

ADG - Forum

■ Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V. ■ Grafinger Platz 5 ■ 85560 Ebersberg ■ Fax: (08092) 865367 ■ Tel.: (089) 46201363 (AB) ■
■ 5. Jahrgang ■ Ausgabe Nr. 1 ■ März 2002 ■ Herausgeber: Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V. - 85560 Ebersberg ■

Disease-Management-Programme für chronisch Kranke

Den Krankenkassen werden im Risikostrukturausgleich (RSA) für Versicherte, die in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschrieben sind, erhöhte standardisierte Leistungsausgaben berücksichtigt. Hiermit schafft der Gesetzgeber einen wirtschaftlichen Anreiz für die Kassen, chronisch Kranke in aufeinander abgestimmten Behandlungsprozessen effektiver und effizienter behandeln zu lassen. Vorrangiges Ziel ist es, die Versorgung chronisch Kranker nachhaltig zu verbessern und dem Wettbewerb der Kassen um gesunde Versicherte entgegen zu wirken.

Dem Bundesversicherungsamt (BVA) wird die Aufgabe übertragen, entsprechende Behandlungsprogramme der Krankenkassen auf ihren Antrag zuzulassen. Dazu muss ein völlig neues Verwaltungsverfahren installiert werden, wobei insbesondere zu untersuchen sein wird, ob die Kassen die in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) definierten Anforderungen an die Behandlungsprogramme auch durch den Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern erfüllen. Die Zulassungen werden zeitlich befristet erteilt und die Wirkungen der Programme regelmäßig evaluiert. Das Verfahren wird gebührenpflichtig ausgestaltet.

Quelle: Der gelbe Dienst Nr. 23

LUTZ SCHOWALTER (Lutz.Schowalter1@epost.de)

Liebes ADG-Mitglied,

der Vorstand hat mit der letzten Ausgabe des ADG-Forums einen Fragebogen verteilt. Mit seiner Hilfe sollten Sie über künftige Arbeitsschwerpunkte des Vereins mitentscheiden. Leider sind bislang nur zwanzig Fragebogen ausgefüllt an die Vereinsadresse zurückgeschickt worden. Das ist bei 230 verschickten Exemplaren eine enttäuschende Rücklaufquote. Daher die Bitte der Aktivgruppen und des Vorstands: Machen Sie von Ihrer Möglichkeit zur Gestaltung der Vereinsarbeit Gebrauch. Schicken Sie uns Ihren ausgefüllten Fragebogen.

Mit ganz herzlichem Dank

DR. HORST MORGENBROD
hmorgenbrod@t-online.de

.....	aus dem Inhalt
➤ Disease-Management-Programme für chronisch Kranke	1
➤ Bitte Fragebogen zurückschicken	1
➤ Euro-Werte ab 1. Jan. 2002 (Krankenversicherung)	2
➤ Euro-Werte ab 1. Jan. 2002 (Pflegeversicherung)	2
➤ Beitragssätze der Krankenkassen	3
➤ Fallpauschalen im Krankenhaus	3/4
➤ Versandhandel für Arzneimittel aus Internetapotheken	4
➤ Risikopool	5
➤ Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	5
➤ Vollmachten / Verfügungen	6
➤ Krankenversicherung der Rentner - Neuregelung ab 1.4.2002	7
➤ Anmerkungen zur Riester-Rente	7/8
➤ Renten sollen um 2,2 Prozent steigen	8

Impressum

Herausgeber:

Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V.,
Grafinger Platz 5, 85560 Ebersberg
Albert Hartl, 1. Vorsitzender
☎ 08141/38612-2 ADGHartl@aol.com
Otto W. Teufel, 2. Vorsitzender
☎ 089-9031411 OttoW.Teufel@t-online.de

Redaktion:

Dietmar Geipel
☎ 089-9034914 dietmarg@t-online.de
Hans Grieger
☎ 08131-87418 hans.grieger@t-online.de
Dr. Horst Morgenbrod
☎ 08092/865342
hmorgenbrod@t-online.de
Lutz Schowalter
☎ 089-6091951 Lutz.Schowalter1@epost.de
Otto W. Teufel
☎ 089-9031411 OttoW.Teufel@t-online.de

