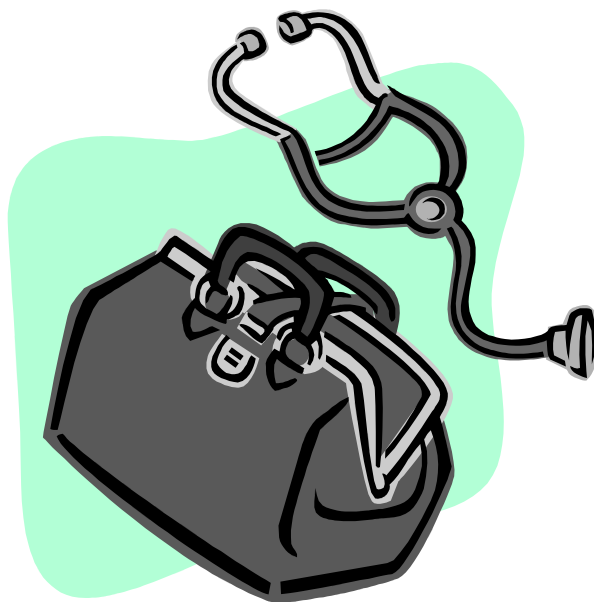


Thema des Monats Dezember 2008

Auswirkungen der Gesundheitsreform
zum 1. Januar 2009



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Karin Dietze

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, November 2008

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Der Gesundheitsfonds	4
2.1 Einnahmen des Gesundheitsfonds	4
2.2 Ausgaben des Gesundheitsfonds	5
3. Einheitlicher Beitragssatz	5
4. Einheitliche Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten	5
5. Zusatzbeiträge und Prämienzahlungen	6
5.1 Zusatzbeiträge	6
5.2 Prämienzahlungen.....	7
6. Risikostrukturausgleich	7
6.1 Ziele des Risikostrukturausgleiches.....	7
6.2 Versichertengruppen.....	8
6.3 Morbiditätsgruppen	8
7. Kündigungsregelungen	8
8. Wegfall des Krankengeldanspruchs für bestimmte Personengruppen	9
8.1 Selbständig Erwerbstätige und Arbeitnehmer ohne Anspruch auf eine mindestens sechswöchige Entgeltfortzahlung	9
8.2 Versicherte, die eine rentenähnliche Leistung beziehen.....	10
9. Basistarif in der privaten Krankenversicherung	10
10. Versicherungsfreiheit bestimmter Arbeitslosengeld II-Bezieher	11

1. Einleitung

Zu Beginn des Jahres 2009 wird sich das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend ändern. Bisher haben Krankenkassen die Beiträge ihrer Mitglieder einbehalten und direkt zur Finanzierung ihrer Aufgaben verwendet. Ab dem kommenden Jahr sind sie jedoch verpflichtet, ihre Einnahmen unmittelbar an den neu eingeführten Gesundheitsfonds weiterzuleiten.

Aus diesem Topf erhält die Kasse für jeden Versicherten eine einheitliche Zuweisung. Die Höhe der Einnahmen einer Krankenkasse ist daher zukünftig unabhängig davon, ob sie viele Gutverdiener versichert oder ob der überwiegende Teil ihrer Mitglieder eher geringe Einkünfte hat. Da für einige Versichertengruppen regelmäßig höhere Kosten anfallen, fließen aus dem Gesundheitsfonds außerdem Zu- und Abschläge in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Krankengeldanspruch der Versicherten. Krankenkassen, die besonders viele Menschen mit kostenaufwändigen Erkrankungen versichern, erhalten für diesen Personenkreis einen zusätzlichen finanziellen Ausgleich.

Die Einführung des Gesundheitsfonds bringt auch eine beachtliche Änderung für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit sich. Erstmals erheben sämtliche Krankenkassen einen einheitlichen Beitragssatz. Der allgemeine Beitragssatz ab 1. Januar 2009 liegt bei 15,5 Prozent. Daneben haben die Krankenkassen die Möglichkeit einen individuellen Zusatzbeitrag zu erheben, wenn sie mit ihrem Anteil aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen. Folglich werden Versicherte auch zukünftig in verschiedenen Krankenkassen unterschiedlich hohe Beiträge zahlen.

