem Solidargedanken einer sozialen Krankenversicherung. Es werden Wahlтарife angeboten die einen Selbstbehalt sowie eine variable Kostenerstattung vorsehen. Von diesen Tarifen profitieren nur die Gesunden und

Einkommensstarken. Der allgemeinen Krankenversicherung gehen damit wesentliche Beitragseinnahmen verloren.

Die Privaten Krankenversicherungen müssen ab 01.01.2009 einen Basistarif anbieten. Der Basistarif entspricht in seinem Leistungsumfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag zu diesem Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Dieser vorgeschriebene

Basistarif wird die Abwanderung von gut Verdienenden gesetzlich Versicherten zur PKV fördern. In allen Einrichtungen des Gesundheitssystems in Deutschland gilt weiterhin das Zwei-Klassen-System, dort werden die Mitglieder der PKV bevorzugt und besser behandelt.

Manfred Schmidlein
schmidlein-taufkirchen@t-online.de

Lutz Schowalter
lutz.schowalter@wenczowski.de

Musterbrief

Name, Adresse

Datum

An die
DRV
Anschrift

Versicherungsnummer:
Rentenberechnung

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 18.06.2008 hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass die anteilige Kürzung der Altersversorgung aufgrund von Teilzeitarbeit mit dem Gleichheitssatz des Grundgesetzes (Artikel 3) nicht vereinbar ist, und dabei u.a. eine mittelbare Diskriminierung von Frauen vorliegt (2 BvL 6/07).

Davon bin ich ebenfalls betroffen, da ich von Monat.Jahr bis Monat.Jahr in Teilzeitarbeit beschäftigt war und zwar mit 50 % der tariflichen Regelarbeitszeit.

Ich bitte Sie deshalb, meine Rente ab Rentenbeginn mit entsprechender Höherbewertung meiner Jahre mit Teilzeitarbeit neu zu berechnen. Ich beziehe mich dabei ebenfalls auf den Gleichheitssatz des Grundgesetzes (Artikel 3).

Mit freundlichen Grüßen

Solange das BVerfG für Recht erklärt, dass für Arbeitnehmer und Rentner nicht die gleichen Rechte gelten wie für Politiker und privat- oder kammerversicherte Selbständige, sowie Beamte und Richter, und das mit Unterschieden begründet, die auf willkürliche Festlegungen des Ständestaats des 19. Jahrhunderts zurückgehen, sind wir noch weit davon entfernt ein demokratischer Rechtsstaat zu sein. Solange gibt es für Demokraten noch viel zu tun.