Autoren dieser Ausgabe:

Dietmar Geipel ☎ 089-9034914
Dr. Horst Morgenbrod ☎ 08092/865342
Lutz Schowalter ☎ 089-6091951
Otto W. Teufel ☎ 089-9031411

Wichtige Euro-Werte ab 1. Januar 2002 im Gesundheitswesen (Krankenversicherung)

Zuzahlungen:	bisher in DM:	ab 01.01.2002 in Euro
Arzneimittel / Packungsgröße N1	8,00	4,00 je Packung
Arzneimittel / Packungsgröße N2	9,00	4,50 je Packung
Arzneimittel / Packungsgröße N3	10,00	5,00 je Packung
Verbandmittel	8,00	4,00 je Verordnung
Stationäre Vorsorge- und Rehaleistungen	17,00	9,00 pro Tag
Krankenhausbehandlung (Zuzahlung max. 14 Tage)	17,00	9,00 pro Tag
Anschlussrehabilitation (Zuzahlung max. 14 Tage)	17,00	9,00 pro Tag
Medizinische Vorsorge und Reha für Mütter	17,00	9,00 pro Tag
Fahrkosten	25,00	13,00 je Fahrt
Einkommengrenze für Zuzahlungsbefreiung:		
Alleinstehende	1.792,00	938,00 monatlich
Mitglied mit 1 Angehörigen	2.464,00	1.289,75 monatlich
Mitglied mit 2 Angehörigen	2.912,00	1.524,25 monatlich
Mitglied mit 3 Angehörigen	3.360,00	1.758,75 monatlich
Familienabschlag für teilweise Zuzahlungsbefreiung:		
mit einem Angehörigen	8.064,00	4.221,00 jährlich
mit zwei Angehörigen	13.440,00	7.035,00 jährlich
mit drei Angehörigen	18.816,00	9.849,00 jährlich
Zuschuss für medizinische Vorsorgeleistungen	15,00	8,00 max. pro Tag
Zuschuss medizinische Vorsorgeleistungen chronisch kranker Kleinkinder	30,00	16,00 max. pro Tag
Studentische Krankenversicherung:		
Krankenversicherung	86,45	44,20 monatlich
Pflegeversicherung	15,47	7,91 monatlich

Wichtige Euro-Werte ab Januar 2002 im Gesundheitswesen (Pflegeversicherung)

Zuzahlungen:	bisher in DM:	ab 01.01.2002 in Euro
Häusliche Pflege:		
Sachleistung Pflegestufe I	750,00	384,00 monatlich
Sachleistung Pflegestufe II	1.800,00	921,00 monatlich
Sachleistung Pflegestufe III	2.800,00	1.432,00 monatlich
Pflegegeld Pflegestufe I	400,00	205,00 monatlich
Pflegegeld Pflegestufe II	800,00	410,00 monatlich
Pflegegeld Pflegestufe III	1.300,00	665,00 monatlich
Teilstationäre- und Kurzzeitpflege:		
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe I	750,00	384,00 monatlich
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe II	1.800,00	921,00 monatlich
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe III	2.800,00	1.432,00 monatlich
Kurzzeitpflege	2.800,00	1.432,00 monatlich
Vollstationäre Pflege:		
Pflegestufe I	2.000,00	1.023,00 monatlich
Pflegestufe II	2.500,00	1.279,00 monatlich
Pflegestufe III	2.800,00	1.432,00 monatlich

Quelle: Der Gelbe Dienst Nr. 23

LUTZ SCHOWALTER (Lutz.Schowalter1@epost.de)

Die Anhebung der Beitragssätze der Krankenkassen Ende des Jahres kommt viel zu spät

Die meisten der Krankenkassen, die in diesen Tagen oder Ende des Jahres ihre Beitragssätze anheben, hätten schon vor einem Jahr teurer werden müssen. Das Bundesversicherungsamt erhebt schwere Klage gegen diese Krankenkassen. Es weist ferner darauf hin, dass die Ausgabensteigerungen auf dem Arzneimittelmarkt nicht ursächlich für die Beitragsnot der Krankenkassen waren. Offensichtlich haben die Krankenkassen aus Wettbewerbsgründen im vergangenen Jahr nicht ihre Sätze angehoben. Nun mussten sie – wegen abgebauter Rücklagen – die Beitragssätze stärker als eigentlich notwendig anheben. In Bonn hat das Bundesversicherungsamt die These des Bundesgesundheitsministeriums gestützt, allenfalls seien 0,2 bis 0,3 Prozentpunkte an Beitragssatz-Steigerungen in diesem Jahr gerechtfertigt.

