

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

7. Jahrgang Ausgabe 3. März 2007

Unsere Themen

- [Tarifoptimierung in der privaten Krankenversicherung](#)
Mehr als 6.000 Euro pro Jahr können gespart werden
- [Gesundheitsreform 2007](#)
Die wichtigsten Änderungen auf einen Blick
- [Unfallschutz – mehr als eine Geldfrage](#)
Versicherer organisieren für Senioren Hilfe- und Pflegeleistungen
- [KYRILL](#)
Kyrill kostet die Versicherer rund 1 Milliarde Euro
- [Rechtsschutz](#)
Rechtsschutz schon vor dem Konflikt
- [Gesundheitsreform:](#)
Schon vor April 2007 zugeschlagen
- [Urteile für Verbraucher](#)
Der Winter hat auch diesmal Spuren hinterlassen

Tarifoptimierung in der privaten Krankenversicherung

Mehr als 6.000 Euro pro Jahr können gespart werden:

Michael K., Jahrgang 1946, ist Diplomingenieur und Inhaber eines kleinen Unterneh-

mens. Seit vielen Jahren ist er mit seiner privaten Krankenversicherung bei der X, einem der großen deutschen Anbieter versichert.

Im nächsten Jahr möchte er sich aus dem aktiven Berufsleben zurückziehen. Dann muss er mit seinem Einkommen etwas genauer rechnen: Seine Private Krankenversicherung ist dabei der größte Posten.

So überlegt er zu Recht, ob und wo er bei seiner privaten Krankenversicherung Abstriche machen kann, ohne auf wesentliche Bestandteile seiner gewohnt guten ärztlichen Versorgung verzichten zu müssen.

Das Ergebnis, das er auf Anfrage von seinem unabhängigen Versicherungsmakler bekam, war für ihn fast umwerfend, und die Zahlen werden wohl auch Sie in Erstaunen setzen.

Aber rechnen Sie erst einmal mit!

Für seinen, zugegeben optimalen Versicherungsschutz zahlt er - einschließlich großzügig bemessener Tagegelder - monatlich den stolzen Beitrag von € 801.

Viel Geld!

Zu viel Geld für einen angehenden Rentner, der mit seinem Geld in Zukunft mehr als bisher rechnen muss.

Michael K. entschließt sich für einen Kompakttarif – natürlich auch bei der X - und ist bereit, in Zukunft eine Selbstbeteiligung von jährlich € 2.600 zu akzeptieren.

Von allen Rechnungen, die im Laufe eines Jahres anfallen, muss Michael K. die ersten € 2,600 selbst übernehmen, erst danach wird der Versicherer die vereinbarten Leistungen erbringen.



Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Der Betrag von € 2.600 als Selbstbeteiligung klingt auf den ersten Blick abschreckend, und leider lassen sich viel zu viele Verbraucher durch diesen Betrag davon abbringen, einen Taschenrechner zur Hand zu nehmen und in aller Ruhe selbst nachzurechnen, bevor sie über Annahme oder Ablehnung eines solchen Angebotes entscheiden.

Der neue Beitrag, den Michael K. in Zukunft bezahlen muss, beträgt nur noch € 277 im Monat.

Bei völlig gleichen Leistungen, ohne Abstriche, versteht sich, denn schließlich wollen wir bei unserer kleinen Rechnung nicht Äpfel miteinander vergleichen.

Das sind immerhin € 524 weniger im Monat als bisher. Das ergibt eine jährliche Ersparnis von € 6.288.

Wenn wir davon die jährliche maximale Selbstbeteiligung von € 2.600 abziehen, verbleiben immer noch € 3.688, die also auch im schlechtesten Fall jedes Jahr wieder in der Tasche von Michael K. bleiben.

Wenn Sie Ihren Taschenrechner noch zur Hand haben, rechnen Sie noch ein wenig weiter! Sie werden über das Ergebnis staunen, das dabei heraus kommt.

Wenn Sie einen Blick in die allgemeinen Sterbetafeln tun, werden Sie sehr schnell feststellen, dass Michael K. gut und gerne noch 25 Jahre leben kann.

Das ergibt in den nächsten 25 Jahren für Michael K. eine Ersparnis von € 157.200, die er weniger bezahlen muss und die allerdings auch weniger in die Kassen der X fließen werden. Damit haben wir die möglichen Beitragssteigerungen, die in den nächsten 25 Jahren mit Sicherheit anfallen werden, noch nicht einmal eingerechnet.

