


3. Jahrgang Ausgabe 3/ März 2003

Unsere Themen

- **Wechseln und sparen**
Auch günstige Kassen bieten die vorgeschriebenen Leistungen
- **Ab April wieder attraktiver : der Zweitjob**
Der Arbeitgeber darf Zweitfleiß nur selten verbieten
- **Krankentagegeld**
Wichtiger als Sie denken
- **Offener Brief**
Gewissensfrage an einen Vater
- **Rette sich wer kann!**
Die Lage der gesetzlichen Krankenversicherung
- **Unfall nach Spurwechsel**
Auf Autobahn-Standstreifen am Stau vorbei

Wenn Sie die Überschriften im Inhaltsverzeichnis anklicken, führt Sie das Programm ganz automatisch an die richtige Stelle.

Hinter jedem Artikel finden Sie ein kleines rotes Dreieck . Wenn Sie dieses Dreieck anklicken, kommen Sie sofort zum Inhaltsverzeichnis zurück.

Wenn Sie Fragen zu einem bestimmten Thema haben oder vielleicht einfach über gewisse Dinge nur mehr wissen wollen, bietet Ihnen der kostenlose **Rückruf-Service** des Verbandes marktorientierter Verbraucher e.V. eine gute Gelegenheit, die Sie in Ihrem eigenen Interesse auch nutzen sollten.

Wechseln und sparen

Auch günstige Krankenkassen bieten die vorgeschriebenen Leistungen

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sind zu 95 Prozent vom Gesetzgeber vorgeschrieben und damit bei allen Kassen gleich.

- Alle medizinischen Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.
- Sie dürfen das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten.
- Die Versicherten können bundesweit zu allen Ärzten, Psychotherapeuten oder Krankengymnasten gehen, die eine Kassenzulassung haben.
- Sie können sich im nächstgelegenen für ihre Krankheit geeigneten Krankenhaus behandeln lassen, das einen Vertrag mit den Kassen hat.

Schlechte Kassen gibt es also nicht. Einen Mißgriff können gesetzlich Versicherte kaum tun, auch wenn einige Kassen das immer wieder gern behaupten.

Für einen intelligenten Verbraucher gibt es keinen vernünftigen Grund, mehr als nötig für seine Versicherung für seine Versicherungen zu bezahlen.

Diese Aussage des Verbandes marktorientierter Verbraucher e. V. gilt natürlich nicht nur für die privaten Versicherungen, sondern uneingeschränkt auch für die gesetzlichen Krankenversicherungen. Hier wie da läßt sich für den Verbraucher, der sich die Mühe macht und mitrechnet, Jahr für Jahr eine Menge Geld sparen.

Die bundesweit teuerste Kasse bittet ihre Mitglieder mit einem Beitragsatz von sage und schreibe 15,7 Prozent zur Kasse.

Ein gesetzlich versicherter Angestellter mit einem Bruttoeinkommen von 3450 Euro zahlt demnach 541,65 im Monat. Durch den Wechsel zur günstigsten Betriebskrankenkasse könnte er monatlich 131 Euro sparen, die ihm und seinem Arbeitgeber in gleicher Weise zu



Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

gute kämen. Das macht für jeden satte 786 Euro im Jahr aus.

Dabei wäre der Wechsel zu einem preiswerten Anbieter so einfach! Aber viele Verbraucher sind leider viel zu bequem, die eingetretenen Pfade zu verlassen.

So müssen Versicherte, die unbedingten Wert auf ein Gespräch mit den Mitarbeitern ihrer Kasse legen, sich darauf einrichten, diesen Luxus mit höheren Beiträgen zu bezahlen.

Die günstigsten Kassen haben in der Regel nur eine Geschäftsstelle, und so wird die eine oder andere Angelegenheit schriftlich oder telefonisch erledigt werden müssen. Aber der Einsatz lohnt sich. Im Laufe eines Lebens kommt da mit Sicherheit ein Vermögen zusammen, das spätestens bei der Altersversorgung jede teuer Versicherten fehlen dürfte.

Übrigens, die Kassen dürfen keinen Kunden ablehnen, der die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft erfüllt. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Einkommen dürfen für die Annahme als Mitglied keine Rolle spielen.

Das bedeutet im Klartext, daß alle gesetzlich Versicherten, also auch die Rentner, ohne Einschränkungen zwischen den Kassen wechseln können, die für ihren Wohn- oder auch Arbeitsort geöffnet sind.

