



Fragen und Antworten

Gesundheitsfonds/Zusatzbeiträge

Für Ihre Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

(Stand: 15.12.10)

Inhalt

I. Gesundheitsfonds	4
Was ist der Gesundheitsfonds?	4
Wie hoch ist der Beitragssatz für meine Krankenversicherung?	4
Wie funktioniert der Beitragseinzug?.....	4
Zahlt auch der Staat in den Gesundheitsfonds?	4
Wie hoch ist der Bundeszuschuss für den Gesundheitsfonds für das Jahr 2010? ...	5
Deckt der Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen?	5
Wer bewertet, ob der Gesundheitsfonds mit genügend finanziellen Mitteln ausgestattet ist?	6
Wann wird der allgemeine Beitragssatz angepasst?	6
Was ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)?.....	6
Wie funktioniert der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)?	7
Wer verwaltet den Gesundheitsfonds?.....	7
II. Zusatzbeitrag.....	7
Was geschieht, wenn meine Krankenkasse nicht mit dem vom Gesundheitsfonds überwiesenen Geld auskommt?.....	7
Wie hoch ist mein Zusatzbeitrag?.....	7
Welche Einkommensarten werden bei der Berechnung des prozentualen Zusatzbeitrages berücksichtigt?.....	8
Wer macht die Einkommensprüfung, wenn der Zusatzbeitrag über 8 Euro liegt? ...	8
Müssen alle Mitglieder einen Zusatzbeitrag bezahlen?	8
Wie erfahre ich, dass meine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben will?	8
Bedeutet die Erhebung für meine Krankenkasse einen deutlichen bürokratischen Aufwand?	9
Entstehen den Krankenkassen Mehrkosten durch den Zusatzbeitrag?	9
Was sind die Gründe für Zusatzbeiträge?	9
Warum müssen einige Krankenkassen vor anderen Zusatzbeiträge erheben?	10
Werden langfristig alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben?	10
Ist die Zahlung eines Zusatzbeitrages zeitlich begrenzt?.....	10
Verliere ich meinen Versicherungsschutz, wenn ich den Zusatzbeitrag nicht bezahle?.....	10
Was passiert, wenn ich meinen Zusatzbeitrag nicht bezahle?.....	10
Wenn der Zusatzbeitrag nicht gezahlt wird, ruht dann der Versicherungsschutz? ..	11
Habe ich ein Kündigungsrecht, wenn meine Kasse einen Zusatzbeitrag erhebt? ..	11
Gilt das Sonderkündigungsrecht auch, wenn ich in einem Wahltarif (Chroniker- Programm, Hausarztmodell etc.) eingeschrieben bin?	11
Gibt es festgelegte Fristen beim Sonderkündigungsrecht?	11
Kann ich die Mehrkosten für meinen Zusatzbeitrag steuerlich absetzen?	11
Was muss von der Bundesregierung getan werden, um Zusatzbeiträge zu vermeiden?.....	12

Sind auch private Krankenversicherungen von Tarifsteigerungen betroffen?12

Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), 10963 Berlin

Gesamtverantwortung: Michaela Gottfried, Leiterin der Abteilung Kommunikation

Redaktion: Manuela–Andrea Pohl (Abteilung Kommunikation)/

Manfred Baumann/Harald Janas (Abteilung Finanzen/Versicherung)

Grafik: Manfred Schild (Abteilung Kommunikation)

Layout: Britta Rauh–Weißefeld (Abteilung Kommunikation)

Korrespondenzanschrift: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Kommunikation, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Telefon: 0 30/2 69 31 – 0/ Telefax: 0 30/2 69 31 – 29 00

E-Mail: presse@vdek.com

I. Gesundheitsfonds

Was ist der Gesundheitsfonds?

Der Gesundheitsfonds ist nichts anderes als eine Geldsammelstelle für die von den Krankenkassen eingezogenen Beiträge. Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wurde von der Bundesregierung für alle gesetzlich Versicherten ein einheitlicher Beitragssatz festgelegt (so wie man es auch aus der Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung kennt). Die eingesammelten Gelder im Gesundheitsfonds werden anschließend zurück an die Krankenkassen für die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten überwiesen. Dabei gibt es eine pauschale Zuweisung pro Versicherten plus Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheitshäufigkeiten der Versicherten (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich). Krankenkassen mit älteren und kränkeren Versicherten erhalten mehr Mittel als Krankenkassen mit einer Vielzahl an jungen und gesunden Versicherten. Die Einkommen, die die Mitglieder der einzelnen Krankenkassen erzielen, spielen bei den Finanzaufweisungen keine Rolle mehr.