Selbst wenn Michael K. ernsthaft krank würde und seine Selbstbeteiligung jedes Jahr aus eigener Tasche aufbringen müsste, würde er im Laufe der nächsten 25 Jahre netto immer noch € 92.200 sparen.

Dabei haben wir die anfallenden Zinsen noch nicht einmal mitgerechnet, wenn Michael K. die monatliche Beitragsersparnis rentierlich anlegen würde.

Wenn Michael K. das ersparte Geld mit nur 4 Prozent anlegen würde und wir zusätzlich von einer jährlichen Beitragsanpassung von ebenfalls nicht zu hoch gegriffenen 4 Prozent ausgehen, summieren sich seine Ersparnisse im Laufe der Jahre auf mehr als € 300.000.

Für Michael K. also auf jeden Fall ein gutes, wenn nicht gar das beste Geschäft seines Lebens.

Zugegeben, die mögliche Beitragsersparnis wird nicht für jeden Versicherten, der hofft, seinen Tarif optimieren zu können, in gleicher Höhe ausfallen, denn sie ist auch von der bisherigen Dauer des Versicherungsvertrages und den damit verbundenen Altersrückstellungen, die in die Berechnung einfließen, abhängig.

Für einen neutralen Beobachter ist es immer wieder erschreckend, festzustellen, wie viele – angeblich sogar vernunftbegabte - Versicherungskunden sich mit Händen und Füßen gegen eine angemessene Selbstbeteiligung bei ihrer privaten Krankenversicherung wehren.

Warum?

Weil sie Angst davor haben, dass sie im Leistungsfall die vereinbarte Selbstbeteiligung nicht aufbringen können, verschenken viele Verbraucher im wahrsten Sinne des Wortes ein Vermögen, gleichzeitig a-



Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

ber beschweren sie sich über die ständig steigenden Beiträge der Gesellschaften.

Von Seiten der Gesellschaften und deren Mitarbeiter besteht aus verständlichen Gründen wenig Interesse, ihre Versicherten auf die Möglichkeit einer Tarifoptimierung hinzuweisen und Altverträge auf einen aktuellen Stand zu bringen.

- Keine Gesellschaft ist bereit, freiwillig auf Beiträge, die ihr ohne irgendeine Gegenleistung zufließen, zu verzichten.
- Kein Mitarbeiter einer Gesellschaft wird Sie aus eigenem Antrieb auf die enormen Einsparpotentiale in Ihren Versicherungsverträgen hinweisen, wenn er damit gleichzeitig seine Pflegeprovision minimiert.

Soviel Selbstlosigkeit können Sie von jemandem, der von der Provision leben muss, nicht erwarten.

Dabei ist eine Tarifoptimierung noch nicht einmal ein Entgegenkommen der Gesellschaft, das diese nach Belieben verteilen können, sondern ein Recht, das jedem Versicherten einer Gesellschaft zusteht.

Jeder Versicherte kann – so lange er nicht Mehrleistungen verlangt – problemlos von einem Tarif einer Gesellschaft in jeden anderen Tarif der gleichen Gesellschaft wechseln und bei seinem Tarifwechsel selbstverständlich auch alle bisher erworbenen Altersrückstellungen mitnehmen.

Im Paragraphen 178f des Versicherungsvertragsgesetzes können Sie es selbst nachlesen:

§178f - Tarifwechsel

Bei bestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf

Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, in den der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, kann der Versicherer für die Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung eines Risikozuschlages und einer Wartezeit dadurch abwenden, dass er hinsichtlich der Mehrleistung einen Leistungs-Ausschluss vereinbart.

Dass die Gesellschaften einen solchen Wechsel ihrer Versicherten in günstigere Tarife nicht unbedingt gerne sehen, ist vielleicht verständlich, aber dem kostenbewussten Verbraucher liegt sein eigener Geldbeutel sicherlich näher am Herzen, als das Geld in den Tresoren seines Krankenversicherers.

Also sollten Sie mit der Optimierung Ihres Vertrages nicht länger warten.

Bei den meisten Gesellschaften vollzieht sich ein solcher Tarifwechseln ohnehin ziemlich reibungslos, denn das Recht auf einen Tarifwechsel ist vom Gesetzgeber für alle Gesellschaften zwingend vorgeschrieben.