Selbst chronisch Kranke, bei denen langwierige Behandlung mit enormen Kosten anstehen, können, wenn sie sparen wollen, zu preiswerten Anbietern wechseln, ohne daß die übernehmende Kasse das Geringste dagegen tun kann.

Die Beiträge richten sich ausschließlich nach dem Einkommen.

Der Wechsel von einer Kasse zur anderen ist einfach. Die Versicherten können ihre Kasse mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende verlassen. Geht eine Kündigung zum Beispiel zum 15. März bei der Kasse ein, dann endet die Versicherung am 31. Mai.

Jede Kasse ist verpflichtet, dem Wechselwilligen eine schriftliche Kündigungsbestätigung zu erstellen. Zugegeben, einige Kassen müssen vielleicht ein paarmal auf diese Pflicht hingewiesen werden, aber letztendlich werden sie doch der gesetzlichen Pflicht nachkommen.

Die Kündigungsbestätigung muß der Wechselwillige bei der neuen Kasse vorlegen, wenn er dort die Mitgliedschaft beantragt. Die neue

Kasse erstellt eine Mitgliedsbestätigung und zum 1. Juni beginnt die neue Mitgliedschaft. Nach dem Wechsel ist das neue Mitglied allerdings für 18 Monate an die neue Kasse gebunden. Es sei denn, die neue Kasse erhöht die Beiträge. Dann kann er wieder mit einer Frist von 2 Monaten zum Monatsende kündigen.

Seitdem alle Versicherten das Recht haben, sich ihre Kasse selbst auszusuchen, haben bereits hunderttausende diesen Schritt getan und sind zu beitragsgünstigen Kassen abgewandert. Es war, wenn Sie so wollen, eine Abstimmung mit den Füßen. So konnten allein die Betriebskrankenkassen seit dem Beginn der freien Kassenwahl im Jahr 1995 ihren Marktanteil nahezu verdoppeln.

Und wann wechseln Sie?

Die Erfahrung zeigt, daß überwiegend die Besserverdienenden, die Jüngeren und Gesünderen von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen und in beitragsgünstige Kassen wechseln.

In den teuren Kassen bleiben im Verhältnis mehr Ältere, Kranke und Schlechterverdienende. Ihre Gesundheitsversorgung ist teuer, aber gleichzeitig zahlen sie wegen ihres niedrigeren Einkommen weniger in die Kasse ein.

Theoretisch müßten also die teuren Kassen mit dem hohen Anteil an teuren Kunden ihre Beitragssätze noch mehr erhöhen, um die Krankheitskosten ihrer Versicherten überhaupt bezahlen zu können.

Damit sich diese Spirale nicht endlos weiter dreht, gibt es den Risikostrukturausgleich. Das ist ein Finanzausgleich, der für gleiche Bedingungen im Wettbewerb sorgen soll.

Krankenkassen mit vielen gering verdienenden, alten und kinderreichen Familien erhalten Geld aus diesem Ausgleichstopf. Kassen mit vielen einkommensstarken, jungen und ledigen Versicherten müssen einzahlen.

Wer zu einem der preiswerten Anbieter wechseln möchte, muß also keine Angst haben, daß seinem neuen Versicherer irgendwann einmal die Luft ausgeht.

Erst vor kurzem hat das Bundessozialgericht mehrere Klagen von Zahlerkassen abgewiesen, die sich gegen die Höhe der Zahlungen wehren wollten.

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Ab April 2003 wieder attraktiver: der Zweitjob

Der Arbeitgeber darf „Doppelfleiß“ nur selten verbieten

Schwarz auf weiß steht es in vielen Arbeitsverträgen: Während der Dauer des Arbeitsverhältnisses ist jede Tätigkeit bei einem anderen Arbeitgeber untersagt. Trotz Unterschrift des Arbeitnehmers: eine unwirksame Klausel. Denn jeder kann seine Arbeitskraft so intensiv vermarkten, wie er es will. Andererseits kann in einem Arbeitsvertrag durchaus geregelt sein, daß weitere Tätigkeiten nur mit Zustimmung des Arbeitgebers übernommen werden dürfen, wie das z. B. im öffentlichen Dienst die Regel ist.