Wie hoch ist der Beitragssatz für meine Krankenversicherung?

Seit dem 1. Juli 2009 beträgt der allgemeine Beitragssatz 14,9 Prozent. Darin ist der gesetzliche Sonderbeitrag, der allein von den Mitgliedern aufzubringen ist, bereits enthalten:

- Arbeitnehmer/Rentner zahlen einen Anteil von 7,9 Prozent
- Arbeitgeber/Rentenversicherungsträger zahlen einen Anteil von sieben Prozent

Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, wie zum Beispiel freiwillig versicherte Studenten, zahlen einen ermäßigten Beitragssatz von 14,3 Prozent.

Wie funktioniert der Beitragseinzug?

Für die Versicherten hat sich durch die Einführung des Gesundheitsfonds zunächst nichts geändert. Wie gewohnt werden die Krankenkassenbeiträge von dem Arbeitgeber bzw. Ausbildungsbetrieb an die Krankenkasse abgeführt. Die Krankenkasse leitet am selben Tag den Mitgliedsbeitrag an den Gesundheitsfonds weiter. Nur bei Rentnern und Arbeitslosen überweist die Rentenversicherung bzw. die Bundesagentur für Arbeit die Beiträge direkt an den Gesundheitsfonds. Dies ändert sich, wenn die Krankenkassen zu dem Mitgliedsbeitrag individuelle Zusatzbeiträge erheben müssen.

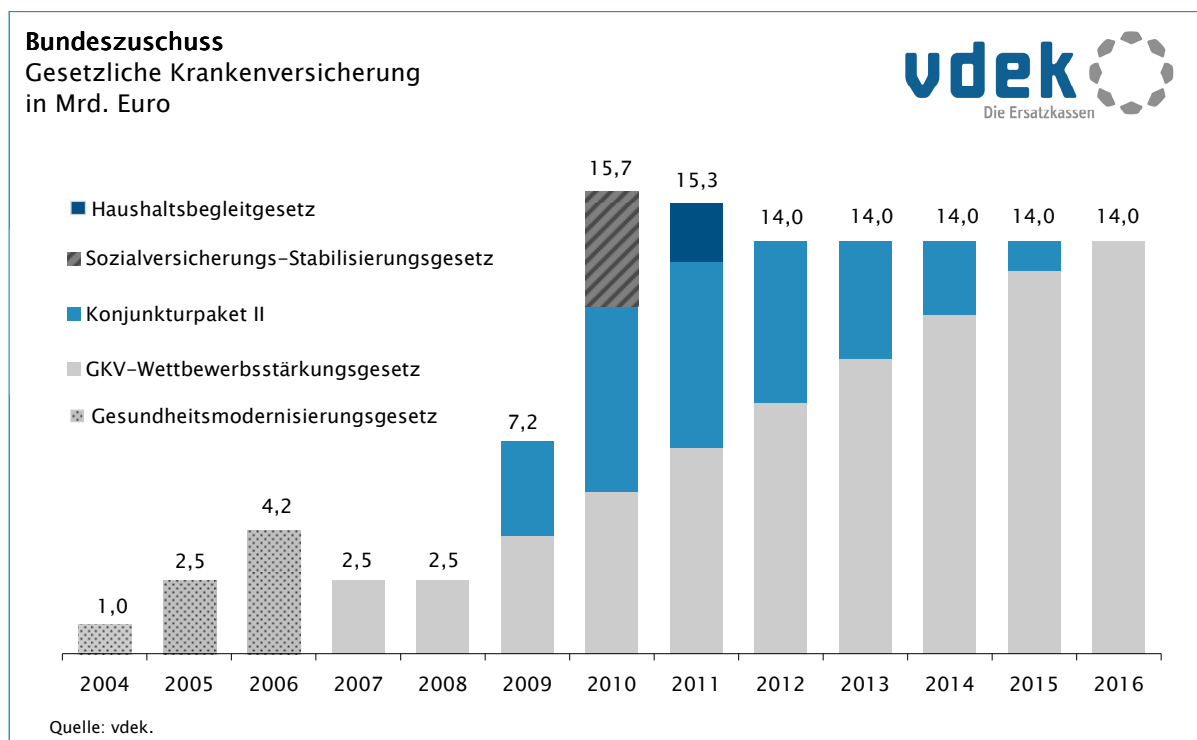
Zahlt auch der Staat in den Gesundheitsfonds?