Wer den Zusatzbeitrag nicht zahlen möchte, hat die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln. Dafür wurden die Regelungen zur Kündigung der Krankenkasse entsprechend verändert.

Die vorliegende Mappe zum Thema des Monats enthält ausführliche Informationen über diese und alle weiteren zum 1. Januar 2009 in Kraft tretenden Auswirkungen der Gesundheitsreform.

2. Der Gesundheitsfonds

Zum 1. Januar ändert sich das System zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend: der Gesundheitsfonds wird eingeführt.

2.1 Einnahmen des Gesundheitsfonds

Bisher haben Krankenkassen die Beiträge ihrer Versicherten einbehalten und konnten damit wirtschaften. Ab 2009 hingegen fließen die Beitragseinnahmen aller gesetzlichen Krankenkassen zunächst in einen gemeinsamen Topf. Die Krankenkassen müssen dazu ihre eingezogenen Beiträge noch am gleichen Tag an den Gesundheitsfonds weiterleiten. Die Krankenversicherungsbeiträge aus geringfügigen Beschäftigungen, die von der Minijob-Zentrale erhoben werden, fließen ebenfalls direkt in den Fonds. Hinzu kommen Zuschüsse des Bundes.

2.2 Ausgaben des Gesundheitsfonds

Zur Deckung ihrer Ausgaben erhalten die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für jeden Versicherten eine Grundpauschale, die ab 2009 bei etwa 186 Euro monatliche liegen wird. Zusätzlich werden Zu- und Abschläge in Abhängigkeit von Krankheit, Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus der Versicherten gezahlt. Die Höhe der Zuweisungen ist vollkommen unabhängig von den tatsächlichen Ausgaben einer Krankenkasse.

3. Einheitlicher Beitragssatz

Ab Januar 2009 wird der Beitrag für alle Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem gleichen Beitragssatz bemessen. Der allgemeine Beitragssatz liegt bei 15,5 Prozent. Darin enthalten ist der Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent, den Versicherte bereits seit Juli 2005 allein zahlen müssen. Der Beitrag, der je hälftig vom Versicherten und von seinem Arbeitgeber oder dem Sozialleistungsträger getragen wird, liegt daher bei 14,6 Prozent.

Für Mitglieder, die im Krankheitsfall keinen Anspruch auf die Zahlung von Krankengeld haben, gilt der ermäßigte Beitragssatz in Höhe von 14,9 Prozent, in dem ebenfalls der Zusatzbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent bereits enthalten ist.

Einen erhöhten Beitragssatz für Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens sechs Wochen haben gibt es ab 2009 nicht mehr. Dieser Personenkreis ist zukünftig auch vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen und muss daher nur den ermäßigten Beitragssatz zahlen.

Ziel der Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes ist, dass sich der Wettbewerb künftig stärker um die beste medizinische Versorgung drehen soll. Wenn Versicherte sich bei der Wahl der Krankenkasse nicht mehr an der Höhe der zu zahlenden Beiträge orientieren müssen, werden andere Kriterien relevant.

Zwar ist bei den meisten Leistungen gesetzlich geregelt, in welchem Umfang diese erbracht werden müssen und inwieweit sie überhaupt erbracht werden dürfen. Dennoch bestehen für die Krankenkassen nicht unbeachtliche Gestaltungsmöglichkeiten insbesondere im Bereich der Vorsorgemaßnahmen und bei den von ihnen angebotenen Wahlтарifen.

4. Einheitliche Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten

Im Gegensatz zu Pflichtversicherten bemisst sich die Beitragshöhe bei freiwilligen Mitgliedern nicht nur anhand der Einnahmen aus einer Erwerbstätigkeit. Die Beitragsbemessung muss die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen. Daher müssen auch Beiträge aus anderen Einnahmen wie beispielsweise aus Miet- oder Zinseinnahmen abgeführt werden.

Bisher konnte jede Krankenkasse die Einzelheiten dazu in ihrer Satzung eigenständig regeln. Einzelne Einnahmearten wurden daher bislang teilweise unterschiedlich berücksichtigt. Hinzu kamen verschiedene Einstufungsgrundsätze, so dass bei freiwillig Versicherten im Gegensatz zu Pflichtversicherten nicht zwangsläufig in jeder Krankenkasse die gleichen Einnahmen der Bemessung der Beiträge zugrunde lagen.

