

Übertritt aus der GKV für Arbeitnehmer

Auszug aus dem Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform

Der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmer von der GKV zur PKV ist ab dem Stichtag 3. Juli 2006 dann möglich, wenn in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird.

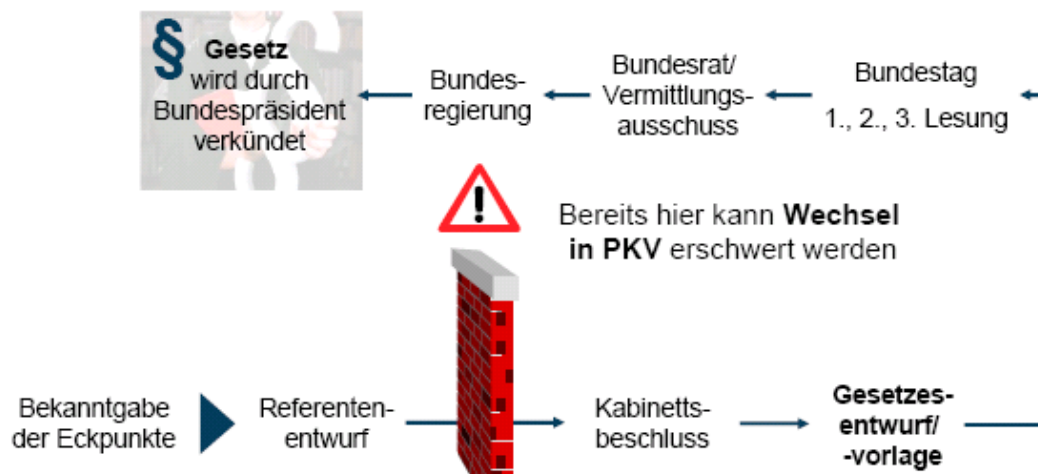
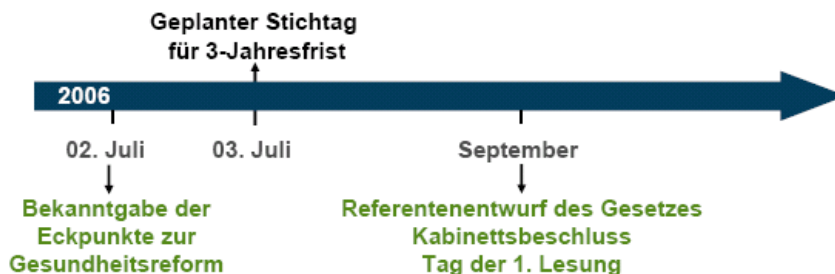
Was wurde beschlossen, was konnte vermieden werden?

Keine Erhöhung der JAVG auf das Niveau der Rentenversicherung. Um dennoch möglichst viele Mitglieder in der GKV zu halten, wurde die **Wechselmöglichkeit in die PKV eingeschränkt**: Gesetzlich versicherte Arbeitnehmer müssen ab 03.07.2006 drei Jahre die JAVG überschreiten, bevor sie in die PKV wechseln können.

Was bedeutet der Stichtag 03.07.2006 ?

Ohne Kommentierung wirft diese Formulierung viele Zweifelsfragen auf. Aus unserer Sicht gilt die beabsichtigte Neuregelung nur für GKV-Versicherte, die erstmalig in 2006 die JAVG (47.250 EUR) überschreiten. Es sind aber auch andere Interpretationen möglich. Klarheit wird hier nur das Ergebnis des in den nächsten Wochen und Monaten folgenden Gesetzesprozesses bringen können.

Nach unserer Einschätzung ist eine **Verlegung** des im Eckpunktepapier angegebenen **Stichtages nicht unwahrscheinlich**. Denn häufig und in der Regel wird in Gesetzen mit Stichtagsregelung als Stichtag der Tag der ersten Lesung, gegebenenfalls auch der Tag des Kabinettsbeschlusses festgeschrieben. Sicherheit schafft ein rechtsgültiger PKV-Vertragsabschluss vor dem endgültigen Stichtag!