Unabhängig davon: Arbeitnehmern ist es schon um des lieben (Arbeits-)Friedens willen natürlich zu empfehlen, ein zweites Arbeitsverhältnis nicht zu verheimlichen. Zumal die Rechtsprechung arbeitsvertragliche Beschränkungen zuläßt. Die Spielregeln, die eingehalten werden müssen, ergeben sich aus der Natur der Sache. Die Grundregel lautet: Ein Arbeitgeber muss dem beabsichtigten Zweitjob der Mitarbeiter zustimmen, wenn er „seine berechtigten Interessen“ nicht berührt. Das heißt umgekehrt: Kein Arbeitgeber muß dulden, daß

- bei einem seiner Mitbewerber gearbeitet (oder selbständig nebenberuflich dem Arbeitgeber Konkurrenz gemacht) wird;
- ein Mitarbeiter sich durch weitere Jobs körperlich übernimmt und deshalb im Hauptberuf nur noch „gebremst“ arbeiten kann - was natürlich im Streitfall eine Frage des Beweises sein wird.

Außerdem hält das Arbeitszeitgesetz eine generelle Regel bereit:

- Die Arbeitszeiten aller Arbeitsverhältnisse zusammen dürfen regelmäßig 10 Stunden täglich und 48 Stunden wöchentlich nicht überschreiten. Ein Verstoß hiergegen durch den Arbeitnehmer könnte einen Kündigungsgrund abgeben.

Was kann passieren, wenn ein Arbeitgeber einen berechtigten Grund hat, einem Mitarbeiter

zu untersagen, sich beruflich anderweitig zu engagieren? Nach einer „Abmahnung“ (als Vorstufe zur Kündigung) kann die Entlassung folgen.

Welche arbeitsrechtlichen Ansprüche haben Zweitjobber? Dieselben wie die Beschäftigten mit nur einem Arbeitsverhältnis. Dazu gehören die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und der Mutterschutz, Feiertagsbezahlung und bezahlter Urlaub ebenso wie betriebliche Sozialleistungen, wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld.

Bis einschließlich März 2003 werden für den Zweitjob (sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer) noch Sozialversicherungsbeiträge in voller Höhe fällig. Ab April 2003 gilt wieder das 1999 abgeschaffte Recht: Sozialversicherungsbeiträge brauchen vom Arbeitnehmer für den ersten Nebenjob nicht gezahlt zu werden, wenn der Monatsverdienst höchstens 400 Euro beträgt. (Der Arbeitgeber zahlt eine Pauschale von 23 Prozent – 12 % Rentenversicherung, 11 % Krankenversicherung.) Zweimal im Jahr darf „nebenbei“ auch mehr als 400 Euro verdient werden - ohne Sozialabgabepflicht; dies aber nur dann, wenn „unvorhergesehen“ Mehrarbeit anfällt, etwa bei plötzlicher Erkrankung eines Kollegen.

Steuerrechtlich gilt bis einschließlich März 2003: Der Arbeitgeber des Zweitjobs erhält eine Lohnsteuerkarte (Klasse VI) – wenn er nicht bereit ist, die Lohnsteuer pauschal (mit 20 Prozent plus Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag) zu tragen. Ab April 2003 gilt: Zahlt der Arbeitgeber für einen Arbeitnehmer im 400-Euro-Job zumindest pauschale Beiträge zur Rentenversicherung (12 Prozent), kann die Steuer (Lohnsteuer, Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag) mit einem Pauschsatz von 2 Prozent abgegolten werden, wenn auf die Vorlage einer Lohnsteuerkarte verzichtet wird.

Sind für einen 400-Euro-Job keine pauschalen Rentenbeiträge zu zahlen (weil zum Beispiel durch Zusammenrechnung mit einem weiteren 400-Euro-Job Sozialversicherungspflicht besteht), kann die Lohnsteuer – bei Verzicht auf eine Lohnsteuerkarte – wiederum pauschal mit 20 Prozent erhoben werden. Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag kommen dann grundsätzlich hinzu. Weder bei der 2%tigen noch der 20%tigen Pauschalsteuer ist der Stundenlohn von Bedeutung. Entscheidend ist ein Arbeitsentgelt von nicht mehr als 400 Euro im Monat.

