

ADG - Forum

■ Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V. ■ Grafinger Platz 5 ■ 85560 Ebersberg ■ Fax: (08092) 865367 ■ Tel.: (089) 46201363 (AB) ■
 ■ 6. Jahrgang ■ Ausgabe Nr. 2 ■ April 2003 ■ Herausgeber: Aktion Demokratische Gemeinschaft e.V. - 85560 Ebersberg ■

Die günstigsten gesetzlichen Krankenkassen bundesweite Anbieter

Anbieter	Beitragsätze		Kunden- Telefon
	allgem.	ermäßigt	
BKK Taunus	11,9	11,3	01803-5588 44200
BKK Essanelle Hair Group	11,9	11,4	0180-125 57 65
BKK Neckermann	12,5	11,2	01801-20 21 22
BKK Vaillant	12,5	11,2	02191-18 23 55
BKK Riedel de Haen	12,9	11,9	0800-309 26 86
BKK TUI Leisure Travel	12,9	11,6	0800-100 95 03
BKK Bertelsmann	12,9	11,9	01801-21 48 49
BKK Dräger & Hanse	12,9	11,9	0800-855 08 00
BKK Oetker	12,9	12,0	0180-255 63 85
BKK KM direkt	12,9	11,9	0180-280 68 06
BIG Gesundheit	13,1	11,9	0800-5456 5456
BKK Sancura	13,1	12,3	0800-110 17 00
BKK Pfalz	13,1	12,1	0180-137 00 00
BKK Allianz	13,2	12,7	089-380 00
und weitere Kassen			
Techniker Krankenkasse	13,7	12,7	01802-85 85 85
BKK Siemens	13,9	13,1	0180-221 23 25
Gmünder EK	13,9	13,0	0800-435 46 36
KKH	14,8	13,9	01802-23 52 41
BEK	14,9	14,1	Gesch.stellen
DAK	15,2	14,3	www.dak.de

Der allgemeine Beitragsatz gilt u.a. für Arbeitnehmer und für die KVdR (pflichtversicherte Rentner), der ermäßigte Beitragsatz gilt u.a. für freiwillig versicherte Rentner.

Bei einem Kassenwechsel sollten Sie unbedingt nach der aktuellen Beitragshöhe fragen, auch wie lange diese Beitragshöhe noch gewährleistet ist.

Bitte denken Sie daran, dass Sie nach einem Krankenkassenwechsel für 18 Monate an die neue Krankenkasse gebunden sind.

Eine täglich aktualisierte Gesamtübersicht erhält man unter der Fax-Abruf-Nummer 0190/76 66 14 99 (1 Minute = 2,42 DM).

LUTZ SCHOWALTER
Lutz.Schowalter1@epost.de

..... aus dem Inhalt

➤ Die günstigsten gesetzlichen Krankenkassen	1
➤ Die Kostentreiber in der gesetzlichen Krankenversicherung	1
➤ Anmerkungen	5
➤ GKV-Fusionen	5
➤ Gesundheits-Check – Früherkennungen	6
➤ Grundsicherung	7
➤ Rentenbesteuerung	7
➤ Rentenanpassung 1,04 %	8
➤ Anlage Früherkennungskalender	

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:

Albert Hartl
☎ 08141/38612-2 ADGHartl@aol.com

Manfred Schmidlein
☎ 089-6121186
schmidtlein-taufkirchen@t-online.de

Otto W. Teufel
☎ 089-9031411 ottow.teufel@t-online.de

Autoren dieser Ausgabe:

Manfred Schmidlein ☎ 089-6121186
Lutz Schowalter ☎ 089-6091951
Otto W. Teufel ☎ 089-9031411

Die Kostentreiber in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die tz veröffentlichte am 10. und 11. Dezember 2002 einen Bericht zum Gesundheitswesen. Sie beruft sich dabei auf einen ihr bekannten Krankenkassen-Insider (Manager) sowie auf interne Dossiers der Krankenkassen, die der tz vorliegen. Der Artikel wurde nur an wenigen Stellen redaktionell gekürzt. Da der Artikel aus unserer Sicht unvollständig ist, haben wir ihn am Ende mit einem Kommentar versehen. Im folgenden jetzt der Artikel aus der tz:

Vorwort

Das deutsche Gesundheitssystem ist krank, steht vor dem Kollaps. Kaum ein Tag vergeht, ohne dass neue Alarmmeldungen von Finanzlöchern, Beschwerden von Krankenkassen, Medizinern, Ärzteverbänden, Apothekern oder Gesundheitspolitikern kommen. Jeder kämpft offenbar gegen jeden – schließlich geht es um Milliarden Euro. Die Krankenkassen können die immer weiter steigende Finanzlast kaum mehr schultern. Viele sind gezwungen, ihre Beiträge erneut zu erhöhen. Die Patienten sind ohnmächtig, die Politik schaut dem Treiben mehr oder weniger hilflos zu. Ärzteverbände drohten mit Streik der Mediziner und die so gut wie nie verdienende Pharmabranche hält sich zurück – und kassiert still und leise weiter.