Ab 2009 werden die beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder nicht mehr individuell durch die Krankenkassen festgelegt. Es erfolgt stattdessen eine einheitliche Regelung durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Auch künftig muss die gesamte Leistungsfähigkeit des Mitglieds berücksichtigt werden. Zu einer Änderung Höhe der abzuführenden Krankenversicherungsbeiträge kann es bei freiwilligen Versicherten daher nicht nur aufgrund der Änderung des Beitragssatzes kommen, sondern auch weil zukünftig Einnahmen herangezogen werden, die vorher unberücksichtigt blieben oder umgekehrt.

5. Zusatzbeiträge und Prämienzahlungen

5.1 Zusatzbeiträge

Sobald eine Krankenkasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Kosten nicht decken kann, muss sie von ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag erheben. Zuvor muss sie überprüfen, ob die Finanzierung nicht anders sichergestellt werden kann, beispielsweise durch die Einführung spezieller Tarife für Versicherte oder ein wirtschaftlicheres Management. Krankenkassen dürfen jedoch keine Darlehen aufnehmen.

Die Höhe des Zusatzbeitrages ist grundsätzlich auf maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds begrenzt. Unabhängig von dieser Regelung kann ohne Einkommensprüfung ein pauschaler Beitrag von bis zu acht Euro pro Monat erhoben werden. Für Geringverdiener mit einem Einkommen von unter 800 Euro im Monat kann die Pauschale somit die Ein-Prozent-Grenze überschreiten.

Der Zusatzbeitrag kann in Abhängigkeit von der Finanzlage der Krankenkasse während eines Kalenderjahres jederzeit erhoben und wieder reduziert oder erhöht werden. Dies muss den Mitgliedern jedoch jeweils rechtzeitig vorher bekannt gegeben werden, beispielsweise über die Mitgliederzeitschrift der Krankenkasse.

Der Zusatzbeitrag ist Teil des Sozialversicherungsbeitrages des Versicherten, so dass er allein von diesem getragen werden muss. Arbeitgeber und Sozialleistungsträger beteiligen sich nicht an diesem Beitrag.

Auch Bezieher von Leistungen zur Grundsicherung müssen den Zusatzbeitrag selbst aus ihrem Regelsatz zahlen, da ein Wechsel in eine andere Krankenkasse, die keinen zusätzlichen Beitrag erhebt, grundsätzlich zumutbar ist. Nur in Ausnahmefällen kann der Wechsel der Krankenkasse eine besondere Härte bedeuten. Etwa dann, wenn die aktuelle Krankenkasse ein spezielles Behandlungsprogramm oder eine besondere Versorgungsform für eine chronische Erkrankung des Versicherten anbietet.

tet, die bei anderen Krankenkasse nicht möglich ist. In diesen Fällen wird der Zusatzbeitrag von der Agentur für Arbeit übernommen.

5.2 Prämienzahlungen

Für den Fall, dass bei einer Krankenkasse Überschüsse entstehen, sieht der Gesetzgeber ab dem Jahr 2009 die Möglichkeit vor, Prämien an ihre Mitglieder auszu zahlen. Diese Prämien dürfen nicht durch Defizite finanziert werden. Das bedeutet, dass sie nur von Krankenkassen erbracht werden können, deren Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben übersteigen. Sie müssen gänzlich schuldenfrei sein und erforderliche Rücklagen zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit gebildet haben.

Die Prämien aus den Überschüssen der Krankenkassen sind vollkommen unabhängig von Prämien aus bestimmten Wahltarifen zu betrachten.

Eine Auszahlung von Prämien kann nicht an Mitglieder erfolgen, die sich mit ihrer Beitragszahlung in Verzug befinden.