Ja, der Staat beteiligt sich mit Steuermitteln an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Dabei handelt es sich jedoch nicht um Subventionen, sondern vielmehr um eine Beteiligung an Ausgaben, die den Krankenkassen aus gesamtgesellschaftlichen Aufgaben entstehen (z. B. beitragsfreie

Familienversicherung, Kinderversicherung, Mutterschaftshilfen, konjunkturelle Einnahmeausfälle).

Wie hoch ist der Bundeszuschuss für den Gesundheitsfonds für das Jahr 2010?

Die Bundesmittel für 2010 betragen 11,8 Milliarden Euro. Zudem erhält der Gesundheitsfonds zur Kompensation konjunkturbedingter Beitragsausfälle einmalig weitere 3,9 Milliarden Euro, sodass sich die Bundesmittel in 2010 insgesamt auf 15,7 Milliarden Euro summieren. Gesetzliche Grundlage hierfür ist das Sozialversicherungsstabilisierungsgesetz, das im Februar 2010 verabschiedet werden soll. Trotz des einmaligen Bundeszuschusses bleibt für das Jahr 2010 ein Finanzloch von vier Milliarden Euro. Sollte dieses Defizit nicht durch weitere Bundesmittel ausgeglichen werden, müssten die Krankenkassen das Defizit durch Erhebung von Zusatzbeiträgen ausgleichen.



Deckt der Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen?

Nein. Für 2010 wird eine Finanzlücke bei den Krankenkassen von 7,9 Milliarden Euro vorhergesagt. Um die gewaltige Unterdeckung des Gesundheitsfonds abzufedern, hat die Bundesregierung einen einmaligen Bundeszuschuss von 3,9 Milliarden Euro beschlossen. Trotz dieses einmaligen Bundeszuschusses bleibt für das Jahr 2010 ein Defizit von vier Milliarden Euro. Sollte dieses Defizit nicht durch weitere Bundesmittel ausgeglichen werden, müssten die Krankenkassen das Defizit durch Erhebung von Zusatzbeiträgen ausgleichen. Im Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht dies pro Beitragszahler einem Zusatzbeitrag von jährlich rund 80 Euro bzw. monatlich 6,50 Euro.

Wer bewertet, ob der Gesundheitsfonds mit genügend finanziellen Mitteln ausgestattet ist?

Um eine verlässliche Prognose der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen, wurde ein Schätzerkreis gegründet. Der Schätzerkreis ist ein beim Bundesversicherungsamt (BVA) angesiedeltes Gremium aus Experten des BVA, des Bundesgesundheitsministeriums und der Krankenkassenverbände. Seine Aufgaben sind die Bewertung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im laufenden Jahr und die Erstellung von Prognosen in Bezug auf den nötigen Beitragsbedarf des jeweiligen Folgejahres für den Gesundheitsfonds. Dieses erfolgt auf der Basis der amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen, der gesamtwirtschaftlichen Prognosen der Bundesregierung und der Bundesbank sowie Aussagen wissenschaftlicher Experten. Auf der Grundlage seiner Schätzungen legt der Schätzerkreis der Bundesregierung eine Empfehlung für die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes vor und unterstützt damit die Bundesregierung bei der Entscheidung über die Höhe des einheitlichen Beitragssatzes. Festgelegt wird der Beitragssatz letztendlich dann von der Bundesregierung durch eine Rechtsverordnung.

Wann wird der allgemeine Beitragssatz angepasst?

Der allgemeine Beitragssatz für Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt solange stabil, bis die Einnahmen im Gesundheitsfonds nicht mehr die Ausgaben der Krankenkassen decken. Eine Anpassung des Fondsbeitragssatzes erfolgt erst dann, wenn die Ausgaben in zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht mehr zu 95 Prozent gedeckt werden. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, sind gezwungen, Zusatzbeiträge zu erheben. Dieser Zusatzbeitrag muss ohne Arbeitgeberbeteiligung allein von dem jeweiligen Mitglied einer Krankenkasse aufgebracht werden.

Was ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)?