Es wird mittlerweile an allen Ecken und Enden getrickst und geschummelt. Das Ganze hat mittlerweile mafiaähnliche Strukturen angenommen. Nicht nur einige schwarze Schafe unter den Zahn- und Augenärzten bzw. Zahnlabors manipulieren Rechnungen, auch andere Mediziner versuchen illegal

nebenher einen schnellen Euro zu machen.

Kostentreiber sind die teilweise kriminellen Abrechnungspraktiken der Schwarzen Schafe unter der Ärzteschaft, die Vollkaskotalität vieler Patienten, die kosten- bzw. einnahmesteigernden Tricks von Kliniken, Pharmafirmen und Labors. Welche Rollen spielen dabei die Gesundheitspolitiker? Wenn sich nicht schnell alle Parteien an einen Tisch setzen und das gesamte System knallhart von Grund auf flächendeckend verändern, dann fährt unser Gesundheitssystem bald gegen die Wand und einige Krankenkassen werden gezwungen sein, ihre Beiträge irgendwann sogar auf 20 Prozent zu erhöhen!

1. Kostentreiber: Arzt

Früher war der Arzt der alleinige Fürst auf seinem Acker. Bei der heutigen Ärzteschwemme hingegen muss er schauen, dass Geld rein kommt und er wirtschaftlich mit seiner Praxis auf seine Kosten kommt. Die Sicherung der Einnahmen steht häufig an erster Stelle. Der Arzt ist heute in zweiter Linie Betriebswirt und muss seine Praxiskosten durch die Behandlung von möglichst vielen Patienten hereinholen. So manch schwarzes Schaf unter den Weißkitteln greift da zu unlauteren Mitteln. Die teilweise betrügerische Absicht einiger Mediziner, illegal etwas dazu verdienen zu wollen, kostet nicht nur den Krankenkassen summa summarum pro Jahr einige Milliarden Euro, sondern schadet auch dem Ruf der ehrlichen und seriösen Kollegen – die jedoch zum Glück in der Überzahl sind.

2. Kostentreiber: Ärztezah

Obwohl viele Ärzte jammern – die Branche boomt. Zwischen 1991 und 2001 nahm die Zahl der niedergelassenen Ärzte um ein gutes Viertel auf rund 125 300 zu – dementsprechend stiegen die Ausgaben der Krankenkassen für Arzthonore um 43 Prozent. Das Paradoxe ist, die Zahl der Bevölkerung nahm im gleichen Zeitraum sogar ab. Trotz der besseren ärztlichen und medikamentösen Versorgung sind die Deutschen im Vergleich zum europäischen Ausland im Durchschnitt nicht gesünder.

3. Kostentreiber: Ärztedichte

Gerade in den Ballungszentren wie München, Berlin oder Hamburg herrscht eine große Ärztedichte. Auf dem Land hingegen haben wir teilweise eine Unterversorgung. Doch die Kassenärztlichen Vereinigungen steuern da nicht dagegen. Die Kassen fordern deshalb schon lange ein Mitspracherecht bei den Zulassungsstandorten von Ärzten, das ihnen aber nicht zugestanden wird. Da häufen sich in gewissen Stadtvierteln z.B. HNO-Spezialisten. Warum soll nicht ein junger Münchner Arzt erst einmal eine Praxis in Zwiesel übernehmen? Viele wollen doch nur aus Bequemlichkeit nicht aufs Land.

4. Kostentreiber: Abrechnungen

Im niedergelassenen Bereich führen die Überkapazitäten zu einem regelrechten Abrechnungskrieg. Die jüngsten Skandale um die manipulierten bzw. falschen Abrechnungen einiger Zahnärzte und Zahnlabors sind nur die Spitze des Eis-

Eisbergs.