Nur einige wenige Gesellschaften versuchen es immer wieder, ihre Versicherten hinzuhalten und dieses Recht der Tarifoptimierung so lange wie möglich zu verweigern, weil sie ihre neu aufgelegten Tarife auf diese Weise zu schützen hoffen.

Dann hilft nur gutes Zureden.

Denn auch diese Gesellschaften scheuen die Publicity und lassen sich letztendlich nur sehr ungern auf einen Prozess ein, den sie im Grunde nicht gewinnen können.



Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Unser Rat:

Nutzen Sie also die Erfahrung der unabhängigen Versicherungsmakler, die Ihnen gerne bei der Optimierung Ihres Krankenversicherungsschutzes helfen werden und Ihre Interessen gegenüber den Gesellschaften auch durchzusetzen wissen.

Halbieren Sie die Kosten Ihrer Versicherungen, und Sie haben mit Sicherheit mehr vom Leben!

rät der Verband marktorientierter Verbraucher nicht nur seinen Mitgliedern, sondern allen Versicherten.

Die Tarifoptimierung ist gerade für viele ältere Versicherte, die ein Leben lang als Mitglied in einer Privaten Krankenversicherung waren, oft der einzige Ausweg, einen Abstieg in die Niederungen des Basistarifes mit abgespeckten Leistungen ähnlich der gesetzlichen Krankenversicherung zu vermeiden.

Der Basistarif muss von allen Privaten Krankenversicherern – sozusagen als letzter Ausweg für die Versicherten - angeboten werden, die die gestiegenen Beiträge ihrer gewohnten Vollversicherung irgendwann im Alter nicht mehr aufbringen können.

So hat es der Gesetzgeber allen Anbietern vorgeschrieben.

Die Beiträge des Basistarifes dürfen nicht höher als die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung liegen. Allerdings wird von den meisten Gesellschaften vornehm verschwiegen, dass es sich dabei grundsätzlich um die Höchstbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Leider wird das zur Verfügung stehende Einkommen der Rentner bei der Bemessung

der Beitragshöhe des Basistarifes in keiner Weise berücksichtigt.

Damit ist so mancher ehemals gut verdienende Rentner mit den an seine private Krankenversicherung zu zahlenden Beiträgen völlig überfordert.

Gesundheitsreform 2007

Die wichtigsten Änderungen auf einen Blick

Am 2. Februar 2007 hat der Deutsche Bundestag in zweiter und dritter Lesung die Gesundheitsreform verabschiedet. Die Zustimmung des Bundesrates erfolgte Mitte Februar. Damit tritt die Gesundheitsreform am 1. April 2007 in Kraft.

Was bedeutet die Gesundheitsreform für die PKV?

- Der PKV verbleibt auch künftig das Geschäftsfeld der „klassischen Vollversicherung“
- Für alle gesetzlich versicherten Arbeitnehmer gilt ab sofort: Für den Wechsel in die private Vollversicherung ist mit dem Stichtag 2. Februar 2007 in drei aufeinander folgenden Jahren die Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze notwendig!
- Für Selbständige, Freiberufler und Beamte gibt es keine derartigen Änderungen!
- Die Versicherungspflichtgrenze ist zu Jahresbeginn im „normalen“ Umfang auf 47.700 Euro gestiegen!
- Ab dem 1. Januar 2009 müssen alle PKV-Unternehmen einen so genannten Basistarif mit Kontrahierungszwang



Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

introduzieren. Dieser Basistarif darf den GKV-Höchstbetrag von derzeit rund 500 Euro nicht überschreiten.