Hier die Aussagen des Bundesversicherungsamtes im Wortlaut:

„Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung
Auch wenn über die Höhe des künftigen durchschnittlichen Beitragssatzes noch mit Abweichungen von +/- 0,1 Beitrags-

satzpunkten spekuliert wird, steht bereits jetzt fest, dass das gegenwärtige Beitragssatzniveau nicht gehalten werden kann. Diese Anhebung ist jedoch nicht allein im sprunghaften Anstieg der Arzneimittelausgaben begründet. Bereits im Herbst letzten Jahres ergaben die Prognosen zu den Eckdaten für den Risikostrukturausgleich (RSA) einen durchschnittlichen Finanzmehrbedarf von etwa 0,2 Prozentpunkten für das Jahr 2001. Die Tatsache, dass sich der durchschnittliche Beitragssatz im Jahr 2001 gegenüber dem des Jahres 2000 nicht wesentlich verändert hat, zeigt allerdings, dass sich offenbar kaum eine Krankenkasse selbst als Betroffene dieser Entwicklung gesehen hat.

Der Wettbewerbsdruck in der gesetzlichen Krankenversicherung zwingt jede Krankenkasse, vor einer Beitragssatzentscheidung ihre Ausgaben im Hinblick auf Einsparmöglichkeiten zu überprüfen. Er fördert jedoch auch die Neigung, die eigenen Einsparmöglichkeiten zu überschätzen und somit den Zeitpunkt einer schließlich doch nicht mehr vermeidbaren Beitragssatzanhebungen soweit wie möglich hinauszuschieben.

Bis dahin finanzieren die Kas-

sen ihre Ausgaben aus den noch vorhandenen Finanzreserven mit dem Effekt, dass bei der späteren Beitragsanhebung nicht nur der ausgabendeckende Beitragssatz festgesetzt, sondern auch die gesetzlich vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage kalkulatorisch in Ansatz zu bringen ist. Im Ergebnis beinhaltet eine Beitragsanhebung dann zusätzlich die Finanzierung der Defizite eines bereits abgelaufenen Geschäftsjahres.

Bei der Prognose des durchschnittlichen Beitragssatzes für das Jahr 2002 spielen diese Effekte eine wichtige Rolle. Jede konkrete Aussage über die Höhe des durchschnittlichen Beitragssatzes im kommenden Jahr steht unter dem besonderen Prognoserisiko, dass die Entscheidungen über die Höhe der Beitragssätze den Selbstverwaltungen der Krankenkassen obliegen und bei den meisten Krankenkassen diese Entscheidungen erst in den Verwaltungsratssitzungen der nächsten Tage getroffen werden.“

Quelle: Der Gelbe Dienst Nr. 23

LUTZ SCHOWALTER
(Lutz.Schowalter1@epost.de)

Diagnoseorientierte Fallpauschalen im Krankenhaus ab 2003

Erweiterte Qualitätssicherung soll die DRGs (Diagnosis Related Groups) verbessern.

Am Einführungsdatum 2003 für die diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) hält die Bundesregierung fest. Trotz

heftiger Kritik. Erweiterte Qualitätssicherungen sollen Schwachstellen im neuen Vergütungssystem ausräumen, sagte Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, auf dem 24. Deutschen Krankenhaustag

in Düsseldorf.

Eine weitreichende Kompetenz erhält laut Schröder der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Er müsse in Zukunft prüfen, ob allein medizinische Gründe zur Entlassung eines Patienten geführt haben

oder wirtschaftliche Motive. Auch die korrekte Abrechnung der Fallpauschalen soll der MDK kontrollieren. Im Streitfall entscheidet ein paritätisch besetzter Schlichtungsausschuss. Anders als im Gesetzentwurf vorgesehen, soll dieser Ausschuss Einzelheiten des Prüfverfahrens vereinbaren, nämlich:

- die fachliche Qualifikation der Prüfer,
- die Stichprobengröße,
- die Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und
- die Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Klinikärzten vor einer Weiterleitung an die Krankenkassen.