Pro Versicherten erhalten die Krankenkassen eine Grundpauschale, die durch Zu- oder Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten verändert wird. Durch die Berücksichtigung schwerwiegender und kostenintensiver chronischer Krankheiten soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) den unterschiedlichen Versorgungsbedarfen der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung tragen. Der morbiditätsorientierte RSA orientiert sich zurzeit an 80 Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die üblichen Ausgaben um mindestens 50 Prozent übersteigen. Der Morbi-RSA wurde am 1. Januar 2009 eingeführt.

Wie funktioniert der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)?

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) soll die Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds gerecht verteilen. Die Verteilung der Mittel an die Krankenkassen erfolgt dabei wie folgt:

- Jede Krankenkasse erhält für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Zudem erhalten die Krankenkassen für kranke Versicherte zusätzlich zu der nach Alter und Geschlecht angepassten Grundpauschale weitere Zuschläge. So gibt es für 80 ausgewählte Krankheiten Morbiditätszuschläge, die die erhöhten Ausgaben widerspiegeln, die im Durchschnitt von dieser Krankheit, die zum Teil in verschiedene Untergruppen (HMG) unterteilt wird, verursacht werden.
- Hinzu kommen eine einheitliche Pro-Kopf-Pauschale für Satzungsleistungen und eine zum Teil risikostrukturabhängig standardisierte Zuweisung für die Verwaltungskosten. Pro Disease-Management-Programm-Patienten erhält die Krankenkasse noch eine Programmkostenpauschale in Höhe von 180 Euro.

Wer verwaltet den Gesundheitsfonds?

Der Gesundheitsfonds wird vom Bundesversicherungsamt (BVA) in Bonn verwaltet. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums sind derzeit 21 Mitarbeiter mit der Administration des Gesundheitsfonds beschäftigt.

II. Zusatzbeitrag

Was geschieht, wenn meine Krankenkasse nicht mit dem vom Gesundheitsfonds überwiesenen Geld auskommt?

Sollte eine Krankenkasse mit der aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Summe nicht auskommen, ist sie gezwungen, einen Zusatzbeitrag zu erheben.

Zusatzbeiträge sind politisch gewollt und müssen vom Mitglied der entsprechenden Krankenkasse ohne Arbeitgeberbeteiligung allein aufgebracht werden.

Wie hoch ist mein Zusatzbeitrag?

Die Höhe des Zusatzbeitrags legt die Krankenkasse fest. Für die Krankenkassen gibt es zwei Möglichkeiten, Zusatzbeiträge zu erheben: Zum einen dürfen sie einen pauschalen Zusatzbeitrag erheben, wobei die Einkommenslage des Mitgliedes bei einem pauschalen Zusatzbeitrag bis zu einer Höhe von acht Euro pro Monat nicht geprüft werden muss. Alternativ hierzu dürfen sie einen Zusatzbeitrag von maximal einem Prozent des beitragspflichtigen Monatseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze (zurzeit 3750 Euro/Monat) einfordern, sodass der monatliche Zusatzbeitrag höchstens 37,50 Euro beträgt. In diesem Fall müsste die

Kasse jedoch für jedes Mitglied eine Einkommensprüfung vornehmen, da die Krankenkasse ihren Mitgliedern den Beitrag selbst in Rechnung stellen muss und ein Quellenabzug über den Arbeitgeber auch bei Arbeitnehmern nicht vorgesehen ist.

Welche Einkommensarten werden bei der Berechnung des prozentualen Zusatzbeitrages berücksichtigt?

Es sind jeweils die Einnahmen des Mitglieds zugrunde zu legen, nach denen auch der allgemeine Krankenversicherungsbeitrag bemessen wird. So berechnet sich der Zusatzbeitrag eines Arbeitnehmers gemäß seinem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt.

Beispiel: Ein Arbeitnehmer verdient im Monat 3.000 Euro. Seine Krankenkasse erhebt einen Zusatzbeitrag von 0,6 Prozent. Er hat somit einen Zusatzbeitrag in Höhe von 18 Euro im Monat an seine Krankenkasse zu zahlen.

Wer macht die Einkommensprüfung, wenn der Zusatzbeitrag über 8 Euro liegt?

Das Mitglied bekommt von seiner Krankenkasse eine Mitteilung über die zu zahlende Höhe des Zusatzbeitrages. Die Krankenkassen dürfen jedoch nur maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Monatseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze (zurzeit 3750 Euro/Monat) als Zusatzbeitrag erheben. Jedes Mitglied muss dann im zweiten Schritt der Krankenkasse nachweisen, dass diese Grenze erreicht ist und dass es unter die Härtefallregelung fällt. Trifft dieser Fall zu, dann kann gegebenenfalls auch ein Zusatzbeitrag von weniger als 8 Euro herauskommen.