- Ab 1. Juli 2007 können ehemals Privatversicherte, die derzeit über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, zunächst in den PKV-Standardtarif wechseln. Sie werden zum 1. Januar 2009 in den Basistarif umgestellt.
- Ab 1. Januar 2009 wird es für jede Person mit Wohnsitz in Deutschland eine allgemeine Pflicht zur Versicherung geben: Das heißt, ehemals Privatversicherte, die derzeit über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, müssen dann eine Krankheitskostenvollversicherung (Selbstbehalt: max. 5.000 Euro) vorweisen.
- PKV-Bestandskunden dürfen vom 1. Januar bis 30. Juni 2009 in den Basistarif des eigenen oder eines anderen Versicherers wechseln und ihre Altersrückstellung max. in der Höhe des Basistarifs mitnehmen.
- Für PKV-Neukunden ab 1. Januar 2009 gilt die o. g. Regelung zeitlich unbeschränkt. Sie können darüber hinaus zu einem anderen PKV-Unternehmen unter Mitnahme der Altersrückstellung max. in Höhe des Basistarifs wechseln, wenn ein Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, der die GKV-Leistungen ganz oder teilweise ersetzt.
- Bereits zum 1. Januar 2009 freiwillig gesetzlich Versicherte können nur im Zeitfenster 1. Januar bis 30. Juni 2009 in den Basistarif unter Kontrahierungszwang wechseln. GKV-Mitglieder, die zu einem späteren Zeitpunkt erstmalig versicherungsfrei werden, können ebenfalls nur innerhalb von sechs Monaten in den Basistarif wechseln.
- Ab 1. Juli 2009 können PKV-Bestandskunden nur noch dann in den Basistarif des eigenen Unternehmens

wechseln, wenn sie mindestens 55 Jahre alt oder finanziell bedürftig sind. Ein Wechsel zu anderen PKV-Unternehmen unter Mitnahme der Altersrückstellung ist nach diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich.

Was bedeutet die Gesundheitsreform für die GKV?

- Am 1. April 2007 tritt das Gesetz in Kraft: Ab diesem Zeitpunkt gibt es eine allgemeine Pflicht zur Versicherung in der GKV: Das heißt, Personen ohne Krankenversicherungsschutz müssen sich dann gesetzlich versichern, wenn sie früher gesetzlich versichert waren.
- Bis Ende 2008 müssen die Krankenkassen ihre Schulden abbauen. Viele Kassen haben daher ihren Beitragssatz bereits zum Jahresbeginn 2007 um deutlich mehr als die vom Bundesgesundheitsministerium avisierten 0,5 Prozentpunkte angehoben! Es gab Beitragssatzsprünge von bis zu 1,6 Prozent.
- Zum 1. Januar 2009 wird zum ersten Mal für alle Krankenkassen ein allgemeiner, einheitlicher Beitragssatz eingeführt.
- Ab 1. Januar 2009 wird in der GKV ein Gesundheitsfonds eingerichtet!
- Kassen müssen ab diesem Zeitpunkt einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben, falls sie mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen (max. ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens; ohne Prüfung kann die Kasse acht Euro monatlich verlangen)!
- Die Praxisgebühr, der vom Arbeitnehmer allein zu zahlende Sonderbeitrag von 0,9 Prozent und sonstige Zuzahlungen (Medikamente, Krankenhaus etc.) bleiben bestehen!

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

- Die GKV ist nach wie vor nicht demographiesicher, weil keine Rückstellungen gebildet werden!
- Mittelfristig drohen weitere Leistungskürzungen oder Beitragssteigerungen in der GKV!

Fristen für den Wechsel in PKV

Bei gesetzlich versicherten Arbeitnehmern ist ab sofort entscheidend, seit wann sie die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) überschritten haben. Denn sie können ab sofort nur noch dann in die Vollversicherung wechseln, sofern sie in drei aufeinander folgenden Jahren die JAEG überschritten haben.

Demnach gelten für alle gesetzlich versicherten Arbeitnehmer und Angestellten seit dem 2. Februar 2007 grundsätzlich folgende Fristen:

Verdienst über JAEG Erstmals im Jahr	Frühestmöglicher Wechsel in die PKV
2004	01.01.2007
2005	01.01.2008
2006	01.01.2009
2007 etc.	01.01.2010 etc.

Selbständige, Freiberufler und Beamte sind von der Wartezeitregelung nicht betroffen. Sie können nach wie vor ohne Wartezeiten in die PKV.



Unfallschutz - mehr als eine Geldfrage

Versicherer organisieren für Senioren Hilfe- und Pflegeleistungen

Ein Unfall, ob auf der Straße oder zu Hause, ist nicht nur schmerzhaft, meistens auch teuer. Vor allem Senioren fürchten sich vor langfristi-

gen Folgen. Ihnen bieten moderne Unfallversicherungen mehr als nur finanziellen Schutz.