Vorwürfe, der MDK prüfe par-

teisch, würden damit ausgeräumt, so Schröder. Auch bei den Qualitätsberichten werde der Gesetzentwurf geändert. Berichte sind künftig alle zwei Jahre vorzulegen und im Internet zu veröffentlichen. Sie müssen die Einhaltung der Mindestmengen-Empfehlung ausweisen sowie Informationen zu Art und Anzahl der Leistungen der Klinik. Lücken räumte Schröder bei den Kostendaten ein. Darum könnte bei Klinikleistungen, für die nicht rechtzeitig deutsche Kostendaten verfügbar seien, zunächst mit australischen Bewertungsgrößen gearbeitet werden. Kassenärztli-

che Vereinigungen und Krankenkassen sollen künftig Auskunft über die Qualität von Kliniken an Patienten weitergeben dürfen. Entsprechende Änderungsanträge zum Gesetzentwurf werden derzeit im Bundestag beraten.

Der Bundesrat (01.02.02) hat diesem Gesetz in der derzeitigen Form nicht zugestimmt.

Der Vermittlungsausschuss wird nun angerufen.

Quelle.: Der Gelbe Dienst Nr. 23

LUTZ SCHOWALTER
(Lutz.Schowalter1@epost.de)

Beschaffung von Arzneimitteln durch den Versandhandel aus der Internetapotheker

Das Bundesversicherungsamt unterstützt grundsätzlich die Forderung, das deutsche Versandhandelsverbot für Arzneimittel aufzuheben. Denn im Interesse der Versichertengemeinschaft sollte der Bezug von billigeren Arzneimitteln, auch aus dem europäischen Ausland, ermöglicht werden, um Kosteneinsparungen bei den gesetzlichen Krankenkassen zu erzielen.

Das derzeit geltende Recht verbietet jedoch den Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Dies gilt auch bei Arzneimitteln, die über das Internet bestellt werden. An diese rechtliche Vorgabe sind das Bundesversicherungsamt und die Krankenkassen gebunden.

Nach § 43 Absatz 1 Arzneimittelgesetz (AMG) dürfen apo-

thekenpflichtige Arzneimittel berufs- oder gewerbsmäßig für den Endverbrauch nur in Apotheken und nicht im Wege des Versandes in Verkehr gebracht werden. Das Versandhandelsverbot für apothekenpflichtige Arzneimittel stellt sicher, dass beim Verkauf eines Arzneimittels die Möglichkeit einer persönlichen und qualifizierten Beratung durch einen Apotheker zur Verfügung steht.

Die in den Niederlanden ansässige Internetapotheker bringt Arzneimittel im Wege des Versandes an den Endverbraucher in Deutschland in den Verkehr und verstößt damit gegen das Versandhandelsverbot nach § 43 AMG. Das OLG Frankfurt (Urteil vom 31. Mai 2001 - 6 U 240/00) und das KG Berlin (Urteil vom 29. Mai 2001 - 5 U 10150/00) haben dies bestätigt. Eine Entscheidung des Europäi-

schen Gerichtshofs zur Frage der Vereinbarkeit mit dem Europäischen Recht steht noch aus.

Beziehen Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse unter Verstoß gegen das Versandhandelsverbot Arzneimittel aus Internetapotheken, ist eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen aufgrund des gesetzlich nicht zulässigen Beschaffungsweges ausgeschlossen.

Bis zu einer Legalisierung des Versandhandels kann das Bundesversicherungsamt daher eine Kostenerstattung durch bundesunmittelbare Krankenkassen nicht dulden.