Müssen alle Mitglieder einen Zusatzbeitrag bezahlen?

Grundsätzlich ja. Mitversicherte Angehörige müssen hingegen keinen Zusatzbeitrag bezahlen. Versicherte, die ergänzende Sozialhilfe oder Grundsicherung erhalten, weil ihre Rente gering ist, zahlen diesen Zusatzbeitrag nicht selbst. Das gilt auch für Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen. Hier wird der Zusatzbeitrag durch das Grundsicherungs- oder das Sozialamt übernommen. Arbeitslosengeld II-Bezieher haben den Zusatzbeitrag grundsätzlich zu zahlen. Lediglich in Härtefällen kann er von der Bundesagentur für Arbeit übernommen werden.

Wie erfahre ich, dass meine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben will?

Durch die Krankenkasse. Diese Information kann z. B. über ein Anschreiben oder die Mitgliederzeitschrift der Krankenkasse erfolgen. Zudem muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht hinweisen, das sich durch die erstmalige Erhebung bzw. die Erhöhung des Zusatzbeitrages ergibt.

Bedeutet die Erhebung für meine Krankenkasse einen deutlichen bürokratischen Aufwand?

Ja. Obwohl der Gesetzgeber durch die Konstruktion des Gesundheitsfonds die Erhebung von Zusatzbeiträgen politisch fördert, hat er das Verfahren rund um die Erhebung von Zusatzbeiträgen für die Krankenkassen nicht einfach gestaltet. Ist eine Krankenkasse gezwungen, Zusatzbeiträge zu erheben, dann muss sie im Zuge dessen für jedes Mitglied ein Versicherungskonto einrichten und den Beitrag einziehen. Denn im Gegensatz zum Mitgliedsbeitrag wird der Zusatzbeitrag nicht automatisch monatlich von dem Arbeitgeber bzw. Ausbildungsbetrieb, der Arbeitsagentur oder dem Rentenversicherungsträger an die Krankenkasse abgeführt. Wie die Krankenkassen den Zusatzbeitrag erheben, ist gesetzlich nicht geregelt und wird von den Kassen individuell gestaltet, d. h. sie entscheiden, ob der Beitrag vom Konto des Mitgliedes abgebucht wird oder vom Mitglied überwiesen werden soll. Zahlt ein Mitglied nicht, muss die Krankenkasse in jedem Fall ein Mahn- und Vollstreckungsverfahren anstreben. Darüber hinaus kann es zu einem Ruhen der Leistungsansprüche kommen.

Entstehen den Krankenkassen Mehrkosten durch den Zusatzbeitrag?

Ja, insbesondere der individuelle Einzug des Zusatzbeitrags ist für die Krankenkassen mit einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Die dadurch entstehenden Kosten fließen in die Kalkulation des Zusatzbeitrags mit ein. Nach den Berechnungen der Krankenkassen dürften die Kosten für den Verwaltungsaufwand für die Einrichtung und Verwaltung der individuellen Beitragskonten bei etwa 0,5 Milliarden Euro liegen.

Was sind die Gründe für Zusatzbeiträge?

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen durch Krankenkassen ist politisch gewollt und bedeutet nicht, dass die Krankenkassen unwirtschaftlich arbeiten. Vielmehr sind die Gründe für die Erhebung von Zusatzbeiträgen strukturell bedingt und können den einzelnen Krankenkassen nicht angelastet werden.

Gründe für Zusatzbeiträge sind u. a.:

- Konstruktion des Gesundheitsfonds: Die Finanzausstattung des Gesundheitsfonds ist nicht kostendeckend. Bereits 2009 startete er mit einer deutlichen Unterdeckung, die im Wesentlichen auf den konjunkturellen Einbruch zurückzuführen war. Auch der einmalige Bundeszuschuss für 2010 von 3,9 Milliarden Euro ist nicht kostendeckend angelegt und gleicht die weiteren Einnahmeausfälle in diesem Jahr durch die Konjunkturkrise nicht vollständig aus. Dadurch wird die Einführung von Zusatzbeiträgen politisch vorangetrieben.
- Anstieg der Leistungsausgaben: Vor allem aber bleiben die Einnahmen des Gesundheitsfonds hinter der Ausgabenentwicklung zurück, weil der

Gesundheitsfondsbeitragssatz erst dann angepasst wird, wenn die Einnahmen unter die 95-prozentige Schwelle fallen. Wie in dem vergangenen Jahr schon sind auch 2009 die Ausgaben für Leistungen der Versicherten deutlicher angestiegen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Dieser Trend wird sich auch in Zukunft fortsetzen, sodass auch hier regelmäßig zusätzliche Finanzbedarfe für die Krankenkassen entsteht.