6. Risikostrukturausgleich

6.1 Ziele des Risikostrukturausgleiches

Um Nachteile auszugleichen, die sich durch die unterschiedliche Versichertenstruktur bei den einzelnen Krankenkassen und Kassenarten ergeben, wird seit Jahren ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Bisher wurden für die finanzielle Umverteilung zwischen den Krankenkassen unter anderem Einkommen, Alter und Geschlecht der Versicherten, der Bezug von Erwerbsminderungsrenten und die Teilnahme an Disease-Management-Programmen berücksichtigt.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds ist kein finanzieller Ausgleich mehr in Abhängigkeit vom Einkommen der Versicherten nötig, da die Krankenkasse die Zuweisungen für ihre Mitglieder unabhängig von deren Einkommen erhält.

Auch weiterhin haben die Krankenkassen jedoch höhere Kosten für ältere und kranke Menschen zu tragen. Krankenkassen mit vielen Mitgliedern aus diesem Personenkreis haben daher durchschnittlich höhere Kosten zu übernehmen als Krankenkassen mit überwiegend jungen gesunden Mitgliedern. Aus diesem Grund erfolgt der Risikostrukturausgleich ab 2009 über Zu- oder Abschläge für jeden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds. Maßgeblich dafür ist eine Einteilung der Mitglieder in Versicherungengruppen sowie in die so genannten Morbiditätsgruppen.

6.2 Versichertengruppen

Mitglieder, die im Falle einer Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, verursachen der Krankenkasse geringere Kosten als Mitglieder, die nach einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen Krankengeld beanspruchen können. Da diese Personen auch nur einen ermäßigten Beitragssatz zahlen, erhalten die Krankenkassen für diese Versicherten eine geringere Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds. Auch spielt das Alter und das Geschlecht bei der Zuordnung zu bestimmten Versichertengruppen und damit bei der Frage nach finanziellen Zu- oder Abschlägen für die Krankenkasse eine Rolle.

6.3 Morbiditätsgruppen

Maßgebliches Kriterium dafür, ob eine Krankenkasse hohe oder geringe Ausgaben hat, ist auch der Gesundheitszustand ihrer Versicherten. Der Risikostrukturausgleich sieht daher zusätzlich höhere Zuweisungen für Mitglieder vor, die an einer schweren oder sehr kostenaufwändigen Erkrankung leiden. Zur Vereinfachung des Verfahrens wurden 80 besonders kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf ermittelt. Für jeden Versicherten, der an einer dieser Krankheiten leidet, erhält die Krankenkasse einen Zuschlag aus dem Gesundheitsfonds. Grundlage dafür sind die konkreten Diagnosen eines Arztes oder eines Krankenhauses sowie zusätzlich bei einigen wenigen Erkrankungen die Arzneimittelverordnungen.

Das Bundesversicherungsamt in Bonn ermittelt die Höhe der Zuweisungen auf Basis der Versicherten- und der Morbiditätsgruppen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu.

Ziel des neuen Risikostrukturausgleiches, der im Hinblick auf den Ausgleich nach Morbiditätsgruppen auch „Morbi-RSA“ genannt wird, ist eine Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion bei den Krankenkassen. Diese sollen durch die Änderungen nicht mehr junge gesunde Menschen als Mitglieder bevorzugen. Kranke Versicherte bedeuten zwar durchschnittlich höhere Ausgaben. Da diese Kosten aber ab 2009 durch höhere Zuweisungen ausgeglichen werden können, werden Krankenkassen zukünftig gern auch kranke und ältere Menschen aufnehmen.

Die Neuregelungen sollen damit auch für einen fairen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen sorgen, der sich an einer besseren Qualität und an einer höheren Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung orientiert.

7. Kündigungsregelungen

Auch ab 2009 gilt nach wie vor, dass Versicherte 18 Monate an die Wahl ihrer Krankenkasse gebunden sind. Nach dem Ende dieses Zeitraums sind Kündigungen jederzeit möglich. Wirksam sind sie jeweils zum Ablauf des übernächsten Monats nach Erklärung der Kündigung gegenüber der Krankenkasse.

