

BLVN Seniorenvertretung

Aktuelle Informationen

Ellernstraße 38
30175 Hannover
Telefon: (0511) - 324073
Telefax: (0511) - 3632203

Internet: www.blv-nds.de
E-Mail: info@blv-nds.de

Peter Bahr Steinweg 18 21335 Lüneburg 04131-46977 bahr-lueneburg@t-online.de

Nr. 132

SEPTEMBER 2019

Themen dieser Ausgabe:

1. Zahlung der Versorgungsbezüge für 08.2019
 2. EZB – Niedrigzinspolitik
 3. Bestattungskosten
 4. Laser-OP (Kostenabrechnung Privatpatienten)
 5. Anspruch auf Behandlung in Deutschland im Ausland lebender Rentner und Pensionäre
 6. Widerspruch gegen den Rentenbescheid
 7. Verdacht auf Behandlungsfehler
 8. Kontovollmacht (Erbe)
-

1. Zahlung der Versorgungsbezüge für 08.2019

Fehlerhafte Einbehaltung von Beiträgen zur Kranken-/Pflegeversicherung für freiwillig Versicherte Versorgungsempfänger/innen.

Mit Wirkung vom 01.07.2019 hat sich der § 256 SGB V dahingehend geändert, dass zum 01.07.2019 für alle Pflichtversicherten die Beiträge zur Kranken-/Pflegeversicherung von den Versorgungsbezügen einzubehalten sind und von der Zahlstelle (hier: NLBV) direkt an die Krankenkassen zu zahlen sind. Das NLBV hat daraufhin mit den Versorgungsbezügen für August 2019 die Beitragsabführung rückwirkend ab 01.07.2019 umgestellt und die Beiträge an die Krankenkassen abgeführt.

Es hat sich nunmehr herausgestellt, dass aufgrund eines technischen Fehlers auch für die freiwillig versicherten Versorgungsempfänger/Versorgungsempfängerinnen die Beiträge einbehalten wurden, obwohl diese weiterhin ihre Beiträge selbst an die Krankenkassen leisten.

Diese zuviel einbehaltenen Beiträge werden mit der nächsten Bezügezahlung für September 2019 erstattet.

Quelle: NLBV

2. EZP – Niedrigzinspolitik

Im Zuge der letzten Finanzkrise hat die EZB (Europäische Zentralbank) den Leitzins seit 2016 auf 0,0 Prozent gesenkt. Das bedeutet, dass Banken, die bei ihr Geld einlagern, Strafzinsen in Höhe von 0,4 Prozent zahlen müssen.

Die Banken halten sich schadlos, indem sie die Strafzinsen an ihre Kunden und zwar an alle, weiterreichen. Die Folgen dieser Niedrig- und Strafzinspolitik bekommen auch jene Bürger zu spüren,

die zwar wenig Geld auf der Bank haben aber Beiträge für die Sozialversicherung abführen müssen. Betroffen sind auch die Kapitalanlagen der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Für die Versicherten führt dies mittelfristig zu einem Anstieg der Beiträge.

Gesetzlich vorgeschrieben ist, dass, was auf dem Kapitalmarkt nicht zu erwirtschaften ist, muss durch eine Erhöhung der Vorsorge ausgeglichen werden.

Betroffen sind dadurch Privatversicherte wie auch Sparer, wobei jede Beitragsanpassung dauerhaft die eigene medizinische Versorgung in der Zukunft sichert.

Quelle: PKV

3. Bestattungskosten

Bis 2003 zahlten die gesetzlichen Krankenkassen beim Tod eines Versicherten das sogenannte Sterbegeld an die Hinterbliebenen aus, um die Kosten einer Bestattung aufzufangen.

Einst lag es bei rund 3.000 Euro und wurde dann immer weiter reduziert, bis es 2004 komplett abgeschafft wurde. Seitdem müssen die nächsten Angehörigen die Kosten tragen, selbst wenn sie zu Lebzeiten keinen Kontakt mehr zu dem Verstorbenen hatten.

Eine Bestattung kann teuer werden. Die einfache anonyme Sargbestattung liegt nach neuem Stand bei rund 3.000 Euro, die einfache Urnenbestattung bei 6.000 Euro und bei einer einfachen Sargbestattung muss mit rund 8.000 Euro gerechnet werden.