Auf der Straße erleiden ältere Menschen entgegen mancher Vorurteile und Vermutungen nicht mehr Unfälle als der Durchschnitt der Bevölkerung. Jedes fünfte Malheur passiert dort draußen (Gesamtbevölkerung: 20 Prozent; Senioren: 19 Prozent)

Das eigene Heim hingegen scheint für Senioren einige Gefahren zu bergen. Fast die Hälfte aller Unfälle, die Menschen über 65 Jahre haben, erleiden sie zu Hause (49 Prozent). Im Durchschnitt aller Altersgruppen verletzt sich dagegen nicht einmal jeder Vierte (23 Prozent) im häuslichen Umfeld.

Ob draußen oder in den eigenen vier Wänden: Ein Unfall ist das letzte, was Senioren gebrauchen können. Aber auch wenn sie daheim aufpassen oder vorsichtig Auto fahren, kann etwas passieren. Wenn zum Beispiel andere Verkehrsteilnehmer einen Fehler machen, und es kracht trotz aller Aufmerksamkeit. Die befürchteten Folgen sind da: eine Verletzung, ein Knochenbruch vielleicht, heilt nur sehr langsam; der Patient ist auf Hilfe angewiesen.

Nicht nur im Straßenverkehr, auch zu Hause können Unfälle im Alter zu Folgen führen, vor deren Konsequenz den Senioren graut. „Ich möchte nicht ins Heim“; „ich will kein Pflegefall sein“ – diese Wünsche äußern ältere Menschen häufig. So lange es geht, wird das Leben in Eigenregie vorgezogen.

Unfallversicherer machen sich diese Bedürfnisse zunutze; sie haben spezielle Produkte für Senioren entwickelt. Ist ein Versicherter nach einem Unfall hilfsbedürftig, organisiert das Versicherungsunternehmen Hilfe für den Alltag.

Die „Assisteure“ – Dienstleister, die für die Versicherten Einkäufe erledigen, putzen und sie bei der Körperpflege unterstützen - ermöglichen den Betroffenen das Leben in Eigenständigkeit, in der eigenen Wohnung. Die Assisteure begleiten die Senioren bei Arzt- Behördengängen und bieten einen Menü- und Wäscheservice sowie einen Hausnotruf.



Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Eine solche Versicherung umfasst also mehr als nur die Zahlung von Geld. Wie kann denn nun ein Kunde erkennen, ob die Leistungen für ihn auch sinnvoll sind?

Um hier Transparenz zu schaffen, hat der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) „Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung“ herausgegeben. Es sind unverbindliche Musterbedingungen, die aber von einigen Versicherern als Ergänzung der Risikounfallversicherung übernommen wurden.

Sie geben Verbrauchern Orientierung, da sie genau beschreiben, in welchem Umfang versichert wird, welche Leistungen unter welchen Voraussetzungen und in welchem Zeitraum erbracht werden. So wird in den Policen, die diese besonderen Bedingungen berücksichtigen, der Unfallbegriff weiter gefasst. Ein Oberschenkelhalsbruch etwa gilt als Unfall, auch wenn er Folge von Osteoporose ist.

Herkömmliche Unfallversicherungen zahlen nur für bleibende Beeinträchtigungen, die ausschließlich auf den Unfall zurückzuführen sind. Die Assistance-Leistungen der speziellen Senioren-Unfallversicherung werden nach den neuen GDV-Empfehlungen hingegen auch dann uneingeschränkt zur Verfügung gestellt, wenn der Betroffenen unter Krankheiten oder anderen Gebrechen leidet, die die Unfallfolgen mit beeinflusst haben könnten.

Nach Angaben des GDV verletzen sich jedes Jahr rund vier Millionen Senioren bei einem Sturz. Mehr als 500.000 hätten bereits eine Senioren-Unfallversicherung abgeschlossen. Die Besonderen Bedingungen stehen unter www.gdv.de zum Download bereit oder können bestellt werden beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., Friedrichstr. 191, 10117 Berlin.
(Wolfgang Büser)

Kyrill kostet die Versicherer rund 1 Milliarde Euro

Das Orkantief „Kyrill“ hat allein in Deutschland Versicherungsschäden von rund 1 Milliarde Euro verursacht. Das schätzt der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV).

Seine Hochrechnung: Das letzte schwere Sturmtief „Jeanette“ hatte die Versicherer im Jahr 2002 über 660 Millionen Euro gekostet.

Windgeschwindigkeit, Dauer und Ausdehnung des Orkantiefs Kyrill waren größer als bei Jeanette, so dass auch der Gesamtschaden entsprechend höher sein wird.