So funktioniert der Gesundheitsfonds



05. Juli 2006

Mit der von der Regierungskoalition am Dienstag im Grunde beschlossenen Einführung eines Gesundheitsfonds von 2008 an wird die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) völlig umgebaut. Die Krankenkassen verlieren damit die ihnen bisher zugestandene Finanzhoheit. Statt Beitragssätze, die kassenindividuell kalkuliert sind und von ihren gewählten Verwaltungsgremien beschlossen werden, sollen sie künftig einen einheitlichen Zuschuß für jeden Versicherten erhalten. Das Beitragsinkasso obliegt dem neuen Fonds. Die Kassen lehnen das ab. Sie fühlen sich entmachtet und warnen vor einer Bürokratisierung des Gesundheitswesens. Für Versicherte und Kassen bleibt eine Reihe von Fragen:

Wie wird der Fonds finanziert?

In den Fonds zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer einen gleich hohen Grundbeitrag ein. Die Arbeitnehmer zahlen (wie heute) einen Zusatzbeitrag von 0,9 Prozentpunkten auf ihr Arbeitseinkommen bis zur Bemessungsgrenze von 3652,50 Euro im Monat. Zudem erhält der Fonds einen Steuerzuschuß in Höhe von 1,5 Milliarden Euro im Jahre 2008 und 3 Milliarden Euro im Jahre 2009. Da der Fonds 95 Prozent seiner Ausgaben aus Beitragsmitteln finanzieren muß, bleibt der Steuerzuschuß begrenzt. Bei aktuellen Ausgaben von etwa 145 Milliarden Euro dürfte der Zuschuß die Marke von 7,25 Milliarden Euro nicht überschreiten. Das entspricht etwa der Hälfte dessen, was für die Versicherung der Kinder aufgewandt wird.

Was passiert, wenn die monatliche Pauschale nicht ausreicht?



Die Beitragssätze für Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden „gesetzlich fixiert“. Damit kann auch nur der Gesetzgeber die Beiträge erhöhen und dem Fonds aus der Quelle mehr Geld zukommen lassen. Reicht die Fondspauschale nicht aus, müssen die Kassen „entsprechende Fehlbeträge ausgleichen“, heißt es lapidar in den Eckpunkten. Sollten Kostenreduzierungen nicht ausreichen, können die Kassen einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben, der 1 Prozent des Einkommens nicht überschreiten darf. Andererseits können Kassen, die Überschüsse erzielen, diese an ihre Versicherten ausschütten.

Wie hoch ist der Beitragssatz 2008?

Dazu wird in den Eckpunkten keine Aussage getroffen. Er wird mindestens auf dem Niveau des Durchschnittsbeitragssatzes liegen, der Ende 2007 erreicht wird. Derzeit liegt er bei 14,2 Prozent. Um die Finanzlücke des kommenden Jahres von bis zu 8 Milliarden Euro zu schließen, hat Kanzlerin Angela Merkel (CDU) eine Beitragssatzerhöhung von durchschnittlich 0,5 Punkten auf dann 14,7 Prozent angekündigt. Manche Kasse hält das nicht für ausreichend. Selbst wenn dieser Durchschnittssatz Basis für den Fondsbeitrag wird, bedeutet das für viele Versicherte, die bei einer „preiswerten“ Kasse sind, eine weitere Erhöhung. Ihre Beiträge werden auf das Durchschnittsniveau angehoben; die derjenigen Kassen, die darüber lagen, allerdings auch gesenkt.

Sind die Startvoraussetzungen gleich?