Warum müssen einige Krankenkassen vor anderen Zusatzbeiträge erheben?

Die Erhebung von Zusatzbeiträgen durch Krankenkassen ist politisch gewollt und bedeutet nicht, dass die Krankenkassen unwirtschaftlich arbeiten. Manche Krankenkassen bzw. Kassenarten erhalten mehr Finanzmittel aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Diese Fehlsteuerungen im Finanzausgleich müssen behoben werden. Sie sind ungerecht und benachteiligen die Versicherten anderer Krankenkassen. Der vdek unterstützt deshalb die neue Regierung in ihrer Absicht, ein wettbewerbsneutrales Ausgleichssystem mit mehr Gerechtigkeit und weniger Bürokratie zu schaffen. Darüber hinaus verfügen einige Krankenkassen möglicherweise über mehr Rücklagen als andere. Der Zusatzbeitrag wird dann später anfallen.

Werden langfristig alle Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben?

Ja. Da es sich nicht um ein Finanzproblem einzelner Krankenkassen, sondern um ein strukturelles Problem innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen handelt, werden langfristig alle Krankenkassen gezwungen sein, Zusatzbeiträge zu erheben.

Ist die Zahlung eines Zusatzbeitrages zeitlich begrenzt?

Nein. Solange die Krankenkasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt, wird sie auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags angewiesen sein.

Verliere ich meinen Versicherungsschutz, wenn ich den Zusatzbeitrag nicht bezahle?

Nein. Die bestehende Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse kann wegen eines säumigen Zusatzbeitrags nicht beendet werden. Unabhängig davon wird die Krankenkasse ein Mahn- und Vollstreckungsverfahren einleiten. Darüber hinaus kann es zu einem Ruhen der Leistungsansprüche kommen.

Was passiert, wenn ich meinen Zusatzbeitrag nicht bezahle?

Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenkasse das Mitglied zunächst schriftlich erinnern. Wird der säumige Zusatzbeitrag dennoch nicht gezahlt, mahnt die Krankenkasse das Mitglied und leitet Vollstreckungsmaßnahmen ein. Für das Mitglied entstehen dadurch zusätzliche Kosten (Säumniszuschläge, Mahngebühren). Die Einzelheiten des Inkassoverfahrens bestimmt jede Krankenkasse selbst.

Wenn der Zusatzbeitrag nicht gezahlt wird, ruht dann der Versicherungsschutz?

Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Ersatzkassen erst einmal kulant sind und das Mitglied schriftlich anmahnen. Sollte das Mitglied trotz mehrmaligen Mahnen säumig bleiben, dann führt das Ausbleiben des Zusatzbeitrages zu einem Ruhen der Leistungen (bis auf Notfallversorgung). Dies wird nach zwei Monaten der Fall sein, dass heißt, wenn das Mitglied zwei Monate lang trotz Mahnung keinen Zusatzbeitrag gezahlt hat, wird die Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft ein Leistungsruhen aussprechen (§ 16 Abs. 3a SGB V). Selbstverständlich wird eine Notfallversorgung gewährleistet.

Habe ich ein Kündigungsrecht, wenn meine Kasse einen Zusatzbeitrag erhebt?

Ja, jedes Mitglied hat ein Sonderkündigungsrecht, wenn seine Krankenkasse Zusatzbeiträge erheben muss. Macht das Mitglied von diesem Recht Gebrauch, dann wird der Zusatzbeitrag auch nicht erhoben. Sollte die Kündigung jedoch nicht wirksam werden, wird der Zusatzbeitrag in vollem Umfang erhoben.

Gilt das Sonderkündigungsrecht auch, wenn ich in einem Wahltarif (Chroniker-Programm, Hausarztmodell etc.) eingeschrieben bin?