Darüber hinaus gab es bisher ein Sonderkündigungsrecht im Falle der Erhöhung des Beitragssatzes. Da der allgemeine Beitragssatz nun bei allen Krankenkassen gleich ist, stellt dessen Erhöhung keinen Kündigungsgrund mehr dar. Erhebt die Krankenkasse darüber hinaus jedoch einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie einen bereits zuvor erhobenen Zusatzbeitrag oder verringert sie ihre Prämienzahlungen, kann auch vor Ablauf der Mindestversicherungszeit von 18 Monaten die Krankenkasse gewechselt werden.

Die Kündigung muss bis zur erstmaligen Fälligkeit der Beitragserhöhung oder der Prämienverringerung bei der Krankenkasse eingegangen sein. Damit Mitglieder diese Kündigungsmöglichkeit auch in Anspruch nehmen können, haben Krankenkassen die gesetzliche Verpflichtung, ihre Mitglieder über die Änderung rechtzeitig zu informieren. Spätestens einen Monat vor der erstmaligen Fälligkeit des Zusatzbeitrags, des erhöhten zusätzlichen Beitrags oder vor der Verringerung oder Einstellung der Prämienzahlung müssen Mitglieder davon in Kenntnis gesetzt werden. Kommt die Kasse ihrer Hinweispflicht verspätet nach, verschiebt sich die Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags und die Kündigungsfrist um den entsprechenden Zeitraum.

Die Kündigung ist zum Ablauf des übernächsten Monats nach ihrer Erklärung wirksam. Sollte bis dahin bereits die Fälligkeit eingetreten sein, wird der (höhere) Zusatzbeitrag für Mitglieder, die rechtzeitig gekündigt haben, nicht erhoben. Kommt die Kündigung allerdings nicht zustande, etwa weil sie vom Versicherten zurückgenommen wurde, wird der zusätzliche Beitrag auch rückwirkend erhoben.

8. Wegfall des Krankengeldanspruchs für bestimmte Personengruppen

8.1 Selbständig Erwerbstätige und Arbeitnehmer ohne Anspruch auf eine mindestens sechswöchige Entgeltfortzahlung

Bestimmte Personengruppen sind seit jeher von einem Krankengeldanspruch ausgeschlossen. Dazu gehören beispielsweise Empfänger von Arbeitslosengeld II, Studenten und Familienversicherte.

Ab 2009 wird der Kreis derer, die nach dem Gesetz kein Krankengeld erhalten können, noch erweitert.

So haben künftig hauptberuflich selbständig Erwerbstätige und Arbeitnehmer ohne Anspruch auf eine mindestens sechswöchige Entgeltfortzahlung keinen Krankengeldanspruch mehr.

Bisher konnte jede Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, ob und inwieweit hauptberuflich selbständig erwerbstätige Versicherte einen Krankengeldanspruch haben. Möglich war auch, dass sich Mitglieder entscheiden konnten, ob ihre Versicherung einen Krankengeldanspruch im Falle der Arbeitsunfähigkeit einschloss oder nicht. Die Krankengeldzahlung für hauptberuflich Selbständige war somit auch bislang keine Pflichtleistung der Krankenkassen.

Ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts für sechs Wochen im Krankheitsfall entsteht erst nach vierwöchiger ununterbrochener Dauer des Arbeitsverhältnisses. Arbeitnehmer in einer unständigen Beschäftigung oder in einem auf einen sehr kurzen Zeitraum befristeten Arbeitsverhältnis haben beispielsweise keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Diese Personen haben bisher Krankengeld erhalten und mussten dafür Krankenversicherungsbeiträge nach dem erhöhten Beitragssatz zahlen.

Künftig darf hingegen Krankengeld grundsätzlich weder an hauptberuflich selbständig Erwerbstätige noch an Personen ohne Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens sechs Wochen ausgezahlt werden. Diese Personen müssen daher ab 2009 nur noch den ermäßigten Beitragssatz zahlen. Mit dieser Gesetzesänderung kam gleichzeitig die Verpflichtung für jede Krankenkasse, einen Krankengeld-Wahltarif für Selbstständige und unständig Beschäftigte anzubieten. Nur über eine Teilnahme an diesen besonderen Wahlтарifen können betroffene Versicherte sich zukünftig einen Krankengeldanspruch sichern. Sie werden dafür aber auch einen separaten Beitrag an ihre Krankenkasse zahlen müssen.