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Krankentagegeld

Wichtiger als Sie denken

„Das passiert mir doch nicht! Länger als 6 Wochen krank“, in dieser trügerischen Hoffnung wiegen sich viele Angestellte. Vielleicht denken auch Sie so. Schön, wenn es so ist, aber die Statistik zeigt leider andere Werte.

Leider machen sich viel zu wenige Angestellte Gedanken darüber, wie schnell auch sie länger als 6 Wochen krank werden können. Da genügt schon ein einfacher Beinbruch oder gar ein Bandscheibenvorfall, um länger als 6 Wochen außer Gefecht gesetzt zu werden.

Selbst ein im Grunde harmloser Keuchhusten, den auch noch ein Erwachsener bekommen kann, kann zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als einem Jahr führen. Von heimtückischen Infektionskrankheiten ganz zu schweigen, deren Verlauf nicht mehr kalkuliert werden kann.

In den ersten 6 Wochen herrscht noch eitel Sonnenschein, denn während dieser Zeit muß der Arbeitgeber das Gehalt in voller Höhe weiter zahlen.

Danach kommt das bittere Erwachen. Wenn die Krankenkasse das erste Mal leistet, fehlt doch einiges Geld in der Haushaltskasse. Für denjenigen, der knapp kalkuliert hat, kann es mit den monatlichen Verpflichtungen unter Umständen schon ganz schön eng werden.

Runde 20 Prozent sind es, die schon bei einem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze jeden Monat in der Haushaltskasse fehlen. Bei höheren Einkommen kann die Lücke noch viel empfindlicher ausfallen. Das finanzielle Polster ist dann sehr schnell aufgezehrt.

Eine elegante Lösung zur bedarfsgerechten Vorsorge für den Fall einer länger andauernden Krankheit bietet die Hanse-Merkur mit der Möglichkeit, auch ohne Gesundheitsprüfung und lästige Fragen kostengünstig vorzusorgen. Mit Tagegeldern bis zu 20 Euro vom 43. Tag an lassen sich - bei einem Durchschnittsverdiener zumindest - die auftretenden Lücken kostengünstig schließen.

Arbeitnehmer mit höheren Einkommen und damit mit größeren Versorgungslücken werden sich wohl oder übel mit den Gesundheitsfragen auseinander setzen müssen. Da kann die an-

gegriffene Gesundheit schon mal einen Strich durch die Rechnung und eine höhere Absicherung unmöglich machen.

Versichern kann sich jeder Arbeitnehmer, der sich in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis mit sechswöchiger Lohnfortzahlung befindet und Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Tarifübersicht

Tagegeld	15-44 Jahre	45-54 Jahre	55-60 Jahre
5,00	2,00	3,00	5,50
10,00	4,00	6,00	11,00
15,00	6,00	9,00	22,00
20,00	8,00	12,00	27,50

Ein Krankentagegeld darf sich nur am tatsächlichen Bedarf ausrichten und darf im Leistungsfall nicht zu einer Bereicherung des Kranken führen. So will es der Gesetzgeber.

Aus diesem Grunde ist kein Krankenversicherer bereit, Krankentagegelder in beliebiger Höhe abzuschließen. So ist es auch nicht zulässig, mehrere Krankentagegelder bei unterschiedlichen Versicherern zu beantragen, die zusammengezählt zu einer Bereicherung führen würden.

Im Leistungsfall hat der Versicherer das Recht, die zu erbringenden Leistungen mit dem tatsächlichen Einkommen abzustimmen.

Der Versicherer wird auch nicht unbegrenzt leisten. Die Leistungspflicht endet, ebenso wie die Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Krankheit zu einer Berufsunfähigkeit führt.

Es ist also anzumerken, daß eine Krankentagegeldversicherung – ganz gleich in welcher Höhe sie abgeschlossen wird - in keiner Weise eine Berufsunfähigkeitsversicherung ersetzen kann. Jede der beiden Versicherungsarten erfüllt ihre eigene, genau definierte Aufgabe und ist nicht durch die andere zu ersetzen.

Wenn Sie weitere Informationen zu Thema Krankentagegeld wünschen, dann können Sie hier einen

Rückruf-Service

vereinbaren.



Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Offener Brief

Gewissensfrage

Sehr geehrter Herr Dr. H. !