Die Staatsanwaltschaft Kiel deckte beispielsweise im ersten Halbjahr 1996 reihenweise Abrechnungsbetrügereien auf. Die Leistungsmengensteigerung stieg explosionsartig auf rund 30 Prozent. Niedergelassene Ärzte rechneten z.B. Leistungen ab, für die sie mehr als 30 Stunden am Tag hätten arbeiten müssen. Aus den Abrechnungen ging hervor, dass Ärzte Säuglinge über Sexualität, Drogenkonsum und Verhütungsmittel im Rahmen „der Lebensberatung“ aufgeklärt haben wollten. Es wurde zudem der Einsatz von medizinischen Geräten angegeben, die Ärzte gar nicht besaßen. Eine dreimonatige Kontrolle der Union Krankenversicherung ergab, dass bis zu 80 Prozent der Privatrechnungen falsch waren. Dabei fielen Orthopäden und HNO-Ärzte besonders auf. Häufigster Fehler war die Abrechnung von Ziffern, die nicht nebeneinander vergütet werden können. Das bedeutet, dass einige Ärzte Ziffern abrechnen, die miteinander nichts zu tun haben. Sie hoffen, dass bei der Abrechnungskontrolle nichts auffällt, weil nicht jede Abrechnung kontrolliert wird. Da werden lediglich Stichproben gemacht.

Problem: Sanktionen

Mit Sanktionen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung müssen die Schwarzen Schafe kaum rechnen. Wenn ein Arzt über drei Quartale hinweg über 20 Prozent falsch abgerechnet hat, muss er lediglich Rechenschaft ablegen.

Die zu viel verlangte Summe zurückzahlen muss hingegen kaum jemand. Und Geldstrafen oder gar einen zeitweisen Zulassungsentzug gibt es als Abschreckung auch nicht! Hintergrund für die laxer Verfolgung von Sündern ist; „Die Funktio-

näre und Mitglieder der 23 Kassenärztlichen Vereinigungen sind in der Regel selbst niedergelassene Ärzte und müssen ansonsten um ihre Wiederwahl fürchten.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat indes allen Grund, sich um das Image ihrer Zunft zu sorgen, wurden doch laut „Stern“ allein im Jahr 2000 sage und schreibe 17 368 Verdachtsfälle auf Abrechnungsbetrug bekannt.

5. Kostentreiber: Patient

Schuld an den steigenden Behandlungs- und Verordnungszahlen haben auch die Patienten. Viele Patienten nehmen die verschriebenen Arzneimittel oftmals nicht wie verordnet ein oder setzen die Medikamente von sich aus einfach ab, weshalb die erhofften Therapieerfolge ausbleiben. Die Folge: Häufig wird dann ein anderer Arzt aufgesucht, weil man dem alten nicht mehr traut, und der ganze Kreislauf beginnt wieder von vorn. „Viele Patienten haben eine Vollkasko-Mentalität und handeln nach dem Motto: Ich zahle ja Beitrag – die Kosten für Behandlung und Medikamente soll doch die Kasse zahlen.“ Einer hat sogar geklagt, dass die Krankenkasse ihm das Potenzmittel Viagra zahlen soll.

Einige Kassen wollen dem Chipkarten-Tourismus künftig Einhalt gebieten und überprüfen die Abrechnungen jener Patienten, die pro Quartal mehr als zehn verschiedene Ärzte aufgesucht haben. Das Ziel: In Zukunft soll ein gesetzlich Versicherter aus Eigeninitiative heraus pro Quartal nur noch einen Facharzt aufsuchen dürfen. Weitere Facharztbehandlungen muss der Hausarzt verordnen.

6. Kostentreiber: Fehldiagnosen

Trotz der hohen Ärztezahl haben wir in Deutschland im Durchschnitt eine sehr schlechte Qualität bei der Versorgung. Das liegt vor allem an den vielen Fehldiagnosen. Bei Erstuntersuchungen sind 40 Prozent und bei einer anschließenden gründlichen Anamnese sind trotz Laborauswertung immer noch 20 Prozent der gestellten Diagnosen falsch. Bei jüngeren Ärzten ist nahezu jede zweite Diagnose falsch, bei erfahrenen Ärzten immerhin noch jede fünfte, hat Prof. Christian Ohmann, Leiter der Theoretischen Chirurgie an der Uni Düsseldorf festgestellt.

Bei der Krebsdiagnostik in Deutschland können sogar bis zu 25 Prozent der Kosten eingespart werden, ohne dass die Qualität der Diagnosen und der nachfolgenden Behandlung leidet. Man muss nur die gegenwärtige „unnötige Überdiagnostik abschaffen“, so Prof. Hennig König, Leitender Oberarzt an der Uni Erlangen. Aus Unsicherheit und anderen Gründen wird häufig völlig unnötig drei- vier- fünfmal, ja zehnmal diagnostiziert – zu Lasten der Patienten und der Kassen.

