

Alexander Keim

7071 Alldorf, 1.2.67
Haselbach

Sehr geehrter Herr Guter!

Auf Ihr Schreiben vom 24.1.67 möchte ich mich an Sie persönlich wenden.

Ich lege den Artikel der Welt bei, Januskopf der Medizin. Dort wird klar und deutlich gesagt, warum die Krankenkassen kein Geld haben. Ergänzend darf ich Sie darauf aufmerksam machen, warum ganz bestimmte Arbeitertypen regelmäßig alle 4 Wochen 8 - 14 Tage krank feiern.

- 1) Krankengeld ist steuerfrei
- 2) damit bekommt der Betreffend am Jahresende einen Steuerausgleich
- 3) er zahlt während der Krankheit auch keine Beiträge
- 4) er kann Schwarz arbeiten.

Sorgen Sie dafür, daß auch Krankengeld der Lohnsteuer unterworfen wird. Die Gewerkschaften sind dagegen. Diese Organe sind auch dagegen, daß bei Krankheiten der Kranke sich selbst an den Kosten beteiligt. Auch die Ärzte sind dagegen, weil man nie weiß, d.h. der Erkrankte kann nie kontrollieren, für welche Behandlung der Arzt Honorar berechnet. Es gibt noch einen ganzen Katalog von unkontrollierbaren Kosten, die die Krankenkasse zahlt, ohne verpflichtet zu sein. Es sind Delikte, die ich z.B. nicht beweisen kann, auch Sie nicht.

Weiter will ich Ihnen noch sagen, daß die Rentner, ehe Sie Rentner wurden, jahrelang Beiträge zahlten. Und wenn nun die Ausgaben für die Rentner in keinem Verhältnis zu deren Beiträgen mehr stehen, und Sie die Beiträge für diese Rentner erhöhen, dann beweisen Sie nur, daß Sie den Weg des geringsten Widerstandes beschreiten, denn der Rentner kann sich nicht wehren.

Nun können Sie denken, was Sie wollen. Ich jedenfalls halte mich heraus. Ich bin jetzt 62, früher war ich bei der Beamtenkrankenkasse mit einem ganz geringen Beitrag, 1945 wurde ich rechtlos. Ich ging aber nicht zur Sozialfürsorge, sondern arbeitete als Tagelöhner und kam so zu den AOK. Das habe ich nicht zu verantworten. Heute bin ich bei keiner Krankenkasse. Wenn ich wieder einmal schwer krank werden sollte, nehme ich keinen Arzt und werde dann wohl sterben müssen, was der Arzt ja auch nicht verhindern kann.

Und jetzt noch einmal die Beitrag-Frage. 1964 zahlte ich als freiwilliges Mitglied für mich, meine Ehefrau und zwei Kinder monatlich 30,24 DM. Jetzt verlangen Sie für meine Frau allein mit nur einem Kind 31,62 bzw. 29,76 DM.

Das wollte ich Ihnen sagen. Konsequenz sind Sie nicht. Und herumstreiten werde ich auch nicht mehr mit Ihnen. Mein Bedarf ist gedeckt. Nur eines bitte ich mir aus, verlangen Sie nicht von mir, an die sogenannte Soziale Gerechtigkeit zu glauben. Es gibt nur die Macht, wer diese hat, hat auch Recht. Ich bin machtlos.

Mit freundlichen Grüßen!

Keim

Allgem. Ortskrankenkasse Welzheim

Sitz in Lorch

Postanschrift:

7073 Lorch, Postfach 25

Fernruf Lorch (07172) 410

Postscheckkonto Stuttgart 7091

Giro- und Bankkonten:

Kreissparkasse in Lorch Nr. 90 002

Kreissparkasse in Welzheim Nr. 1600

Lorcher Bank Nr. 176

Volksbank Welzheim Nr. 699

Herrn
Alexander Keim

7071 Alfdorf

Haselbach 11

Ihre Nachricht vom: 19.1.67 Ihr Zeichen: - Unser Zeichen: G/L Lorch, den 24. Jan. 1967

Betreff: Freiwillige Weiterversicherung Ihrer Ehefrau.

Sehr geehrter Herr Keim!

Auf Ihr Schreiben vom 19.1.67 teilen wir Ihnen folgendes mit:

