

Rückkehrmöglichkeiten in die gesetzliche Krankenversicherung

- Zum Anfang eines jeden Jahres steigen – wegen der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung praktisch regelmäßig – die Werte in der Sozialversicherung. Für die Kranken- und Pflegeversicherung ist die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) nach § 6 Abs. 6 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) entscheidend.
- Die Grenzwerte werden jeweils am Ende eines Jahres durch eine Rechtsverordnung für das neue Jahr festgelegt.
- **1. Ende der Versicherungspflicht in der GKV – kein Zwang zum Wechsel in PKV**
- Die JAEG wird auch (allgemeine) Versicherungspflichtgrenze genannt. Wer als abhängig Beschäftigter (= Arbeitnehmer im sozialversicherungsrechtlichen Sinn) mehr verdient, für den endet die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Aber er darf weiterhin freiwillig in der GKV bleiben, er muss also nicht in eine PKV wechseln.
- Der Arbeitnehmer hat erst mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem sein Bruttoeinkommen erstmals die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, die Möglichkeit, in die PKV zu wechseln.
- Für Selbstständige, Freiberufler und Beamte ist die JAEG nicht relevant. Sie können sich von vornherein privat (kranken- und pflege-)versichern oder uneingeschränkt in die PKV wechseln.
- **2. Besondere Versicherungspflichtgrenze**
- Neben der allgemeinen gibt es – aus Gründen des Rechtsschutzes – zusätzlich eine besondere Versicherungspflichtgrenze, die aber ausschließlich für solche Arbeitnehmer gilt, die zum 31.12.2002 (Stichtag) bereits privat versichert waren. Damals wurde die Versicherungspflichtgrenze erstmals anders festgelegt als die Beitragsbemessungsgrenze.
- **3. Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung**
- In der GKV wird zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz unterschieden. Der allgemeine Beitragssatz gilt für Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld. Der gesetzlich festgeschriebene allgemeine Beitragssatz beträgt 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen.
- Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,0 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Er gilt für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.
- Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt – jeder trägt eine Hälfte.

4. Prüfpflichten des Arbeitgebers bei Entgeltfestlegung und -änderungen

Arbeitgeber müssen zu Beginn einer Beschäftigung und des Weiteren am Anfang jeden Kalenderjahres prüfen, ob ein Arbeitnehmer krankenversicherungspflichtig oder -frei ist.

Es ist sinnvoll, unterjährig nur bei neu eingestellten Arbeitnehmern zu prüfen, ob die JAEG überschritten wird. Für die bereits Beschäftigten wirken sich Erhöhungen des Arbeitsentgelts nach § 6 Abs. 4 SGB V immer nur zum darauffolgenden Jahreswechsel aus, wenn die entsprechende JAEG und auch diejenige des Folgejahres überschritten wird.

Wichtig:

Wer die Personalakten derjenigen Mitarbeiter, bei denen sich das Gehalt im Laufe des Jahres erhöht hat, kenntlich macht, kann zum Jahreswechsel gezielt auf diese Akten zugreifen, um die Prüfung, ob noch versicherungspflichtig oder bereits –frei, gezielt durchzuführen. Um eine rechtssichere Entscheidung fällen zu können, muss aber unbedingt abgewartet werden, bis die JAEG für das Folgejahr amtlich festgestellt worden ist. Das ist erfahrungsgemäß nicht vor November der Fall.

Wird – beispielsweise, weil sich das Arbeitsverhältnis von Voll- zu Teilzeit geändert hat – im Laufe eines Jahres die JAEG unterschritten, dann ist der betreffende Arbeitnehmer unmittelbar mit Datum der Änderung, die zur Absenkung des Entgelts unter die JAEG geführt hat, (wieder) versicherungspflichtig in der Kranken- und Pflegeversicherung.

Wichtig:

Nicht alle Arbeitnehmer oder Selbstständige sind uneingeschränkt „glücklich“ mit ihrer Wahl, Mitglied einer PKV zu sein. Arbeitgeber müssen aber ausdrücklich davor gewarnt werden, hier „Gefälligkeiten“ zu erweisen, um der betreffenden Person die Rückkehr in die GKV zu ermöglichen. Scheinarbeitsverhältnisse oder nur zum Schein durchgeführte Veränderungen der Arbeitsbedingungen mit abgesenktem Entgelt sind (versuchter) Sozialversicherungsbetrug, mithin eine Straftat, die in der Regel erst nach 30 Jahren verjährt.

5. Arbeitgeberzuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung

Nach § 257 SGB V sind Arbeitgeber verpflichtet, freiwillig in der GKV versicherten Beschäftigten, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, ebenso wie privat Versicherten einen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung zu bezahlen. Der Zuschuss ist steuerfrei.