7. Kostentreiber: Verschreibungen

Beispiele von Verschreibungs-Irrsinn:

- Einem 67-jährigen Patienten wurden in einem Jahr 770 mal Medikamente verordnet. Darunter waren 336 Packungen und 3,4 Liter (!) Nasentropfen bzw. – sprays.
- Ein 34-jähriger Patient erhielt in 240 Tagen 470 Schlafmitteltabletten verordnet.
- Ein Arzt verschrieb einem 39-jährigen Patienten an einem Tag 15 verschiedene

Arzneimittel: Schmerzmittel, Herz-Kreislauf-Medikamente, Magen-Darm-Mittel, Hustenmittel sowie Lipidsenker. Insgesamt erhielt der Patient an 240 Tagen 8 000 Tabletten, Kapseln, Dragees etc.

Quelle: Auswertung der AOK Sachsen-Anhalt aus dem Zeitraum 98/99.

Problem: Falsche Medikation

Falsch verordnete Arzneimittel führten 1998 bei rund 25 000 Menschen in Deutschland zum Tod. Das sind weitaus mehr, als bei Verkehrsunfällen ums Leben kamen (rund 8 000). Wenn Forschung und Ausbildung der Ärzte optimiert würden, könnten jährlich rund 10 000 Todesfälle und 250 000 Fälle mit schweren Nebenwirkungen vermieden werden. So der Humanpharmakologe Dr. Ingolf Cascorbi von der Charité Berlin.

8. Kostentreiber: Krankenhaus

Deutschland nimmt im internationalen Vergleich mit rund 70 Betten je 10 000 Einwohner einen Spitzenplatz ein. Kostengemäß ist seit Einführung der teilweisen Fallpauschalen (Fixsummen für Operationen) durch die Kassen zwar eine Disziplinierung der Kliniken eingetreten, doch müssen diese noch weitere Einsparungen vornehmen. Auf einmal geht es, dass z.B. eine normale Blinddarmoperation ohne Komplikationen nur noch drei Tage und nicht mehr sechs Tage Klinikaufenthalt erfordert.

9. Kostentreiber: Ringüberweisung

Einige Krankenhäuser tricksen, indem sie Ringüberweisungen vornehmen: Ein Patient wird von einem Krankenhaus in ein anderes und später wieder zu-

rück überwiesen. Jede Klinik kann somit neuerlich eine Pauschale mit der Kasse abrechnen. Ein beliebtes Spiel ist auch die Entlassung und die Neuaufnahme von Patienten ein paar Tage später: Dadurch entstehen zwei neue Behandlungsfälle und jede Einweisung kann einzeln neu abgerechnet werden.“

10. Kostentreiber: Herzkatheter

Die Zahl von z.B. Herzkatheterlabors hat sich in Deutschland von 1990 bis 1997 verdoppelt, die Untersuchungen sind in dem Zeitraum um 250 Prozent auf rund 490 000 angestiegen. Die Zahl der Ballondilatationen ist sogar um 400 Prozent auf rund 140 000 pro Jahr explosionsartig angestiegen, wie Dr. Ernst Bruckberger in seinem Herzbericht enthüllte.

„Viele Herzkatheteruntersuchungen werden anscheinend nur noch um ihrer selbst willen gemacht, es schließt sich keine Therapie an. Da kann man schon auf die Idee kommen, dass mancher Kardiologe mehr für sein Konto als für den Patienten arbeitet“, wundert sich der Berliner Kardiologe Prof. Eckart Fleck.

11. Kostentreiber: Röntgen

In Deutschland wird mehr geröntgt als in den USA, stellte die Strahlenschutzkommission des Bundesumweltministeriums fest. Hierzulande werden jährlich ungefähr 1 250 Röntgenuntersuchungen pro 1 000 Einwohner durchgeführt. In Frankreich sind es knapp 1 000, in den Niederlanden und Schweden nur zwischen 600 und 500. Professor P. Gerhardt von der TU München enthüllt in dem Kassen-Dossier: „Durch nicht indizierte Selbstzuweisungen werden in Deutschland 20 – 50 Prozent unnötige Röntgen- und CT-Aufnahmen

durchgeführt.“ Diese Meinung teilt auch der ehemalige Präsident der Deutschen Röntgen-gesellschaft, Prof. Dr. Günther Kaufmann: „Mindestens acht Millionen Thoraxröntgenbilder und rund 23 Millionen Skelettaufnahmen können wegfallen. Die Kosten der überflüssigen Schnappschüsse liegen bei rund 400 Millionen Euro.“

12. Kostentreiber: Untersuchungsgeräte

München hat weltweit die größte Dichte an Kernspintomographen. Da wird so manch unnötige Röntgen- und Kernspinuntersuchung vorgenommen. Da herrscht ein unheimlicher Konkurrenzkampf, da ist man um jeden Patienten froh. Ein Münchner Mediziner bestätigt: „Die Gerätehersteller laufen einem die Türe ein und viele Kollegen machen den Deal leider mit. Dabei taugen viele dieser Geräte nicht viel. Eine genaue Untersuchung in einem guten Labor ist viel exakter.“ Ein Beispiel, wie Ärzte von derartigen Geräten profitieren: Ein Münchner Mediziner berechnete einem Privatpatienten für die Stoßwellenbehandlung bei einem schmerzhaften Fersensporn für jede Sitzung ca. 750 Euro. Pro Kassenpatient kann der Arzt hingegen nur 200 Euro abrechnen.