8.2 Versicherte, die eine rentenähnliche Leistung beziehen

Kein Krankengeld ab 2009 erhalten auch Versicherte, die eine Rente von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder einer Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder von anderen vergleichbaren Stellen beziehen. Hierbei muss es sich um Leistungen handeln, die den Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, dem Vorruhestandsgeld oder ähnlichen Leistungen entsprechen. Bisher wurde beim Bezug dieser Leistungen das Krankengeld weder gekürzt noch gestrichen, während beispielsweise eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung das Krankengeld ausschließt oder zumindest darauf angerechnet wird. Hintergrund dieser Neuregelung ist die Beseitigung einer Ungleichbehandlung.

9. Basistarif in der privaten Krankenversicherung

Ab dem 1. Januar 2009 ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, eine Krankenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung abzuschließen, die maximal eine Selbstbeteiligung von 5.000 Euro im Jahr vorsehen darf. Gleichzeitig müssen Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, einen branchenweit einheitlichen Basistarif anbieten. Die über diesen Basistarif versicherten Leistungen müssen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen.

Die privaten Versicherungsunternehmen müssen Personen mit Wohnsitz in Deutschland zum Basistarif aufnehmen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind und noch keine Versicherung mit einem anderen Unternehmen vereinbart haben, die ihrer Pflicht genügt. Vollversicherte in der privaten Krankenversicherung, die ihren Vertrag nach 2008 geschlossen haben und später in den Basistarif wechseln wollen, haben darauf ebenfalls einen Anspruch.

Bestand hingegen bereits vor 2009 ein privater Versicherungsvertrag, ist der Abschluss des Basistarifs unter Mitnahme der Altersrückstellungen nur bis zum 30. Juni 2009 möglich. Danach ist der Wechsel in den Basistarif innerhalb des Versicherungsunternehmens nur dann möglich, wenn der Versicherte das 55. Lebensjahr vollendet hat oder ein Rentenanspruch besteht oder der Versicherte sozialhilfebedürftig wird.

Die Höhe des im Basistarif zu zahlenden Beitrages richtet sich nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherten. Nicht maßgeblich ist sein Gesundheitsstatus. Der Beitrag darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser liegt 2009 voraussichtlich bei rund 570,00 Euro im Monat.

Entsteht allein durch die Verpflichtung zur Zahlung dieses Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Grundsicherung), vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte.

Wenn diese Beitragsreduzierung nicht ausreicht und nach wie vor durch die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags Hilfebedürftigkeit besteht, beteiligt sich der zuständige Leistungsträger in erforderlichem Umfang an dem Beitrag zum Basistarif.

Ob ein Versicherter durch den Beitrag zur Krankenversicherung hilfebedürftig würde oder wird, ist vom zuständigen Leistungsträger zu prüfen und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu bescheinigen. Diese Bescheinigung ist die Grundlage für das Versicherungsunternehmen zur Halbierung des Beitrages.

Besteht unabhängig von dem zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag Hilfebedürftigkeit, beispielsweise bei Empfängern von Arbeitslosengeld II, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, zahlt der Leistungsträger den Beitrag in der Höhe, wie er für Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen wäre.

10. Versicherungsfreiheit bestimmter Arbeitslosengeld II-Bezieher

Durch die Änderungen zur Neuordnung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung und durch die Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung mit dem gleichen Leistungsangebot wie in der gesetzlichen Krankenversicherung werden Empfänger von Arbeitslosengeld II, die unmittelbar vor dem Leistungsbezug privat krankenversichert waren, ab 2009 nicht mehr pflichtversichert. Diese Personen sind dann in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei, was bisher für Arbeitslosengeld II-Bezieher ausgeschlossen war.

Auch Hartz IV-Empfänger, die vorher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und hauptberuflich selbständig erwerbstätig oder versicherungsfrei waren, können neuerdings nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden.

Die Neuregelung gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 durch den Bezug von Arbeitslosengeld II versicherungspflichtig waren für die Dauer der Hilfebedürftigkeit. Endet bei diesen Personen die Hilfebedürftigkeit und werden sie zu einem späteren Zeitpunkt erneut hilfebedürftig, sind allerdings die neuen Regelungen anzuwenden.