Jedes Jahr werden in Deutschland viele tausend junge Menschen durch Krankheit oder Unfall so schwer geschädigt, daß sie in ihrem Leben nie wieder in der Lage sein werden, weder ihren erlernten Beruf auszuüben noch irgend einer anderen Tätigkeit nachzugehen. Zugegeben, für jeden Vater ist es schwer, sich vorzustellen, daß dieses Schicksal auch seine Tochter treffen könnte. So auch für Sie. Aber das ändert doch nichts an den Fakten.

Wie oft in Ihrem Leben mußten Sie bereits Leistungen aus Ihren diversen privaten Versicherungen in Anspruch nehmen, die Sie vorausschauend abgeschlossen hatten. Hausrat-, Haftpflicht-, Gebäudeversicherung, Krankenversicherung, Rechtsschutzversicherung?

Sie alle mußten leisten und haben geleistet.

Gestatten Sie mir die Frage: Woher nehmen Sie, sehr geehrter Herr Dr. H., denn die Überzeugung, daß ausgerechnet Ihrer Tochter ein so bitteres Schicksal wie die Berufsunfähigkeit erspart bleibt? Sie hoffen es, aber sicher, sicher können Sie nicht sein.

Ihre Tochter hat Glück. Sie hat einen Vater, der ganz ohne Zweifel über die notwendigen finanziellen Mittel verfügt, um seiner Tochter beim Aufstellen eines umfangreichen, sicheren Netzes zu helfen, das sie im Fall des Falles auffangen könnte und zusätzlich auch noch die Altersversorgung sichert.

Irgendwann wird Ihre Tochter vielleicht sogar selbst in der Lage sein, die Beiträge für den notwendigen Versicherungsschutz selbst aus eigenen Mitteln aufzubringen. Bis dahin aber sind Sie gefordert, und Sie sollten im Grunde sogar froh darüber sein, daß Sie so viel für Ihre Tochter tun können, ohne sich besonders einschränken zu müssen.

Wenn Sie ehrlich zu sich selbst sind, werden Sie zugeben müssen: Sie werden sich deswegen kein einziges Brötchen dünner belegen und auf nichts verzichten müssen. Stimmt's? Kosten Ihre Hobbys nicht ein Vielfaches von dem, was Sie für die umfassende Absicherung Ihrer Tochter ausgeben müßten, und Sie geben es für sich auch ohne zu Zögern aus?

So gut vorsorgen können leider nur die wenigsten Eltern, und Sie zögern noch immer?

Sehen Sie es bitte doch einmal ganz nüchtern! Auch Sie haben nicht das ewige Leben. Auch Sie werden irgendwann einmal abtreten müssen. Auf Ihrem letzten Weg aber werden auch Sie keinen einzigen Euro, mitnehmen können. Dann wird Ihre Tochter doch ohnehin alles bekommen, und, wie es aussieht, wird sie sogar eine Menge Erbschaftssteuer bezahlen müssen.

Warum investieren Sie nicht einfach einen Teil davon in die Zukunft und die Sicherheit Ihrer Tochter? Das Geld, das Sie dafür aufwenden, könnte zur besten Investition Ihres Lebens werden.

Selbstverständlich hat auch diese Sicherheit ihren Preis. Sicherheit kann es nun mal nicht zum Nulltarif geben. Auch nicht für Sie. Irgend jemand muß schließlich die Mittel aufbringen, aus dem die Leistungen erbracht für einige wenige erbracht werden.

Hoffen wir gemeinsam, daß Ihre Tochter nie in die Lage kommt, Ansprüche auf Grund einer Berufsunfähigkeit stellen zu müssen! Dann aber bleibt als weiterer Pluspunkt immer noch die Altersversorgung Ihrer Tochter, für die Sie jetzt bereits den Grundstein legen können. Selbst wenn Ihre Tochter berufsunfähig werden sollte, sichert die vereinbarte Beitragsbefreiung für den Fall einer Invalidität noch immer eine auskömmliche Altersversorgung.

Wenn Sie die moralische Verantwortung für Ihre Tochter vergessen und die Angelegenheit lieber von der kaufmännischen Seite sehen wollen, gut, dann sollten Sie auch den folgenden Punkt in Ihre Überlegungen einbeziehen:

Wenn Sie die Zukunft Ihrer Tochter ausreichend absichern, sichern Sie gleichzeitig Ihr eigenes finanzielles Umfeld vor einschneidenden Überraschungen. Denn in einem Schadensfall würden Sie durch das Sozialamt unnach-sichtlich zur Kasse gebeten werden, denn Sie, Sie allein müssen ein Leben lang für Ihre Tochter aufkommen. So will es der Gesetzgeber, und bei Ihnen ist wenigstens etwas zu holen.