13. Kostentreiber: Operationen

In Deutschland wird zu schnell, zu viel und oft auch unnötig operiert. Aus einem Dossier der Krankenkassen:

- Die Überprüfung der Notwendigkeit zur Eierstockentfernung ergab, dass bei mindestens 25 Prozent der Frauen die Eierstockentfernung unnötig war.
- 30 Prozent aller Blinddarmoperationen bei Frauen sind unnötig.
- 29 Prozent Gallenblasenent-

- fernungen sind überflüssig.
- 50 Prozent aller Kaiserschnitte sind unnötig.
 - 80 Prozent aller Bandscheibenoperationen sind überflüssig.
 - Von den jährlich rd. 200 000 an deutschen Kliniken vorgenommenen Gebärmutterentfernungen ist nach wie vor mindestens jede zweite überflüssig.

Ein gravierendes Beispiel für übermäßige operative Eingriffe: Bei einem Hamburger HNO-Arzt hat sich im ersten Quartal 1996 mit 1 430 Patienten die Zahl der Operationen im äußeren Gehörgang verzwanzigfacht. Jeder zweite Patient wurde operiert!

14. Kostentreiber: Apotheken

Mit der Zahl der niedergelassenen Ärzte ist auch die Zahl der Apotheken in Deutschland angestiegen. 22 000 Apotheken gibt es hierzulande. Allein von 1993 – 1998 stieg die Zahl um rund 4,4 Prozent. Dies hat jedoch nicht zu Umsatzrückgängen geführt, sondern im Gegenteil: Der Umsatz je Apotheke ist im diesen Zeitraum überproportional um 23,1 Prozent angestiegen. Für die gesetzlichen Kassen stiegen die Ausgaben für Arzneimittel zwischen 1994 und 2001 von 15 auf 21 Milliarden Euro.

15. Kostentreiber: Arzneimittel

In Deutschland sind rund 50 000 Arzneimittel zugelassen, was im internationalen Vergleich Weltrekord ist: Dänemark kommt mit rund 4 000 Präparaten aus, Frankreich mit 7 700, Italien mit rund 9 000. Allein im letzten Jahr wurden in Deutschland fast 2 500 neue Arzneien zugelassen. „Rund 20 Prozent der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Kassen könnten eingespart werden, ohne dass die medizinische

Versorgung leidet“, erklärte der Heidelberger Pharmakologie-Professor Ulrich Schwabe. Was 4,2 Milliarden Euro pro Jahr ausmachen würde.

16. Kostentreiber: Reha-Maßnahmen

Es gibt nicht nur zu viele Ärzte, sondern auch zu viele Physiotherapeuten, die alle Geld aus dem System ziehen. Resultierend aus Überkapazitäten im ärztlichen Bereich sind Bestrebungen festzustellen, die Arznei- und Heilmittelbudgets zu entlasten.

Als Ausweichstrategie werden im Einzelfall häufig zu teure Versorgungsvorgänge verordnet. Anstelle einer indizierten Krankengymnastik für ca. 15 Euro je Einheiten verschreiben Ärzte immer öfter Rehaleistungen für über 50 Euro pro Tag.

17. Kostentreiber: Hilfsmittel

Auf dem Markt der medizinischen Hilfsmittel wird teilweise rigoros abgezockt. Für Rollstühle werden bis zu 5 000 Euro verlangt, obwohl es auch Modelle für 800 Euro tun. Ein Krankenbett sollte gar 10 000 Euro kosten, was das Sanitätshaus schließlich auf Intervention der Kasse auf 2 500 Euro reduzierte. Vorwurf der Experten: „Manche Ärzte gehen mit der Verordnung von Folgekosten leichtfertig um.“

18. Kostentreiber: Gesundheitslobby

Obwohl die Arzneimittelausgaben stark gesunken waren und die Ärzte mit weniger Verordnungen auskamen, wurde diese Ausgaben-Begrenzung auf Druck der Pharmaindustrie und der Ärzte 2001 von der Regierung zurückgenommen. Folge: Die Arzneimittelkosten stiegen wieder sprunghaft an. Die gesetzlichen Krankenkassen geben jährlich mehr als 21

Milliarden Euro für Medikamente aus – vier Milliarden Euro mehr als 1997. Die Politiker haben vor der Pharmedia lobby gekuschelt, die mit einer Auslagerung von Werken ins Ausland gedroht hat.