Das sollen die Grundpauschale und der „alters- und risikoadjustierte Zuschlag“ dazu sicherstellen. Zudem heißt es: „In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzreserven gestartet.“ Dahinter verbirgt sich das noch ungelöste Problem jener knapp 80 Kassen, die Ende 2005 mit rund 4 Milliarden Euro verschuldet waren. Laut Gesetz müssen diese Schulden bis Ende 2007 abgebaut sein. Es dürfte deshalb nicht auszuschließen sein, daß das System noch eines „Zuschlags“ bedarf. Die Umstellung von kassenbezogenen Beiträgen auf den Einheitssatz dürfte es Kassen, die heute einen unterdurchschnittlichen Beitrag erheben, sinnvoll erscheinen lassen, bei der bevorstehenden Erhöhung 2007 mehr zu verlangen, als

notwendig wäre. Damit könnten sie 2008 mit höheren Rücklagen in das neue System starten.

Was leistet der Fonds?

Er gleicht die je nach Kasse unterschiedlichen Risiken der Versicherten wie Alter, Krankheit, Geschlecht durch „risikoadjustierte Zuweisungen“ aus. Der alte Risikostrukturausgleich entfällt. Jeder Versicherte erhält im letzten Quartal eine Mitteilung über den Betrag, den seine Kasse für ihn aus dem Fonds erhält, zusammen mit Mitteilungen über einen eventuellen Zusatzbetrag oder Tarifangebote.

Wie ist der Beitragseinzug organisiert?

Der bisher bei den einzelnen Kassen liegende Beitragseinzug für die Kranken-, aber auch Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung soll auf „regional organisierte Einzugsstellen“ verlagert werden. Derzeit sind von den 160.000 Beschäftigten der GKV rund ein Drittel damit beschäftigt. Dort herrscht Unruhe, auch über möglicherweise drohende betriebsbedingte Kündigungen.

Text: ami., F.A.Z., 05.07.2006, Nr. 153 / Seite 13

Voraussetzung für einen Wechsel

Wer von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung wechseln möchte, wird dies in Zukunft nach dem Willen des BMG nur unter erschwerten Bedingungen tun können.

Dazu ist im [Eckpunktepapier](#) unter Ziffer 16 folgende Passage zu finden: „Der Wechsel freiwillig versicherter Arbeitnehmer von der GKV zur PKV ist ab dem Stichtag 3. Juli 2006 dann möglich, wenn in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird.“

Wechselunmöglichkeit?

Wie der [Versicherungstip](#) in seiner Ausgabe 28/06 vom 11.7.2006 berichtet, würden so alle diejenigen ausgebremst, „die sich im kommenden Jahr erstmals über eine Wechselmöglichkeit hätten freuen dürfen“.

Des Weiteren könne „so manchem Freiwilligen die Wechselchance verbaut werden“, wenn diese Grenze in der Zwischenzeit erhöht werde.

Das genannte Datum ist laut Versicherungstip auch deshalb brisant, weil

- „das genaue Datum nicht feststeht,
- eine Vorbereitung auf einen bestimmten Tag nicht möglich ist,
- eine Übergangsregelung nicht vorgesehen ist,
- ein Vertrauensschutz auf die bisherige Regelung nicht greift“.

Rechtsicherheit klärungsbedürftig

Auch sei die Rechtssicherheit eines rückwirkend geltenden Stichtags fragwürdig, wie der Versicherungstip schreibt – zumindest dann, wenn das Datum vor der Verabschiedung des Gesetzes liegt, wie in diesem Fall.

Denn es sei nur schwer vorstellbar, vor der Gesetzesverabschiedung in die PKV wechselnde freiwillig Versicherte nachträglich wieder auszuschließen.

Ministerium schweigt

Nach Informationen des Versicherungstips habe das Ministerium auch auf Nachfragen keinerlei klärende oder sachdienliche Antwort gegeben, um ein eventuelles Missverständnis auszuräumen.

Das veranlasst den Versicherungstip zu der spekulativen Schlussfolgerung, dass diese „benachteiligende Regelung bereits beschlossene Sache ist“.

Es sei deshalb vorstellbar, dass bei einer angenommenen Verabschiedung des Gesetzes zum 15. November „ein Vertrag, der zum 1.12. beginnen soll, kassiert wird und der betroffene Freiwillige in das gesetzliche System zurückgezwungen wird“, sofern dieser nicht drei Überschreitungsjahre in Folge nachweisen kann.