- 1.) Eine freiwillige Weiterversicherung kann sich immer nur unmittelbar an eine vorausgegangene Pflichtversicherung anschließen. Nach Mitteilung der AOK Schwäb. Gmünd endete dort die Mitgliedschaft Ihrer Ehefrau am 13.12.66. Die Weiterversicherung musste daher zwangsläufig zum 14.12. bei unserer Kasse vorgenommen werden. Es ist nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht möglich, die freiwillige Versicherung erst ab 1. Januar 1967 weiterzuführen. Daran kann auch die Tatsache nichts ändern, daß evtl. einzelne Krankenpflegeleistungen noch zu Lasten der früheren Krankenkasse verrechnet wurden.
- 2.) Im Anmeldvordruck haben Sie die Frage unter Ziffer 1 c) "Zahl der" mit "2" beantwortet. Frage und Antwort lassen aber noch nicht erkennen, daß damit für die Kinder auch ein Anspruch auf Familienhilfeleistungen besteht bzw. geltend gemacht wird. Sonst hätte die Frage lauten müssen: "Auf wieviel Kinder soll sich der Versicherungsschutz mit erstrecken?" In der Regel werden nämlich Familienhilfeleistungen für Kinder auf Grund der Mitgliedschaft des Vaters geltend gemacht. Von diesem Regelfall ging der junge Sachbearbeiter beim Bearbeiten der Anmeldung aus. Er schenkte daher diesem Vermerk keine Bedeutung. Der Unterzeichnete, der früher mehrmals schon mit Ihnen einen Schriftwechsel führen musste, und über die besondere Situation etwas unterrichtet ist, hätte hier allerdings eine andere Entscheidung getroffen. Durch eine Rückfrage wäre geklärt worden, für welche Angehörigen Sie bzw. Ihre Ehefrau Leistungen der Familienhilfe beanspruchen. Dem Sachbearbeiter kann aus seinem Verhalten jedoch kein Vorwurf gemacht werden, da ihm die besonderen Verhältnisse nicht bekannt waren. Erst durch Ihr Schreiben vom 15.1. konnte er die erforderliche Korrektur im Beitrag vornehmen.

bitte wenden!

3.) Was die Höhe des Beitrages anbelangt, so sei uns der Hinweis erlaubt, daß Sie kaum eine gleichwertige Versicherung zu ähnlich günstigen Bedingungen anderwärts erlangen können. Wir übernehmen die Kosten der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung sowie der arzneilichen Versorgung in voller Höhe, ohne daß die Mitglieder sich an dem Aufwand beteiligen müssen, die Arzneikostengebühr von DM 0,50 ausgenommen. Wird Krankenhauspflege erforderlich, so bezahlen wir für die gleiche Krankheit, wiederum ohne Beteiligung des Mitgliedes, die vollen Kosten bis zu 78 Wochen innerhalb dreier Jahre. Weitere beachtliche Leistungen sind: Zuschüsse zu größeren Heil- und Hilfsmitteln und zu Zahnersatz, Wochenhilfe und Sterbegeld. Sicherlich haben auch Sie schon öfters gehört, wie enorm gerade in den letzten Jahren der Aufwand für Krankenhilfe gestiegen ist. Leistungsfälle mit DM 6.000,--, DM 8.000,-- und DM 10.000,-- sind heute keine Seltenheit mehr. Auch die außerordentliche Belastung der Kasse durch die Rentner dürfte Ihnen bekannt sein. So betrug bei dieser Versicherten-gruppe (Rentner sind nun mal häufiger und länger krank) der Abmangel im Jahre 1965 DM 454.456,53! Was dieser Aderlass für unsere kleine Kasse bedeutet, können Sie sicherlich ermessen. All diese Lasten müssen aber von den übrigen Versicherten getragen werden und der Beitrag im Jahr 1964 mit DM 16,80 ist heute eben nicht mehr akzeptabel. Eine Rechnung mit Prozentsätzen führt auch nicht weiter und vielleicht sogar zu Trugschlüssen: Unsere freiwilligen Mitglieder waren nämlich in den früheren Jahren gegenüber den anderen Versicherten entschieden zu nieder eingestuft. Hier musste gerechterweise eine entsprechende höhere Anhebung vorgenommen werden. Es gibt trotzdem in der Bundesrepublik kaum eine Krankenversicherung, die mit einem Monatsbeitrag von DM 24,18 bzw. DM 26,04 einen ähnlichen Versicherungsschutz bietet. Zum Vergleich sei nur angeführt, daß der Unterzeichnete eine Privatversicherung für Mehrkosten (nur die Differenz 2. auf 3. Klasse) einer stationären Behandlung abgeschlossen hat und dafür einen Monatsbeitrag von DM 15,-- zu bezahlen hat. Dabei werden diese Mehrkosten der 2. Klasse gegenüber der 3. Klasse noch nicht einmal voll erstattet und andere Leistungen (z.B. ambul. ärztl. Behandlung, Arzneiversorgung usw.) sind nicht eingeschlossen. Daraus mögen Sie ersehen, wie vorteilhaft der Versicherungsschutz ist, den wir Ihrer Frau und Ihrer Tochter bieten können. Um Sie zu überzeugen, daß wir versuchen, Ihrem Einwand soweit als möglich gerecht zu werden, sind wir bereit, den Monatsbeitrag von DM 31,62 auf

DM 29,76

zu ermäßigen. Wir gewähren dafür Ihrer Ehefrau und Ihrer Tochter vollen Versicherungsschutz. Eine weitere Kürzung ist uns aber leider nicht möglich.

Wenn wir von Ihnen nichts mehr hören, dürfen wir Ihr Einverständnis mit dieser Regelung unterstellen. Wir glauben, Ihnen jetzt schon für Ihre verständnisvolle Haltung danken zu können.

Mit freundlichen Grüßen

(Guter)

-Geschäftsführer-