Bei den freiwillig in der GKV Versicherten entspricht der Beitragszuschuss dem Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Abs. 1 oder 2 SGB V bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte.

Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

Bei Arbeitnehmern in der PKV ist der Zuschuss meist ebenfalls so hoch wie die entsprechende Arbeitgeberzahlung in der GKV. Damit der Anspruch auf den Beitragszuschuss besteht, muss die PKV aber eine „Vollversicherung“ sein, deren Leistungen denen der GKV ähneln. Umfang und Höhe der Leistungen sind bedeutungslos.

Reine (private) Zusatzversicherungen zur GKV sind nicht bezuschussungsberechtigt.

Wichtig:

Sinkt bei privat versicherten Arbeitnehmern, die in Teilzeit wechseln, das Bruttoentgelt, sinkt auch der Arbeitgeberzuschuss auf das Niveau, das der Arbeitgeber für einen gesetzlich versicherten Arbeitnehmer bezahlen müsste.

Für ebenfalls privat versicherte Familienangehörige, die in der GKV kostenlos familienversichert wären, muss der Arbeitgeber ebenfalls einen Zuschuss zu deren Versicherungsprämien leisten. Dieser Zuschuss beträgt aber insgesamt (aktuell) höchstens 323 Euro. Damit profitieren nur die Arbeitnehmer von dem Angehörigen-Zuschuss, die ihren eigenen Zuschuss (noch) nicht voll ausgeschöpft haben.

Privat versicherte Eltern in Elternzeit, haben nur dann Anspruch auf einen Beitragszuschuss von ihrem Arbeitgeber, wenn sie – in erlaubtem Umfang – Teilzeit arbeiten. Bleibt „nur“ das Beschäftigungsverhältnis bestehen, haben sie keinen Anspruch auf den Zuschuss.

Wichtig:

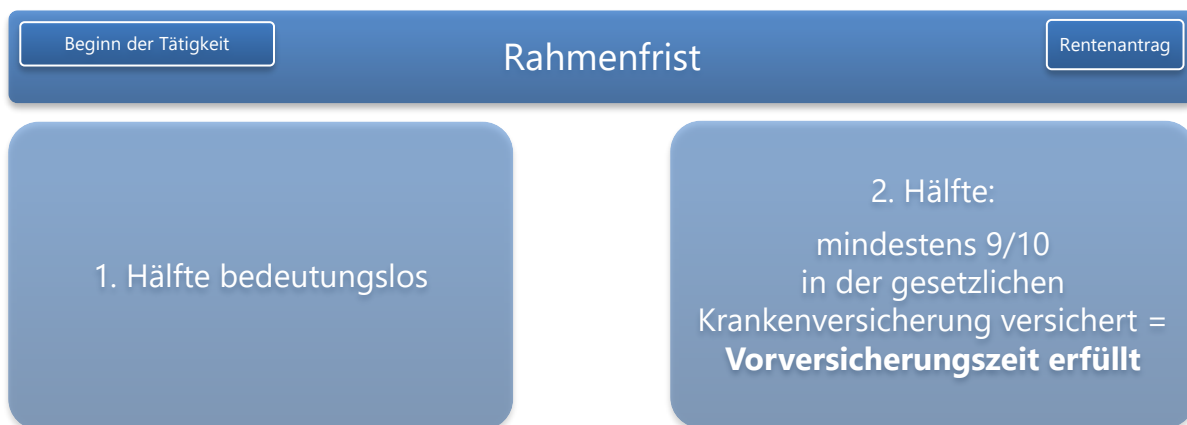
Hat einer der Partner seinen Arbeitgeberanteil noch nicht vollständig ausgeschöpft, kann der nicht Teilzeit arbeitende Elternteil in Elternzeit einen Zuschuss über den Arbeitgeber des Partners erhalten. Falls (und solange) er familienversichert wäre, wäre der arbeitende Partner Mitglied in der GKV.

6. Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Als Rentner, die in der KVdR versichert sein können, gelten nicht nur Altersrentner, sondern auch z. B. wegen Arbeitsunfähigkeit Verrentete, aber auch Witwer und Waisen.

In der KVdR, die von den GKVen durchgeführt wird, sind Rentenantragsteller und Rentner mit Leistungen, wie sie auch den übrigen Mitgliedern (also beispielsweise pflichtversicherten Arbeitnehmern) gewährt werden, kranken- und pflegeversichert. Das gilt auch für familienversicherte Angehörige eines in der KVdR versicherten Rentners.