Denken Sie noch einmal in Ruhe darüber nach! Noch haben Sie Zeit.

Herzlichst

Ihr

Volker Spiegel

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Rette sich wer kann!

Die Lage der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Schallgrenze von 15 Prozent wurde bereits durch die ersten gesetzlichen Krankenkassen durchbrochen und noch ist keine Ende der Beitragssteigerungen in Sicht.

Der durchschnittliche Beitragssatz aller Krankenkasse von zur Zeit 14,4 Prozent wird nach Meinung der Experten noch in diesem Jahr 14,7 Prozent erreichen und dürfte im nächsten Jahr auf 15 Prozent steigen, wenn, ja wenn es nicht zu einschneidenden Reformen kommen würde.

Dabei war der Beitragssatz erst in diesem Jahr von 14 auf 14,4 Prozent geklettert. Aber das Geld reicht vorn und hinten nicht.

So gilt zum Beispiel die DAK, Deutschlands zweitgrößte Ersatzkasse trotz ihrer 5,3 Millionen Mitglieder nach Meinung von Branchenkennern als Sanierungsfall. Der Beitragssatz von 15,2 Prozent sei Kostendeckend und könne sogar zum Abbau des im letzten Jahr angefallenen Defizits dienen, wird behauptet. Leider aber laufen ihr jetzt die Mitglieder auf Grund des hohen Beitrages in Scharen davon. Allein im letzten Jahr haben rund 170.000 Mitglieder mit den Füßen abgestimmt und den teuren Anbieter verlassen.

Neben der DAK soll sich auch die Barmer Ersatzkasse in ernsthaften Schwierigkeiten befinden. Die BEK hatte es zu Jahresanfang – aus welchen Gründen auch immer - vermieden, ihre Beiträge bedarfsgerecht anzupassen und sie bei 14,9 Prozent belassen.

Darüber sind die anderen Ersatzkassen jetzt mehr als beunruhigt, denn im Falle einer Insolvenz müßten sie für die Millionenschulden der BEK einstehen.

Einige Kassen sollen dem Vernehmen nach zudem mit einer wachsenden Verschuldung zu kämpfen haben. Obwohl es den Kassen gesetzlich verboten ist, Kredite aufzunehmen, sollen sich einige Kassen gleichwohl erheblich verschuldet haben.

Nicht viel besser sieht es bei den Betriebskrankenkassen aus. Bei der BBK Heilberufe, einer der größten deutschen Betriebskrankenkassen mit 460.000 Mitgliedern und einem Beitragssatz von 13,9 hat nach Berichten der Welt

am Sonntag die Hausbank bei einer Verschuldung von 250 Millionen Euro bereits die Notbremse gezogen haben. Der Vorstand der BKK trat bereits vor einigen Wochen auf eigenen Wunsch zurück. Auf eigenen Wunsch!

Zurück zu den einschneidenden Reformen, die nach Meinung der Fachleute zwar dringend nötig wären, aber nicht durchgesetzt werden. Eine Menge hoch bezahlter Leute ist damit beschäftigt, Lösungsvorschläge zu erarbeiten, aber dann fehlt der Mut, sie auch umzusetzen. Daß es so wie bisher nicht weitergehen kann, ist allen Beteiligten klar. Aber der Teufel steckt wie immer im Detail.

Wer sich die Mühe macht, die Entwicklung unseres Bruttosozialproduktes und die Entwicklung der Krankheitskosten der letzten Jahre als Kurve aufzuzeichnen und fortzuführen, wird sehr schnell feststellen, daß sich die beiden Kurven – wenn auch erst in der Zukunft – irgendwann einmal schneiden. Dann müßten wir nur noch für unsere Krankheitskosten arbeiten. Bei diesen Überlegungen spielt es keine Rolle, ob dieser Zeitpunkt ein paar Jahre früher oder später erreicht wird. Allein die Tatsache, daß sich die Kurven schneiden, ist ausschlaggebend und muß uns zum Umdenken zwingen.