Quelle: Der gelbe Dienst Nr. 23

LUTZ SCHOWALTER
(Lutz.Schowalter1@epost.de)

Zusätzlicher Risikopool zum Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen

Bereits zum 1. Januar 2002 wird ein Risikopool eingeführt, der die finanzielle Belastung für besonders kostenintensive Versicherte krankenkassenübergreifend ausgleichen wird. Ab einem Schwellenwert in Höhe von rund 40.000,- DM Behandlungskosten jährlich werden 60% der darüber hinausgehenden Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, Kranken- und Sterbegeld, ab 2003 auch nicht-ärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse solidarisch über den Risikopool ausgeglichen. Der Schwellenwert wird als dynamische Größe festgesetzt, die jährlich an die Entwicklung der Durchschnittsentgelte angepasst wird.

Der Risikopool dient lediglich als Überbrückung des Zeitraumes bis zur Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2007. Es ist beabsichtigt, den Risikopool dann in einen Hochrisikopool zu überführen, der mit erhöhten Schwellenwerten den Ausgleich besonders schwer wiegender Belastungen von Krankenkassen durch einzelne kostenintensive Versicherte sicherstellen soll.

Das Bundesversicherungsamt ist in das Gesetzgebungsvorhaben im Vorfeld intensiv eingebunden worden. Leider konnte nicht erreicht werden, dass hinsichtlich der Prüfungen des Risikopools und der Disease-Management-Programme bereits im Gesetz der Prüfgegen-

stand, die Prüfintensität und der Prüfmaßstab dezidiert geregelt werden. Die Bundesregierung und der Ausschuss für Gesundheit des Bundestages haben sich vielmehr dazu entschlossen, diese Detailregelungen der Risikostrukturausgleichsverordnung vorzubehalten und lediglich eine entsprechende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage im Gesetz selbst zu regeln. Es ist daher davon auszugehen, dass die Risikostrukturausgleichsverordnung im Hinblick auf die notwendigen Regelungsinhalte zum Prüfverfahren grundlegend überarbeitet wird.

Quelle: Der gelbe Dienst Nr. 23

LUTZ SCHOWALTER
(Lutz.Schowalter1@epost.de)

Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz

Der Gesetzgeber beschließt Einsparungen von rund 1,3 Milliarden Euro zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Sparpaket umfasst fünf Maßnahmen:

- Verordnung von Wirkstoffen statt Präparaten (Aut-idem-Regelung)
- Anpassen des Apothekenrabattes
- Empfehlung des Bundesausschusses
- Solidarbeitrag der Arzneimittelhersteller
- Krankenhausentlassungsberichte

Die wichtigste Änderung, die unmittelbar die Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse betrifft, stellen wir kurz vor:

- Verordnung von Wirkstoffen statt Präparaten (Aut-idem-Regelung)

Künftig sollen die Apotheken in der Regel für die Arzneimittelversorgung innerhalb wirkungs- und wirkstoffgleicher Medikamente ein kostengünstiges Arzneimittel aussuchen. Diese sogenannte Aut-idem-Regelung wird in anderen Ländern - wie z. B. in den Niederlanden, den USA und in Großbritannien - problemlos praktiziert.

Damit wird die Kompetenz der Apothekerinnen und Apotheker genutzt und kommt der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugute.

Die Therapiefreiheit der Ärzte wird nicht beeinträchtigt, weil die Wirkstoffe, also das Entscheidende an einem Medikament, ausschließlich von den Ärztinnen und Ärzten ausgesucht wird.

Die Haftung der Ärztinnen und

Ärzte wird nicht beeinträchtigt, weil es ausschließlich Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist, die Wirkstoffe, die Wirkstärke, die Packungsgröße und die Darreichungsform auszusuchen.

Im übrigen soll der Arzt auch weiterhin die Möglichkeit behalten, im Ausnahmefall ein konkretes Präparat anzugeben.

Das erwartete Einsparvolumen für diesen Teil der Maßnahme beträgt für 2002 ca. 200 bis 250 Millionen Euro.

Der Bundesrat hat am 01.02.2002 dem Gesetz zugestimmt.

Quelle: Sozialpolitische Umschau vom 11.01.2002

LUTZ SCHOWALTER
(Lutz.Schowalter1@epost.de)

Vollmachten / Verfügungen und damit Selbstbestimmung

Solange man körperlich und geistig gesund und dazu noch in der Lage ist, sollte man selbst bestimmen, wer unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang für einen selbst tätig werden soll. Entgegen einer verbreiteten Meinung haben auch Eheleute untereinander, sowie Eltern oder Kinder kein automatisches Vertretungsrecht gegenüber einer volljährigen verwandten Person. Zur Vertretung bedarf auch dieser Personenkreis einer rechtswirksamen Legitimation. Wie können Sie nun sicherstellen, dass eine Person Ihres Vertrauens Ihre Wünsche für Sie geltend machen kann ?