Neben dem Antrag auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder dem Bestehen eines Rentenanspruchs, muss der Betreffende die „Vorversicherungszeit“ erfüllt haben, um (Pflicht-)Mitglied in der KVdR werden zu können. Die Vorversicherungszeit ist erfüllt, wenn innerhalb der Rahmenfrist mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums eine Mitgliedschaft (aufgrund einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung) oder eine Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat. Als Rahmenfrist wird der Zeitraum zwischen dem Beginn (= der erstmaligen Aufnahme) einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung bezeichnet.



Als Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gilt jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland. Wurde keine Erwerbstätigkeit aufgenommen, gilt als Beginn der Rahmenfrist der Tag der Eheschließung oder der Eintragung einer Lebenspartnerschaft oder (falls keine solche Ehe oder Partnerschaft bestand) die Vollendung des 18. Lebensjahrs oder bei minderjährigen Waisen der Tag der Geburt.

Neben den Zeiten einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung und den Zeiten einer Familienversicherung werden als Vorversicherungszeit auch angerechnet:

- drei Jahre für jedes Kind: Jeder Versicherte erhält pauschal pro Kind drei Jahre als Vorversicherungszeit angerechnet, unabhängig von der Krankenversicherung des Ehe- oder eingetragenen Lebenspartners (§ 5 Abs. 2 Satz 3 SGB V). Zu den Kindern zählen auch Adoptivkinder, Pflegekinder und Stiefkinder. Die Zeiten werden automatisch der zweiten Hälfte des Erwerbslebens zugerechnet, auch wenn die Kinder früher geboren wurden.

Wichtig:

Hier kommt es nicht darauf an, wer das Kind betreut hat. Jedes Elternteil erhält drei Jahre pro Kind angerechnet.

- sowie Zeiten in der Sozialversicherung, in der freiwilligen Krankheitskostenversicherung oder in einem Sondersversorgungssystem im Beitrittsgebiet (bis 31.12.1990).

Für selbstständige Künstler und Publizisten gilt eine erleichterte Vorversicherungszeit.

Die Vorversicherungszeit wird für Personen nach §§ 1, 17a Fremdrentengesetz oder nach § 20 Gesetz zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung nicht gefordert, wenn die Zugehörigkeit zum vorgenannten Personenkreis (z. B. anerkannte Spätaussiedler) nachgewiesen ist und der Wohnsitz innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Rentenantragstellung in die Bundesrepublik Deutschland verlegt wurde.

Für Waisenrentner ist grundsätzlich keine Vorversicherungszeit erforderlich. Sie sind also ohne Berücksichtigung einer Vorversicherungszeit in der Krankenversicherung pflichtversichert, es sei denn, sie waren zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert. Dann ist eine Pflichtversicherung ausgeschlossen. Ausnahme von der Ausnahme: Der Ausschluss gilt nicht, wenn für den jeweiligen Waisenrentner oder Waisenrentenantragsteller die Voraussetzungen für eine Familienversicherung oder die Vorversicherungszeit (gegebenenfalls durch den Verstorbenen) erfüllt sind.

Ausschlussgründe für die (Pflicht-)Versicherung in der KVdR sind:

- Der Rentner ist nach anderen gesetzlichen Vorschriften versicherungspflichtig, weil er beispielweise abhängig beschäftigt ist.
- Der Rentner bezieht Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV).
- Der Rentner ist hauptberuflich selbstständig oder land- und forstwirtschaftlicher Unternehmer.
- Der Rentner ist von der Krankenversicherungspflicht befreit, weil er z. B. Beamter ist oder sein Brutto-Entgelt die JAEG übersteigt.

Ab dem Zeitpunkt, ab dem diese Ausschlussgründe nicht (mehr) gegeben sind, wird der Rentenantragsteller oder Rentner versicherungspflichtig in der KVdR, sofern die übrigen Voraussetzungen gegeben sind.

Auf Dauer versicherungsfreien Personen ist die Mitgliedschaft in der KVdR verwehrt. Das sind:

- Personen, die erst nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht versicherungspflichtig waren bzw.
- Personen, die von der Krankenversicherungspflicht befreit worden sind, beispielsweise, wenn bereits eine weitere Rente bezogen wird und bei dieser Rente eine Befreiung von der KVdR ausgesprochen wurde.

Für Personen, die über ein Versorgungswerk für ihr Alter vorsorgen wie z. B. Anwälte, Ärzte oder Steuerberater, gelten Sonderregeln. Sie müssen sich, wenn sie lediglich eine Rente aus dem Versorgungswerk erhalten, freiwillig versichern – auch wenn sie vorher in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert waren. In diesem Fall werden für alle Einkommen Krankenversicherungsbeiträge fällig.