19. Kostentreiber: Preismanipulation

Die Sparpläne des Gesundheitsministeriums, wonach Ärzte möglichst nur noch Medikamente aus dem unteren Preisdrittel verschreiben sollten, unterlaufen manche Firmen. Bei Tochterfirmen wird ein gleiches Mittel völlig übersteuert produziert, wodurch ein anderes teures Originalpräparat der Firma automatisch ins untere Preisdrittel rutscht.

20. Kostentreiber: Kassenvielfalt

Verwaltungskosten der gesetzlichen Kassen sind hierzulande so hoch wie sonst nirgends in der Welt – 7,6 Milliarden Euro. Eine teilweise Reduzierung der Verwaltungskosten ist ebenso notwendig wie ein Abbau der Kassenzahl. Wir haben rund 358 Krankenkassen, die vom Gesetzgeber im Prinzip 358-mal gleich ausgerichtet sind: 358 Vorstände, 358-mal Gehälter von Vorständen – das macht alles keinen Sinn. Volkswirtschaftlich würde eine einzige Kasse reichen, doch sollte aus Service- und Wettbewerbsgründen eine gewisse Kassenvielfalt erhalten bleiben.

Unser Kommentar

In dieser Auflistung fehlt ein wesentlicher Punkt, der Kostentreiber Staat. Der Gesetzgeber ist an einer Transparenz bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nicht interessiert. Er würde dann nämlich als einer der größten Sünder bei der Selbstbedienung aus fremden Kassen sichtbar wer-

den. Er belastet seit Jahrzehnten auch die Krankenkassen mit Aufgaben, die eigentlich aus dem Bundeshaushalt finanziert werden müssten. Dass sich hier sobald nichts ändern wird, ergibt sich aus den Aussagen fast aller Politiker „wir haben hier ein Problem bei den Einnahmen, nicht bei den Ausgaben“. Warum das so ist, zeigt ein Bericht der Süddeutschen Zeitung vom 16.02.2003: „Prämien sechs Prozentpunkte zu hoch“, da beitragsfremde Leis-

tungen die gesetzliche Krankenversicherung belasten, oder mit anderen Worten, die Kassen finanzieren staatliche Aufgaben und entlasten damit den Bundeshaushalt. Die fehlende Transparenz nutzen viele der Leistungsanbieter zum eigenen Vorteil. Pharmaindustrie, Untersuchungslabors, Apotheken und inzwischen auch Krankenhäuser sind nun einmal als private Unternehmen den eigenen Anteilseignern und nicht der Wirtschaft-

lichkeit der gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet. Dazu kommt, dass es praktisch keinerlei Kontrolle im System gibt und die Arbeitnehmer keine Interessenvertretung hat, die diesen Namen verdient.

Manfred Schmidlein
schmidlein-taufkirchen@t-online.de

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

GKV-Fusionen

Mit immer weniger Krankenkassen zu neuen Monopol-Strukturen

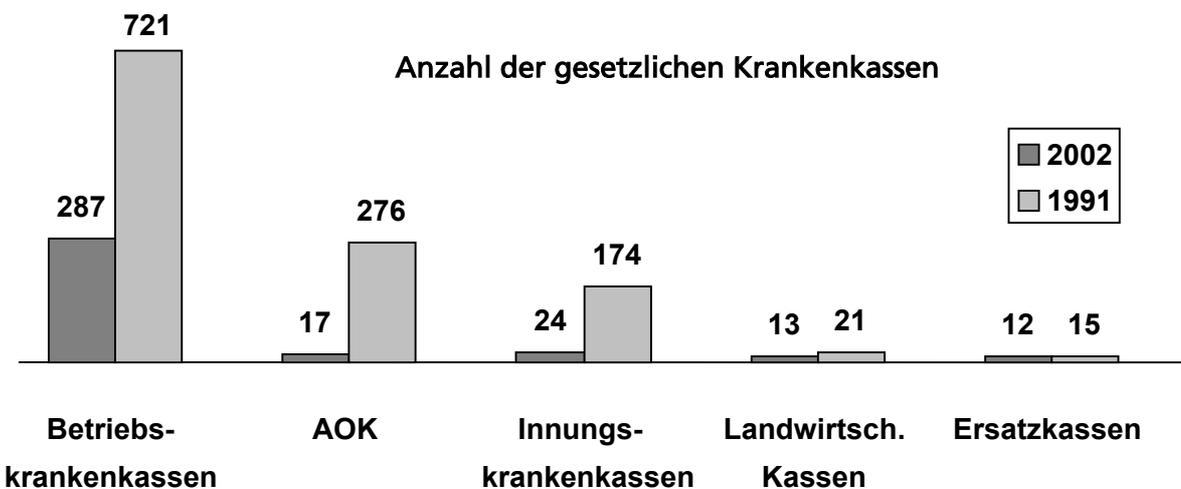
dgd - Die Zahl der Krankenkassen ist im vergangenen Jahrzehnt gewaltig geschrumpft: zwischen 1991 und 2002 um mehr als zwei Drittel. Oder: von insgesamt 1207 auf aktuell 353. Und das soll nach Ansicht des AOK-Vorstandschefs von Baden-Württemberg, Roland Sing, noch nicht das Ende sein. Sing favorisiert nur noch 50 Kassen bundesweit und verspricht sich davon mehr Marktübersicht, Schlagkraft und einen besser funktionierenden