Hierzu werden die folgenden 3 Vorsorgemöglichkeiten angeboten:

- 1 Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht
- 2 Betreuungsverfügung
- 3 Patientenverfügung

1 Mit der **Vorsorgevollmacht** geben Sie einer vertrauenswürdigen Person die Möglichkeit, Sie in allen oder benannten Lebensbereichen und Aufgabenstellungen zu vertreten und in Ihrem Namen zu handeln, für den Fall, dass Sie aus gesundheitlichen Gründen selber nicht mehr in der Lage sind. Die ausgewählte Person sollte Ihr uneingeschränktes Vertrauen genießen. Die Vollmachterteilung und deren Inhalt sollten Sie mit der Vertrauensperson besprechen und sich versichern, dass diese bereit ist, die Aufgabe zu übernehmen. Die Vollmacht ist in handschriftlicher als auch in maschinell erstellter Form

rechtswirksam. Eindeutige Formulierungen und klare Handlungsanweisungen sind zu formulieren und mit Unterschrift zu dokumentieren. Die Vollmacht kann jederzeit widerrufen, geändert oder der aktuellen Situation angepasst werden. Eine jährliche Überprüfung wird empfohlen. Die Vollmacht ist nur im Original gültig, deshalb kommt der Aufbewahrung eine große Bedeutung zu.

Eine notarielle Bestätigung ist in bestimmten Angelegenheiten empfehlenswert und fördert ggf. einen reibungslosen Ablauf.

2 Mit der **Betreuungsverfügung** legen Sie fest, wer vom Vormundschaftsgericht als Ihr Betreuer oder Ihre Betreuerin bestellt, oder aber auch, wer auf keinen Fall Ihr gesetzlicher Vertreter werden soll, wenn Sie keine geeignete Person wie o.g. kennen sollten. Der Betreuer/die Betreuerin wird im Gegensatz zum Bevollmächtigten vom Vormundschaftsgericht kontrolliert. Mit der Betreuungsverfügung tragen Sie dazu bei, dass wichtige Informationen und persönliche Wünsche Berücksichtigung finden, wenn Sie sich später einmal nicht mehr klar äußern können. Im weiteren gelten für den Inhalt und sonstige Rahmenbedingungen die gleichen Hinweise wie bei der Vorsorgevollmacht. In Bayern können Sie die Betreuungsverfügung beim Vormundschaftsgericht hinterlegen. Zuständig ist das Amtsgericht, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz ha-

ben.

3 Mit der **Patientenverfügung** formulieren Sie Ihren Willen für den Fall, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, in eine ärztliche Behandlung einzuwilligen. In der Patientenverfügung können Sie heute schon festlegen, ob Ihr Arzt/Ihre Ärztin alle Möglichkeiten der Medizin ausschöpfen soll, Ihr Leben zu erhalten, oder ob unter bestimmten Bedingungen die Behandlungsmöglichkeiten auf die Linderung von Schmerzen beschränkt werden sollen. Am besten ist, Sie lassen sich bei der Abfassung Ihrer Patientenverfügung von Ihrem Hausarzt/ärztin beraten. Auch hier gelten für den Inhalt und sonstige Rahmenbedingungen die gleichen Hinweise wie bei der Vorsorgevollmacht.