Die Maßnahmen, die in Kürze getroffen werden müssen, wenn unser Gesundheitssystem nicht völlig zusammenbrechen soll, dürften alles andere als Begeisterungstürme bei den Betroffenen auslösen. Wahlen können mit diesen Fragen bestimmt nicht gewonnen werden, und deshalb haben unsere Politiker auch nicht den Mut, offen darüber zu sprechen oder passende Denkmodelle zur Diskussion zu stellen.

- Die Medizin macht Fortschritte. Das ist gut so, denn wir alle wollen gesünder leben. Und natürlich auch länger. Neue, immer teurere Medikamente werden entwickelt. Irgendwann werden wir uns ernsthaft mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob das medizinisch Mögliche auch noch bezahlbar ist, und – wenn ja - wer es bezahlen soll, ohne daß unser ganzes wirtschaftliches System zusammenbricht.
- So bitter es klingen mag, wir werden irgendwann auch darüber entscheiden müssen, wie lange Todkranke und Sterbende – oft gegen ihren erklärten Willen – mit Hilfe eines nicht zu vertretenden tech-

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

nischen Aufwandes über Tage und Wochen künstlich am Leben gehalten werden.

- Ist diese Vielfalt von gesetzlichen Krankenkassen mit den damit verbundenen Verwaltungssystemen auf Dauer aufrecht zu erhalten und auch im Interesse der Versicherten?
- Könnte der Verwaltungsaufwand nicht von einigen wenigen Anbietern wesentlich kostengünstiger abgewickelt werden?
- Welche Eigenverantwortung – sprich, welche Selbstbeteiligung – kann den Versicherten zugemutet werden, um die Kosten für Arbeit nicht ins Unermeßliche steigen zu lassen?
- Ist das ganze System der medizinischen Versorgung auf der Grundlage von Einzelpraxen überhaupt noch zeitgemäß und vor allem auch auf Dauer finanzierbar, oder könnten andere Versorgungsmodelle nicht viel wirtschaftlicher arbeiten und damit zweckmäßiger sein?
- Welche Einsparungen könnte eine moderne Patienten-Chipkarte verbunden mit der Schaffung eines gläsernen Patienten mit sich bringen?
- Welche medizinischen Leistungen können aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeklammert und in die Verantwortung eines jeden einzelnen Mitgliedes überführt werden.
- Sollte die gesetzliche Krankenversicherung vielleicht nicht doch nur noch eine Art Grundsicherung für alle sicherstellen, auf die jeder einzelne Versicherte dann den von ihm gewünschten Versicherungsumfang aufbauen könnte oder sollte?
- Sollte diese Grundsicherung für alle Deutschen zur Pflicht werden, um die zu tragenden Lasten wirklich gleichmäßig auf alle Schultern zu verteilen?

Eine Menge Fragen, deren Beantwortung mit Sicherheit noch längere Zeit in Anspruch nehmen und unsere Gesundheitsministerin noch geraume Zeit auf Trab halten wird.

Verständlich also, daß jeder, der rechnen kann und auch die Möglichkeit hat, den gesetzlichen Kassen mit ihren überzogenen Beiträgen den Rücken zu kehren, diesen Schritt auch tut und sich privat versichert.

Immer mehr Beiträge für immer weniger Leistungen, da fällt den meisten nüchtern rechnenden Verbrauchern die Entscheidung nicht mehr schwer. Wenn sie sich ein paar Angebote einholen und dann den Rechenstift entscheiden lassen, gehen sie.

Hinzu kommt, daß viele gesetzlich Versicherte in weiser Voraussicht ohnehin bereits eine private Krankenzusatzversicherung abgeschlossen haben, weil sie den gesetzlichen Leistungen aus gutem Grund nicht mehr vertrauen. Sie wollen ganz einfach sicher sein, daß wenigstens im Falle eines notwendigen Krankenhausaufenthaltes auch wirklich alles Menschenmögliche getan werden kann.

Der Gedanke an eine Behandlung durch den Chefarzt und die Unterbringung als Privatpatient im Ein- oder Zweibettzimmer läßt die zusätzlichen Beiträge leichter verschmerzen. Oft genug kommen noch weitere Zusatzversicherung hinzu.

Natürlich gibt es auch einige wenige edelmütige „Überzeugungstäter“, die glauben, aus einer Art sozialer Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben zu müssen, obwohl sie diese Entscheidung mehr als teuer bezahlen müssen. Natürlich kann man bereits die Möglichkeit einer privaten Vorsorge als sozial ungerecht abtun, weil sich der Starke auf diese Weise ganz bequem seiner Verantwortung gegenüber der Gemeinschaft entziehen kann.