Qualitätswettbewerb im bis 2007 reformierten Risikostrukturausgleich der Kassen. Sing ist nicht der Einzige, der laut über eine mittelfristig neue Kassenstruktur mit 50 Kassen nachdenkt. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt glaubt ebenfalls, dass die Zahl der Kassen auf 50 verringert werden kann. Aktuell wurde bei den Betriebskrankenkassen unter anderem die Fusion der BKK-Ost durchgerechnet. Akute Entscheidungen

stehen laut BKK-Bundesverband aber nicht an.

Im rot-grünen Koalitionsvertrag werden „mutige strukturelle Veränderungen“ ausdrücklich gefordert: „Die gesetzlichen Krankenkassen werden im Rahmen einer Organisationsreform in die Lage versetzt, ihren Beitrag zu einem notwendigen Qualitätswettbewerb zu leisten“.

Lutz Schowalter
Lutz.Schowalter1@epost.de



Quelle: AOK Baden-Württemberg/Bundesgesundheitsministerium

Gesundheits-Check – Früherkennung

Je früher, desto besser

Rechtzeitig erkannt, lassen sich die meisten Krankheiten heute erfolgreich behandeln. Warum Vorsorge (lebens-) wichtig ist und welche Checks beim Arzt dazugehören enthält die beiliegende Tabelle: „Ihr Früherkennungskalender: Wichtige Checks auf einen Blick“.

Nur jede zweite Frau über 20 und jeder fünfte Mann über 45 Jahre gehen regelmäßig zur Krebsfrüherkennung.

In Deutschland erkranken jährlich 350 000 Menschen daran. Die Heilungschancen sind in vielen Fällen sehr gut, vorausgesetzt, die Krebserkrankungen werden rechtzeitig er-

kannt.

Die Krankenkassen bezahlen wichtige Früherkennungs-Untersuchungen.

Quelle: Seniorenratgeber Januar 2003

Lutz Schowalter
Lutz.Schowalter1@epost.de

Grundsicherung

In der gelben Rentenbroschüre haben wir im Abschnitt 3.4 auf die Grundsicherung für Rentner hingewiesen, bei der im Gegensatz zur Sozialhilfe Kinder nicht in Regress genommen werden, solange deren Einkommen unter 100.000 Euro im Jahr liegt. Durch den Hinweis einer Kollegin und nach eigenen Erkundigungen ist dazu noch folgendes zu ergänzen: Das Wohngeld bzw. der Anspruch darauf wird grundsätzlich als Einkunftsart gewertet, die bei der Berechnung der Höhe des Grundsicherungsanspruchs berücksichtigt wird. Das Wohngeld wird aber nicht vom Grundsicherungsamt ausgezahlt, sondern von der Stelle, die auch für die Sozialhilfe zu-

ständig ist.

Nachdem die Kollegin bei ihrer Gemeinde (in Baden-Württemberg) die Auskunft erhalten hat, dass das Wohngeld in jedem Fall von den vorhandenen Kindern entsprechend der Einkommensanrechnung bei der Sozialhilfe zurückgefordert wird, hat die telefonische Nachfrage hier im Landkreis München etwas anderes ergeben. Bei gegebenem Anspruch auf Grundsicherung nimmt zum Beispiel das Landratsamt München die Kinder wegen des Wohngelds nicht in Regress.