Informations-Broschüren mit ausführlichen Erläuterungen, Musterverträgen und Formulierungsvorschlägen für Vollmachten und Verfügungen erhalten Sie bei:

Betreuungsstelle der Landeshauptstadt München
Mathildenstr. 3a
80336 München
Tel. (089)-233-25990
Bestellen Sie die „Münchner Vorsorgebroschüre“

Landratsamt München
- Betreuungsstelle -
Mariahilfplatz 17
81541 München
Tel. (089) 62 21 – 0
Bestellen Sie die Broschüre
„ Wer klug ist, sorgt vor“

DIETMAR GEIPEL
(dietmarg@t-online.de)

Krankenversicherung der Rentner - Neuregelung ab 1.4.2002

Inzwischen haben wohl alle infrage kommenden freiwillig versicherten Rentner von ihrer Krankenkasse die Mitteilung erhalten, dass sie ab 1.4.2002 in die KVdR (Krankenversicherung der Rentner), das heißt in die Pflichtversicherung, übernommen werden. Dazu noch folgende Hinweise:

- Ab 1.4. fällt der Zuschuss der BfA zur Krankenversicherung (KV) und Pflegeversicherung (PV) weg, da die BfA die Beiträge direkt an Ihre Krankenkasse überweist. Ihren Beitragsanteil, wie bisher die Hälfte, zieht die BfA von der zu überweisenden Rente vorher ab.
- In die KVdR kommen alle freiwillig versicherten Rentner, die mehr als 90 Prozent der zweiten Hälfte ihres Berufslebens (die letzten 20 bis 25 Jahre) in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert waren.
- In der KVdR sind nur noch Rente, Versorgungsbezüge (z.B. Firmenrente) und gegebenenfalls Arbeitseinkom-

men beitragspflichtig, zusammen höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze.

Für die freiwillig krankenversicherten Rentner, die nicht in die KVdR übernommen werden, ändert sich nichts. Das heißt, weiterhin sind auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung und Kapitaleinkünfte beitragspflichtig.

- Für pflichtversicherte Rentner gilt nicht mehr der ermäßigte Beitragssatz für die KV, sondern der allgemeine, auch wenn kein Anspruch auf Krankengeld besteht. Deshalb sollen nach einem Gesetzentwurf des Gesundheitsministeriums diejenigen Rentner ein Wahlrecht bekommen, die nur ihre Rente haben, und sich in der KVdR schlechter stehen würden. Der Gesetzentwurf soll am 22. März im Bundesrat verabschiedet werden. Erst nach der Verabschiedung kann die Krankenkasse Ihnen das Wahlrecht anbieten.
- Die Firmenrente ist in der

KVdR nur mit dem halben Beitragssatz beitragspflichtig zur KV, jedoch weiterhin mit dem vollen Satz zur PV.

- Ehepartner, die bereits in Rente sind und wegen der geringen Rentenhöhe (regelmäßig nicht mehr als 335 Euro pro Monat) als freiwillig versicherte Rentner beitragsfrei in der Familienversicherung waren, kommen jetzt ebenfalls in die KVdR und zahlen auch aus der geringen Rente den entsprechenden Beitrag zur KV und PV. Auch hier teilen sich die/der Versicherte und der Rentenversicherungsträger den Beitrag.
- Wie das Bundesgesundheitsministerium in einer Pressemitteilung vom 29.1.2002 erklärt hat, nimmt diese Lösung nicht die für 2003 geplante Neuregelung des Beitragsrechts zur gesetzlichen KV vorweg.

Otto W. Teufel
(OttoW.Teufel@t-online.de)

Anmerkungen zur Riester-Rente

1. Die Betroffenen haben bis Ende Dezember 2002 Zeit sich zu entscheiden. Auch dann erhalten sie noch die volle Förderung für dieses Jahr.
2. Vergleichen Sie die verschiedenen Angebote und ihre Renditen. Beachten Sie auf jeden Fall die Angebote im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung. Diese haben regelmäßig bessere Renditen, weil sie niedrigere Abschluss- und Verwaltungsgebühren haben.
3. Vergleichen Sie auch die Produkte mit Riester-

Förderung mit den schon bisher möglichen Direktversicherungen. Wie ein Vergleich des Bundesministeriums (BMA) zeigt, ist für Alleinstehende mit einem Jahreseinkommen ab etwa 20.000 Euro und für Ehepaare mit einem Jahreseinkommen ab etwa 40.000 Euro die Direktversicherung bezüglich des Eigenaufwands bei gleichem Sparbetrag günstiger (Sozialpolitische Informationen vom 10.12.2001).

Wer genug Geld hat, kann beide Möglichkeiten parallel nutzen.