Sind die Angehörigen nicht zahlungsfähig oder gibt es keine näheren Verwandten mehr, erstattet das zuständige Sozialamt die Ausgaben. Die Leistungen einer Sozialbestattung sind begrenzt.

Wer sicher gehen möchte, dass eine Bestattung nach seinen Vorstellungen erfolgen soll, sichert sich durch eine Sterbegeldversicherung ab. Derjenige, der so vorsorgt, zahlt in der Regel einen monatlichen Beitrag für einen festgelegten Zeitraum. Die vereinbarte Summe erhalten die Angehörigen im Todesfall des Versicherten, auch wenn dieser früher als erwartet eintreten sollte.

Eine zu Lebzeiten erstellte Bestattungsverfügung ist von den Angehörigen zu beachten und sollte nicht mit dem Testament zusammen aufbewahrt werden, sondern im Familien- oder Stammbuch, welches als erstes nach einem Todesfall zurate gezogen wird, abgelegt werden. Die Fürsorgeberechtigten sollten eine Kopie erhalten, die verfassten Wünsche können von Ihnen zu jeder Zeit neu verfasst, geändert werden.

Quelle: www.bestattungen.de
www.dvag.com

4. Laser-OP

Viele ältere Menschen leiden an Grauem Star, fachsprachlich Katarakt. Dabei handelt es sich um die Trübung der Augenlinse, die das Sehvermögen zunehmend einschränkt. Heute ist es Standard, mit der Katarakt-OP den Linsenkern zu entfernen und eine Kunstlinse einzusetzen.

Zunehmend wird von den Ärzten der Femtosekundenlaser verwendet, auch wenn der Nutzen dieser OP-Methode durchaus umstritten ist. Außerdem ist die Abrechnung dieser Methode problematisch, weil der Femtosekundenlaser nicht ausdrücklich in der GOÄ aufgeführt ist.

Für Privatpatienten ist wichtig:

- Privatversicherte, die vor einer Katarakt-Operation stehen, sollten vorab einen Kostenvoranschlag einfordern und darauf achten, welche Leistungen ihr Arzt wie berechnen möchte. Taucht die GOÄ-Nr. 5855 im Kostenvoranschlag auf, wird Ihr Krankenkassenversicherer die Erstattung für diesen Teil der Rechnung vermutlich ablehnen. Ein hoher Eigenanteil an den Operationskosten ist zu erwarten.

Es ist ratsam, den Kostenvoranschlag vor Durchführung der Operation bei der privaten Krankenversicherung einzureichen. Wer dieses versäumt hat und erst die Rechnung des Augenarztes mit den Zusatzkosten für den Femtosekundenlaser konfrontiert ist, sollte ebenfalls Kontakt zu seiner PKV aufnehmen, um das weitere Vorgehen gemeinsam abzustimmen. Vielfach bieten die Krankenkassenversicherer entsprechende Hilfestellung bei der Abwehr unberechtigter Honorarforderungen an. Eine höchstrichterliche Entscheidung durch den Bundesgerichtshof ist hier notwendig.

Rücksprache sollte auch mit dem NLBV über eine anstehende OP mit dem Einsatz der Femtosekunden-Methode genommen werden.

Quelle: www.derprivatpatient.de

5. Anspruch auf Behandlung in Deutschland im Ausland lebender Rentner und Pensionäre

Das Urteil:

Bundessozialgericht: Gesetzliche Krankenversicherung muss zahlen
(Az: B 1 KR 2/04 R, B 1 KR 4/04 R)

Deutsche Rentner, die sich im Ausland niederlassen, haben weiterhin Anspruch auf eine Krankenbehandlung in der Heimat. Die deutsche Krankenkasse habe kein Recht, einem in Frankreich oder Spanien lebenden Rentner die Ausstellung einer Versichertenkarte und die Behandlung daheim auf ihre Kosten zu verweigern, urteilte das Bundessozialgericht (BSG). Der Verweis auf die ausländische Versicherung, die an seinem neuen Wohnort für seine Behandlung aufkommt, ist nicht nachzuvollziehen.