Das Grundsicherungsgesetz sieht das auch nicht vor, aber es scheint so, dass das von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt wird,

möglicherweise auch innerhalb der einzelnen Bundesländer. Wir empfehlen allen Betroffenen, den Antrag auf Grundsicherung bei ihrem Rentenversicherungsträger (BfA, LVA) zu stellen, und nicht bei der Stadt oder Gemeinde. Im Antragsformular der Rentenversicherungsträger müssen Namen und Adressen der Kinder nicht angegeben werden, wenn deren Einkommen 100 000 Euro im Jahr nicht übersteigt, im Antragsformular des Landratsamts München (zum Beispiel) dagegen werden diese Daten auf jeden Fall abgefragt.

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

Rentenbesteuerung

Am 17.03.2003 hat die Sachverständigenkommission des Bundesfinanzministeriums Minister Eichel ihren Abschlußbericht vorgelegt. Sie schlägt bezüglich der zukünftigen Besteuerung der Renten folgendes vor:

- Wechsel zum System der

nachgelagerten Besteuerung.

- Ab 2005 sollen die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu 60 Prozent steuerlich freigestellt werden. In jährlichen Schritten von zwei Prozentpunkten

wird dieser Wert bis 2025 auf 100 Prozent angehoben.

- Im Jahr 2005 wird für alle Bestandsrenten sowie für alle Zugangsrenten des Jahres 2005 der zu versteuernde Anteil auf 50 Prozent der individuellen Bruttorente

festgesetzt. Der individuell errechnete Betrag (z.B. 600 Euro von 1.200 Euro Bruttorente) wird auf Lebenszeit festgeschrieben.

- Nach 2005 wird der zu versteuernde Rentenanteil jeweils für die neuen Zugangsrentner bis 2020 um jährlich zwei Prozentpunkte, danach bis 2040 um jährlich einen Prozentpunkt bis auf 100 Prozent erhöht. Auch in diesen Fällen wird der im Zugangsjahr errechnete Eurobetrag zeitlebens festgeschrieben. Das heißt, ein Versicherter, der im Jahre 2006 in Rente geht, käme auf einen Rentenanteil von 52 Prozent, der zu versteuern wäre, bei 1.200 Euro Rente also 624 Euro, die auf Lebenszeit festgeschrieben würden.

Zur Erinnerung: Bisher liegt der zu versteuernde Anteil der Rente abhängig vom Renteneintrittsalter zwischen 32 Prozent (Rente ab 60) und 27 Prozent (Rente ab 65). Das heißt, wer zusätzlich ein voll zu versteuerndes Firmenruhegehalt bezieht, wird in Zukunft möglicherweise Steuern bzw. höhere Steuern als bisher zu bezahlen haben.

Herr Dr. Rische (BfA) konnte sich mit seinem Vorschlag, den jeweiligen Prozentwert als Freibetrag festzuschreiben, in der Kommission nicht durchsetzen. Inzwischen hat auch Professor Ruland (VDR) kritisiert, dass die vorgeschlagene Übergangsregelung gegen die Vorgaben des BVerfG verstößt, da es nach den Berechnungen des VDR in vielen Fällen zu einer Doppelbesteuerung kom-

men würde, und ein Rentner über sein gesamtes Leben betrachtet mehr versteuern müsste als ein Pensionär mit gleich hohen Altersbezügen.

Wir warten jetzt erst einmal ab, wie der Gesetzgeber diese Vorschläge umsetzt, um dann gegebenenfalls in geeigneter Form zu reagieren.

(s. auch ADG-Forum Jan. 2003)

Die Kurzfassung des Berichts kann im Internet auf der Seite der BfA (www.bfa.de) bzw. der Seite des Bundesfinanzministeriums (www.bmf.de) nachgelesen oder auch herunter geladen werden.

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

Rentenanpassung 1,04 Prozent

Wie die Presse am 28. März 2003 berichtete, wird die nächste Rentenanpassung (zum 1.7.2003) 1,04 Prozent betragen. Damit bleibt die jährliche Rentenerhöhung zum vierten Mal hintereinander weit hinter den Lohn- und Gehaltserhöhungen des jeweiligen Vorjahres zurück. Nach Angaben der Süddeutschen Zeitung vom

29.01.2003 sind die Einkommen in der Industrie im vergangenen Jahr bei den Arbeitern im Mittel um 2,8 Prozent und bei den Angestellten um 3,7 Prozent gestiegen.

Zur Erinnerung: Bis 1998 folgte die Rentenanpassung den durchschnittlichen Nettolohn-erhöhungen des Vorjahres. Die durchschnittliche Beamtenpen-

sion ist etwa um den Faktor drei höher als die durchschnittliche Rente, die Pension wird außerdem 13 Mal gezahlt und erhöht sich jeweils um den gleichen Prozentsatz wie die Beamtenbezüge.

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