4. Die Tatsache, dass ein Angebot den Anforderungen der Riester-Rente entspricht, sagt nichts über dessen Qualität bzw. Rendite aus. Lassen Sie sich im Zweifelsfall von einem unabhängigen Finanzberater beraten. Das ist billiger als eine schlechter Anlagevertrag.
5. Bezüglich der Auszahlung ist die Riester-Rente wenig flexibel. Man kann im Alter nur eine laufende monatliche Auszahlung erhalten. Im Gegensatz zur Direktversicherung.

ADG - Forum

- | | | |
|--|---|--|
| <p>6. Die Riester-Rente eignet sich nicht für die Hinterbliebenen-Versorgung.</p> <p>7. Wer nicht von vornherein ausschließt, dass er seinen Lebensabend im Ausland verbringt, für den eignet sich die Riesterrente nicht. Weil er nicht mehr in der Bundesrepublik steuerpflichtig ist, muss er die im angesparten Vermögen enthaltenen Zuschüsse und Steuerer-</p> | <p>sparsnisse zurückzahlen.</p> <p>Auch die Süddeutsche Zeitung hat in mehreren Artikeln auf diese Problematik hingewiesen: SZ vom 19.1.2002: Lieber auf die Zulage verzichten.
SZ vom 5.1.2002: Der Riester-Bonus wird mit weniger Freiheit erkauft.
SZ vom 12.1.2002: Wer seine Familie absichern will, liegt mit der Riester-Rente falsch.</p> | <p>Details zur Riesterrente finden Sie in der ADG-Informationsschrift zur Rentenpolitik vom Juni 2001, die allen Mitgliedern zugeschickt wurde, sowie auf der ADG-Internetseite.</p> <p style="text-align: right;">Otto W. Teufel
(OttoW.Teufel@t-online.de)</p> |
|--|---|--|

Renten sollen um 2,2 Prozent steigen

- | | | |
|--|--|--|
| <p>Die gesetzlichen Renten werden zum 1.7.2002 voraussichtlich um 2,2 Prozent steigen. Das sagte der Geschäftsführer des Verbands deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Professor Dr. Franz Ruland, dem Handelsblatt. Die Erhö-</p> | <p>hung falle damit um über ein Drittel geringer aus, als dies ohne die jüngste Rentenreform der Fall gewesen wäre, rechnete Ruland vor. (Quelle: BfA, Die Angestelltenversicherung, Heft 2/2002, S. 61)</p> | <p>Anmerkung: Damit wird also das Rentenniveau nach alter Definition um mindestens ein weiteres Prozent abgesenkt.</p> <p style="text-align: right;">Otto W. Teufel
(OttoW.Teufel@t-online.de)</p> |
|--|--|--|

Versand von ADG-Informationen per e-mail

- | | | |
|--|---|---|
| <p>Auf der Mitgliederversammlung am 7. November 2001 wurde bekanntlich auf Vorschlag der Mitglieder beschlossen, Informationen künftig auch per e-mail zu verschicken – so weit das möglich ist. Inzwischen haben wir die e-mail-Adressen von über 70 Mitgliedern – also fast 30 %! Wir können dadurch gleich mehrfach sparen: Druckauflage und Porti und reduzieren den Aufwand für das manuelle Eintüten. Außerdem ist die Information</p> | <p>schneller bei Ihnen. Deshalb verschicken wir auch dieses Forum elektronisch. Falls Sie diese Information noch in Papierform bekommen, künftig aber auch elektronisch versorgt werden möchten, dann teilen Sie uns Ihre e-mail-Adresse einfach mit – am besten per e-mail! Wollen Sie wieder aus dem Verteiler gestrichen werden – auch kein Problem!</p> <p>Und noch ein kleiner Tipp (die</p> | <p>Kenner mögen mir verzeihen): Im Acrobat Reader können Sie ganz leicht beidseitig drucken, wenn Sie unter „Datei – Drucken“ erst die ungeraden und dann die geraden Seiten ausdrucken – und natürlich zwischendurch die bedruckten Seiten wieder einlegen: Dann sieht das Forum fast wie gedruckt aus!</p> <p style="text-align: right;">Jochen Döring
(j.doering@t-online.de)</p> |
|--|---|---|