Dem Rentner werde nach EU-Recht nur deshalb der Versicherungsschutz gewährt, weil er Anspruch auf Leistungen hätte, wenn er in Deutschland wohnte.

Eine mögliche Doppelbelastung der deutschen Krankenversicherung stehe dem Anspruch der Rentner nicht entgegen, urteilte das BSG. Die beklagte Kasse hatte vorgebracht, sie bezahle für die Auslandsbehandlung der Rentner einen Pauschalbetrag und zusätzliche Arztbesuche in Deutschland führten zu doppelten Kosten.

Wenn dem so sei, müsse die Kasse die Pauschale anpassen oder eine Einzelerstattung vornehmen, so die Richter in Kassel.

Grundsätzliches hierzu:

Gesetzlich krankenversicherte Rentner

Deutsche Rentner sind und bleiben Mitglied der deutschen Rentenversicherung.

Wer als Rentner dauerhaft in ein anderes EU-Land ziehen möchte, lässt sich bei seiner Krankenkasse das Formular „E-121“ ausstellen. Mit diesem Formular wendet man sich an den Krankenversicherungsträger im Land des neuen Wohnsitzes. Rentner haben dann dort ein Recht auf die gleiche medizinische Versorgung, die allen Inländern zusteht. Die Krankenversicherung im Gastland kommt für alle Kosten auf und rechnet mit der deutschen Krankenkasse ab.

Beihilfeberechtigte Beamte

Auch nach dem Umzug in ein anderes EU-Land ändert sich für Beamte das Verfahren zur Erstattung der Behandlungskosten nicht. Wie in Deutschland zahlt man zunächst die Arzt- oder Medikamentenrechnung selbst und reicht sie dann sowohl bei der Beihilfestelle als auch bei der privaten Krankenversicherung ein.

Als Pensionär im Ausland kann man allerdings niemals sicher sein, dass die Beihilfestelle tatsächlich vollen Kostenersatz leistet. Die Beihilfe wird nämlich auf der Grundlage der in Deutschland geltenden Tarife berechnet.

Sollten Sie sich in Frankreich einer Operation oder Untersuchung unterziehen müssen, die dort sehr viel teurer ist als in Deutschland, würde die deutsche Beihilfe nur nach den deutschen Sätzen zahlen, der Differenzbetrag ist aus eigener Tasche zu begleichen.

Auch bei der Krankenversicherung sind unangenehme Überraschungen nicht ganz auszuschließen. Ob und inwieweit die private Krankenversicherung für die Leistungen im Ausland aufkommt, hängt vom jeweiligen Krankenversicherungsvertrag ab. Bei vielen Verträgen wird nur gezahlt, wenn vorher eine „Auslandsvereinbarung“ getroffen wurde. Andere Vertragsformen sind automatisch EU-weit gültig. In jedem Fall zahlt die private Krankenversicherung nur nach den im Vertrag festgelegten Bedingungen und Tarifen.

Die Krankenversicherung sollte man in jedem Fall über den Umzug informieren, sich bei dieser Gelegenheit nach den genauen Erstattungsmodalitäten erkundigen und gegebenenfalls mit einer Zusatzversicherung gegen die Risiken unvollständiger Beihilfezahlungen absichern.

Als Pensionär ist der Weg ins Ausland damit komplizierter als für Arbeitnehmer, die der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Für sie gilt EU-Recht, nach dem auch Rentner, die in einem anderen EU-Land leben, ohne Einschränkungen Anspruch auf alle dort vorgesehenen Leistungen haben, also nicht zuzahlen müssen.

Quelle: Krankenkassen Deutschland

6. Widerspruch gegen den Rentenbescheid

Sind Sie mit einem Bescheid des Rentenversicherungsträgers (zum Beispiel einem Rentenbescheid) nicht einverstanden, können Sie Widerspruch einlegen. Leben Sie in Deutschland, haben Sie dafür

einen Monat Zeit, im Ausland Lebende drei Monate. Wo Sie den Widerspruch einlegen können, steht in der Rechtsbehelfsbelehrung Ihres Bescheides.