Nur diejenigen, die neben der Rente aus dem Versorgungswerk auch eine gesetzliche Rente erhalten, sind (auch) pflichtversichert in der KVdR, sofern die Vorversicherungszeiten erfüllt sind. In diesem Fall muss der Rentner dann nur Krankenkassenbeiträge auf die gesetzliche Rente und die Altersrente des Versorgungswerks zahlen.

Kündigung der PKV

Die Grundregeln für Kündigungen der PKV sind:

- Die PKV selbst darf wegen der in Deutschland geltenden Versicherungspflicht den Vertrag nicht kündigen (§ 206 Versicherungsvertragsgesetz/VVG). Das gilt auch dann, wenn der Versicherte seine Beiträge nicht bezahlt. Lediglich in Ausnahmefällen steht dem Versicherer ein Rücktrittsrecht vom Vertrag zu, beispielsweise bei arglistiger Täuschung, also z. B. dann, wenn der Versicherte bei Gesundheitsfragen im Antrag vorsätzlich falsche Angaben gemacht hat (Anzeigenpflichtverletzung, § 22 VVG). Wurden die Fragen zwar falsch, aber nicht mit Vorsatz oder aus grober Fahrlässigkeit falsch beantwortet hat, darf der Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten (§ 19 VVG). Verletzt der Versicherte den Vertrag schwer, darf der Versicherer den Vertrag außerordentlich kündigen (§ 314 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs/BGB). Nach Vertragsende kann der Versicherte dann nur noch in den Basistarif einer anderen Versicherung wechseln (§ 193 Abs. 5 VVG).
- Der Versicherte kann den Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres ordentlich kündigen (§ 205 VVG). Bei vielen Versicherungen decken sich Versicherungs- und Kalenderjahr. Einige Versicherer sehen eine Mindestlaufzeit des Vertrags vor, innerhalb der der Vertrag nicht (ordentlich) gekündigt werden kann.

Wichtig:

Die genaue Frist für eine ordentliche Kündigung und auch die mögliche Mindestlaufzeit, sollte immer dem Vertrag entnommen werden. Dies ist wichtig, weil einige Versicherer unterschiedliche Kündigungsfristen haben und sich nicht an der Drei-Monats-„Regel“ orientieren.

- Der Versicherte hat ein Sonderkündigungsrecht, wenn der Beitrag steigt oder sich die Leistung ändert. Der Versicherer muss dem Versicherten die Änderung(en) mitteilen. Danach beträgt die Kündigungsfrist zwei Monate.
- Das Sonderkündigungsrecht gilt auch bei einem Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung oder für denjenigen, der einen Anspruch auf Familienversicherung hat. In solchen Fällen kann die PKV bis zu drei Monate rückwirkend gekündigt werden (§ 205 VVG). Wer kündigt, muss immer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung beweisen, dass er wieder versicherungspflichtig geworden ist. Will er lediglich vorübergehend in die GKV wechseln, besteht die Möglichkeit einer Anwartschaftsversicherung.

Wichtig:

Wer seine (alte) PKV kündigt, muss wegen der Versicherungspflicht in Deutschland einen Vertrag bei einem anderen Versicherer nachweisen. Dabei ist der Wechsel zu einem anderen privaten Anbieter in aller Regel nicht sinnvoll, weil die Konditionen – unabhängig davon, wie lange der Vertrag bei dem früheren Versicherer gelaufen ist – sich am aktuellem Alter und Gesundheitszustand ausrichten und häufig Wartezeiten in Kauf zu nehmen sind, bis der volle Versicherungsschutz greift.

© 2018 Alle Rechte, insbesondere das Verlagsrecht, allein beim Herausgeber DATEV eG, 90329 Nürnberg (Verlag).

Die Inhalte wurden mit größter Sorgfalt erstellt, erheben keinen Anspruch auf eine vollständige Darstellung und ersetzen nicht die Prüfung und Beratung im Einzelfall.

Die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich oder vertraglich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung der DATEV eG unzulässig.

Eine Weitergabe an Dritte ist nicht erlaubt. Aus urheberrechtlichen Gründen ist eine Veröffentlichung z. B. in sozialen Netzwerken oder auf Internet-Homepages nicht gestattet.

Im Übrigen gelten die Geschäftsbedingungen der DATEV.

Angaben ohne Gewähr

Bild: © Stockfotos-MG/fotolia.com

Stand: Juli 2018

E-Mail: literatur@service.datev.de



TLC AG
Steuerberatungsgesellschaft

TLC Legal Partnerschaft mbB
Rechtsanwälte, Steuerberater

TLC Management Consultants GmbH
Unternehmensberatung



TLC AG
Steuerberatungsgesellschaft
Zimmerstraße 79-80
10117 Berlin
Tel.: +49 (030) 726 188 460
Fax: +49 (030) 726 188 469
info@tlc.ag