Nein, wenn der Versicherte an einem Wahltarif teilnimmt, ist er für drei Jahre an seine Krankenkasse gebunden. Während dieser dreijährigen Bindungsfrist gilt für ihn das Sonderkündigungsrecht nicht.

Gibt es festgelegte Fristen beim Sonderkündigungsrecht?

Ja, einen Monat bevor der erhobene Zusatzbeitrag fällig wird, muss die Krankenkasse ihre Mitglieder darüber informieren. Innerhalb dieses Monats kann dann das Mitglied von seinem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen. Die Kündigung wird dann zum Ende des übernächsten Monats wirksam.

Beispiel: Eine Krankenkasse erhebt einen Zusatzbeitrag ab 1.2.2010, der erstmals am 15. 3.2010 fällig wird. Bis zum 15.2.2010 hat die Krankenkasse ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen. Ein Mitglied kündigt daraufhin am 25.2.2010. Seine Mitgliedschaft endet zum 30.4.2010.

Kann ich die Mehrkosten für meinen Zusatzbeitrag steuerlich absetzen?

Ja. Die Zusatzbeiträge sind im Rahmen des Sonderausgabenabzugs steuerlich absetzbar. Die Krankenkasse meldet den im Kalenderjahr gezahlten Zusatzbeitrag an die Finanzverwaltung und sendet dem Mitglied darüber eine schriftliche Bestätigung zu.

Was muss von der Bundesregierung getan werden, um Zusatzbeiträge zu vermeiden?

Angesichts des Finanzdrucks sind alle Anstrengungen zu unternehmen, die finanzielle Situation in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Dem Gesetzgeber stehen hierfür diverse Möglichkeiten zur Verfügung:

Auf der Einnahmenseite:

- Erhöhung des Steuerzuschusses um das Defizit von rund vier Milliarden Euro im Jahr zu decken

Auf der Ausgabenseite:

- zeitlich befristete Begrenzung der Krankenhausausgaben und der Arzthonorare
- bessere Kostensteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch intelligente Vertragsmöglichkeiten für die Krankenkassen
- Preismoratorium für Arzneimittel und Einführung von Preisverhandlungen vor Markteinführung von neuen Medikamenten (4. Hürde)
- Einführung eines reduzierten Mehrwertsteuersatzes bei Arzneimittel: Durch die Einführung eines reduzierten Mehrwertsteuersatzes bei Arzneimitteln könnte die GKV knapp drei Milliarden Euro einsparen. Vor dem Hintergrund, dass noch im Dezember das Bundeskabinett beschlossen hat, den reduzierten Mehrwertsteuersatz auf Beherbergungsleistungen des Hotel- und Gaststättengewerbes zu erheben, ist nicht nachvollziehbar, dass die zum Teil lebensnotwendigen Arzneimittel dem vollen Steuersatz unterliegen. Deutschland ist neben Dänemark, Österreich und Bulgarien das einzige Land in der Europäischen Union, das noch den vollen Steuersatz auf Arzneimittel erhebt. In allen anderen Mitgliedsstaaten gibt es ermäßigte, stark ermäßigte oder sogar Nullsätze auf alle bzw. ausgewählte Arzneimittel.
- Zahlung eines kostendeckenden Beitrages für Arbeitslosengeld II-Empfänger: Die Beitragsleistungen für Arbeitslosenhilfeempfänger ist durch die Hartz IV-Gesetzgebung abgelöst worden mit dem Ergebnis, dass nun für Arbeitslosengeld II-Empfänger ein monatlicher Krankenversicherungsbeitrag in Höhe von 124,32 Euro gezahlt wird. Dieser liegt deutlich unter dem kostendeckenden Beitrag von 250 Euro/Monat. Die GKV könnte bei einem kostendeckenden Beitrag für Arbeitslosengeld II-Empfänger zusätzliche 4,3 Milliarden Euro einnehmen.

Sind auch private Krankenversicherungen von Tarifsteigerungen betroffen?

Ja, auch die private Krankenversicherung (PKV) ist von dem starken Kostendruck betroffen. Aus diesem Grund besteht ein Trend zu deutlichen Tarifierhöhungen. Die aktuellen Tarifanpassungen können in Einzelfällen bis zu 25 Prozent betragen. Die Tarife lassen sich nur schwer in Euro beziffern, da diese aufgrund des Alters und des Geschlechts des Versicherungsnehmers sowie aufgrund der versicherten Leistungen stark variieren.