Diese Frage aber muß jeder für sich entscheiden. Fest steht, wer sich privat versichert, bestimmt selbst,

- welche Leistungen er im Falle einer Krankheit für sich und seine Familie in Anspruch nehmen will,
- wieviel Eigenverantwortung er aufgrund individuell zu vereinbarenden Selbstbeteiligungen zu übernehmen bereit ist,
- wieviel Geld er für diese Vorsorge aufwenden will
- wieviel Geld er für eine Beitragssenkung im Alter zurücklegen will.

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Krankenversicherung wünschen, können Sie hier einen

Rückruf-Service

vereinbaren.

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Unfall nach Spurwechsel

Auf Autobahn-Standstreifen am Stau vorbei

Kurz vor einer Autobahnausfahrt steckte ein Autofahrer im Stau. Um schneller voran zu kommen, fuhr er vorschriftswidrig auf die Standspur und zog am Stau vorbei. Dann nahm er allerdings nicht die Ausfahrt, sondern wechselte wieder nach links und zwängte sich auf der rechten Fahrspur zwischen zwei Lastern.

Der hintere Laster konnte nicht mehr rechtzeitig bremsen und fuhr auf den Wagen auf. Der Autofahrer behauptete, er habe sich vor dem Spurwechsel mit dem LKW-Fahrer per Blickkontakt verständigt. Dieser hätte deshalb besser aufpassen müssen und verlangte Schadenersatz.

Das Landgericht Gießen glaubte dem geschädigten Autofahrer nicht und wies seine Zahlungsklage ab. Ohne polizeiliche Anweisung, so die Richter, dürfe niemand die Standspur benutzen. Der Fahrer des PKW habe sich also grob verkehrswidrig verhalten.

Deshalb habe er sich und andere Verkehrsteilnehmer gefährdet, indem er sich zwischen die auf der rechten Fahrspur fahrenden Lastwagen gedrängt habe.

Der LKW-Fahrer habe bestritten, durch Handzeichen oder Blickkontakt signalisiert zu haben, daß er auf seine Vorfahrt verzichten würde.

Statt dessen habe er ausgesagt, das von rechts in seine Spur einscherende Fahrzeug sei für ihn gar nicht zu sehen gewesen. Wer jedoch die Spur wechselt, ohne sicher zu sein – z. B. aufgrund eines Handzeichens – daß der Fahrer neben ihm auf seine Vorfahrt verzichte, handle äußerst leichtfertig.

Deshalb müsse der Autofahrer sein beschädigtes Auto auf eigene Kosten reparieren lassen.

(Urteil des Landgerichts Gießen vom 15. März 2000 – 1 S 529/99)

Auswahl

Mit hochgeschlossenen Trenchcoat und ausdruckslosem Gesicht betritt ein Mann ein Wafengeschäft in Chicago und verlangt einen Revolver.

„Was soll es denn sein“, fragt zuvorkommend der Verkäufer. „Eine Smith & Wesson oder lieber einen Colt? Wir haben da mehrere sehr elegante Modelle auf Lager.“

„Egal“, sagt der Mann mit fester Stimme, „Hauptsache für fünf Personen“.

Seltenheitswert

In den Südstaaten ist ein Schwarzer erschossen worden. Fünf Schüsse in den Rücken.

Kopfschüttelnd dreht der Sheriff den Toten auf den Rücken und meint dann zu seinem jungen Deputy: „So einen gräßlichen Selbstmord habe ich schon lange nicht mehr gesehen.“

Makabera

Die Seite die ein Lächeln kostet

Unter der Internetadresse www.makabera.de finden Sie weitere Witze, die Sie mit gutem Gewissen weitererzählen oder mit einem Mausklick auch an gute Freunde weiterschicken können.

Impressum
TOP-IQ

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher erscheint monatlich und wird einem festen Kreis ausgewählter Abonnenten kostenlos per E-Mail zugestellt.

Herausgeber:
Verband marktorientierter Verbraucher e.V.
Christophstr. 20-22 50670 Köln
Tel. 0221-122020 Fax 0221-122029
Schriftleitung:
Volker Spiegel (V.i.S.d.P.)