Die meisten Schäden an Häusern und Autos seien versichert. Sturmschäden sollten dem Versicherer umgehen mitgeteilt werden. Hausrat-, Gebäude- oder Kaskoversicherung kommen ab Windstärke 8 für Sturmschäden auf. Dieser Wert wurde von Kyrill in den meisten Regionen deutlich überschritten. Bei einem solchen deutschlandweiten Ereignis muss der Geschädigte im Einzelfall in der Regel keinen Nachweis über die Windstärke erbringen.

Sturmschäden am Gebäude ersetzt die Wohngebäudeversicherung. Werden Andere etwas durch herabfallende Dachziegel verletzt, zahlt die Gebäudehaftpflicht. Nimmt die Wohnungseinrichtung durch das Unwetter Schaden, ist der Hausratversicherer in der Pflicht. Schäden am Auto etwa durch herumfliegende Äste sind durch die Teil- oder Vollkaskoversicherung des Fahrzeuges gedeckt.

Rechtsschutz schon vor dem Konflikt

Wenn sich eine rechtliche Auseinandersetzung konkret abzeichnet, muss der Rechtsschutzversicherer die Anwaltskosten des Versicher-

Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

ten schon im Vorfeld zahlen, auch wenn der Konfliktfall noch nicht eingetreten ist. Das geht aus einem Urteil des Oberlandesgerichts in Saarbrücken hervor. (Az. 5 U 719/05-107)

Dem Kläger war von seinem Arbeitgeber mitgeteilt worden, dass er demnächst aus betrieblichen Gründen mit der Entlassung rechnen müsse.

Daraufhin besorgte sich der Mann anwaltlichen Beistand. Der Rechtsanwalt verhandelte mit dem Arbeitgeber, man einigte sich in gegenseitigem Einvernehmen auf einen Aufhebungsvertrag mit finanzieller Abfindung.

Als der Mann die entstandenen Anwaltskosten bei seinem Arbeitsrechtsschutz geltend machen wollte, winkte der Versicherer zunächst ab. Die Kündigung sei zwar angedroht gewesen, tatsächlich aber noch nicht ausgesprochen worden. Ein rechtlicher Konflikt, dessen Kosten der Arbeitsrechtsschutz bezahlen müsste, habe folglich gar nicht stattgefunden.

Der Versicherte ging vor Gericht und hatte in zweiter Instanz Erfolg. Ein Rechtsschutzfall liege grundsätzlich schon dann vor, wenn sich ein Rechtskonflikt anbahne. Der Versicherte könne nicht erst dann Rechtsschutzleistungen beanspruchen, wenn er tatsächlich prozessieren müsse.

Im verhandelten Fall habe der Arbeitnehmer die Kündigung mit allen negativen Folgen nur durch Hinzuziehen eines Fachanwalts schon im Vorfeld verhindern können, so die Richter.

Der Rechtsschutzversicherer muss die Anwaltskosten nun zahlen. Wegen der Grundsatzbedeutung des Falls wurde aber eine Revision zum Bundesgerichtshof zugelassen.

Gesundheitsreform: Schon vor April 2007 zugeschlagen

Wer den Gesetzlichen „entfliehen“ will, muss hoch hinaus

Unangenehm: Neuer Chef muss vorherigen Verdienst erfragen

Die Gesundheitsreform, von der Bundesregierung als „neue Gesundheitsversicherung“ gepriesen, tritt zwar grundsätzlich erst am 1. April 2007 in Kraft. Eine Regelung wurde allerdings vorgezogen und hat jetzt schon Gesetzeskraft: Wer wegen der Höhe seines Verdienstes zur privaten Krankenversicherung wechseln will, der hat nun wesentlich höhere Hürden zu überwinden.

Bisher war es so: Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer, die wegen der Höhe ihres regelmäßigen Arbeitsverdienstes das Recht hatten, sich einem privaten Krankenversicherungsunternehmen anzuschließen, sind zu Beginn des folgenden Jahres aus der Versicherungspflicht ausgeschieden, wenn auch die „Jahresarbeitsentgeltgrenze“ des neuen Jahres (2007: 47.700 €) überschritten wurde.

Dieses Recht ist erheblich beschnitten worden.

Um die Versicherten länger an die „GKV“ zu ketten, müssen Lohn oder Gehalt nun in drei aufeinander folgenden Jahren höher als „erlaubt“ sein – und erst vom folgenden Jahr an (wenn auch die dann maßgebende Entgeltgrenze überschritten wird) ist ein Übergang möglich.