Für ein Widerspruchsverfahren müssen Sie sich keinen Anwalt nehmen. Auch sind keine Gebühren oder ähnliches zu zahlen. Haben Sie mit Ihrer Kritik Recht, erhalten Sie einen neuen Bescheid. Dieser sogenannte „Abhilfebescheid“ berücksichtigt das, was Sie bemängelt haben. Die notwendigen Aufwendungen für das Widerspruchsverfahren können unter Umständen erstattet werden.

Ist der Bescheid aus Sicht des Rentenversicherungsträgers nicht zu beanstanden, wird Ihr Widerspruch an die Zentrale Widerspruchsstelle abgegeben. Hier entscheidet ein Widerspruchsausschuss darüber, ob der Widerspruch tatsächlich zurückzuweisen ist. Jeder Widerspruchsausschuss ist neben einem Vertreter der Geschäftsführung mit je einem gleichberechtigten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt. Die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber gehören der Selbstverwaltung an.

Sind Sie mit der Entscheidung der Widerspruchsstelle nicht einverstanden, können Sie Klage vor dem Sozialgericht erheben. Das für Sie zuständige Sozialgericht können Sie der Rechtsbehelfsbelehrung des Widerspruchsbescheides entnehmen.

Quelle: Deutsche Rentenversicherung

7. Verdacht auf Behandlungsfehler

Krankenkassen haben, laut einer Studie, in jedem vierten Verdachtsfall einen Behandlungsfehler festgestellt. Vermuten Sie, dass eine Behandlung nicht sorgfältig durchgeführt wurde, versuchen Sie ein klärendes Gespräch mit dem Arzt oder der Beschwerdestelle des Krankenhauses zu führen.

Kann das Ihren Verdacht nicht ausräumen, wenden Sie sich wegen der Verjährung innerhalb der nächsten drei Jahre an Ihre Krankenkasse.

Bei dem Verdacht auf Behandlungsfehler muss Ihnen die Krankenkasse kostenlos beistehen.

Der übliche Ablauf: Die Kasse fordert Ihre Behandlungsunterlagen an und bittet Sie um ein Gedächtnisprotokoll. Ergibt sich daraus für die Krankenkasse ein klarer Verdacht, dann beauftragt sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einem Gutachten.

Sollte eine fehlerhafte Behandlung festgestellt werden, bekommen Sie das Gutachten und können Ansprüche gegenüber Ihrem Arzt geltend machen. Auf die Unterstützung eines Fachanwalts für Medizinrecht sollte nicht verzichtet werden.

Alternativ zur Krankenkasse können Sie sich auch an die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärzte- und Zahnärztekammern wenden. Ein Schlichtungsverfahren ist dort aber nur möglich, wenn auch der Arzt dem zustimmt.

Quelle: Krankenkasse Deutschland

8. Kontovollmacht (Erbe)

In der Regel müssen Erben der Bank einen Erbschein vorlegen, falls sie über die Konten des Verstorbenen verfügen wollen. Wer aber zu Lebzeiten vom Verstorbenen eine Kontovollmacht über den Tod hinaus bekommen hat, erhält auch ohne Erbschein Zugriff auf die Konten. Mit einer solchen Vollmacht können Sie sich unter Umständen die Kosten für einen Erbschein sparen.

Die in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) einer Sparkasse enthaltene Klausel, wonach sie nach dem Tod des Kunden einen Erbschein verlangen darf, hat der Bundesgerichtshof für unwirksam erklärt. Der Erbe muss die Möglichkeit haben, sein Erbrecht auch anders zu beweisen. Daher darf eine Sparkasse in den AGB nicht auf die Vorlage eines Erbscheins bestehen.

(BGH, Urteil vom 8. Oktober 2013, Az. XI ZR 401/12)

Verlangt eine Bank einen Erbschein von Ihnen, obwohl Sie anderweitig zweifelsfrei nachweisen können, dass Sie Erbe sind, sollten Sie die Bank auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hinweisen.

In einem Fall musste die Bank die Kosten von 1.770 Euro für den Erbschein bezahlen, den sie verlangt hatte, obwohl er nicht notwendig war.

(BGH, Urteil vom 5. April 2016, Az. XI ZR 440/15)

Hinweis: Bevor Sie einen Erbschein beantragen, sollten Sie klären, wofür er benötigt wird und ob er nicht aufgrund eines anderen Erbnachweises überflüssig ist.

Quelle: Finanztip