Beispiel: Ein Angestellter verdient nach einer Gehaltserhöhung zum 1. Januar 2007 pro Monat 4.000 Euro – plus Weihnachts- und Urlaubsgeld ergibt das im Jahr über 52.000 Euro. Er bleibt verpflichtet, einer gesetzlichen Krankenkasse anzugehören, bis sein Verdienst zwei weitere Jahre lang die dann jeweils maßgebende Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) überschritten hat. Und zur „PKV“ übergehen kann er auch in diesem Fall nur, wenn der im (vierten) Jahr geltende Grenzwert für ihn „kein Thema“ ist...



Geldwerte Informationen für intelligente Verbraucher

Beginnt ein Arbeitnehmer zum ersten Mal (oder nach einer längeren Unterbrechung) ein Arbeitsverhältnis, so wird er zunächst krankenversicherungspflichtig, auch wenn sein Entgelt von Anfang an höher als die „JAE-Grenze“ ist. Seine Beschäftigung wird frühestens zum 1. Januar 2011 versicherungsfrei – wenn er zum Beispiel am 1. Januar 2007 angefangen hatte.

Kaum zu glauben, aber Tatsache: Hat eine Beschäftigung im Laufe eines Jahres begonnen, so gilt zwar grundsätzlich dasselbe. Allerdings haben sich die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung bereits darauf verständigt, dass in dem betreffenden (Start-)Jahr der Gesamtverdienst höher sein muss als (auf 2007 bezogen) 47.700 Euro – unabhängig davon, ob das Arbeitsverhältnis im Januar, April oder Oktober begonnen hat.

Beispiel: Eine Beschäftigung wird erstmals im Juli 2007 aufgenommen. Bis Dezember 2007 verdient der Arbeitnehmer 35.000 Euro. Er wird frühestens ab 2011 krankenversicherungsfrei und könnte erst dann die PKV wählen. Hätte er im zweiten Halbjahr 2007 50.000 Euro verdient, so wäre die Wahlmöglichkeit bereits zum 1. Januar 2010 gegeben (unterstellt, sein regelmäßiges Entgelt würde bis dahin die jeweilige JAEG übersteigen).

Dasselbe gilt, wenn während eines laufenden Arbeitsverhältnisses die JAEG überschritten wird. Beispiel: Bisher verdiente ein Arbeitnehmer 3.900 Euro pro Monat, ab Dezember 2007 4.500 Euro. Sein Gesamtentgelt 2007 macht $(11 \times 3.900 + 1 \times 4.500 =)$ 47.400 Euro aus. Da damit die JAEG von 47.700 Euro nicht überschritten wird, kann Versicherungsfreiheit frühestens zum 1. Januar 2011 eintreten.

Problematisch kann es werden, wenn der Arbeitgeber gewechselt wird. Bei der neuen Firma muss zunächst festgestellt werden, ob das regelmäßige Entgelt des Arbeitnehmers vorher für mindestens drei Jahre die JAEG überschritten hatte. Ist der aktuelle Verdienst auch höher als die in dem betreffenden Jahr maßgebende JAEG, so besteht von vornherein Versicherungsfreiheit.

Verständlich, dass nicht jeder wechselnde Arbeitnehmer erfreut darüber sein wird, dass der neue Chef wegen der Höhe seiner - beim alten Chef erzielten - Gehälter nachfragt...
(Wolfgang Büser)



Urteile für Verbraucher

Der „Winter“ hat auch diesmal Spuren hinterlassen: Für Schlaglochschäden gibt es so gut wie nie Bares

Schlaglöcher besser langsam durchfahren - Stürzt eine Radfahrerin auf einem mit Schlaglöchern übersäten Radweg und verletzt sie sich, so kann sie kein Schmerzensgeld wegen Verletzung der Verkehrssicherungspflicht von der Kommune verlangen, wenn sie für die Straßenverhältnisse unangemessen schnell unterwegs war und den Zustand des Radweges schon aus einiger Entfernung als desolat einstufen konnte.
(Landgericht Rostock, 4 O 139/04)

Wer in angekündigte Löcher rast, ist selber Schuld - Weist eine Kommune auf die nicht genügende Befestigung einer Straße mit Warnschildern hin und fährt ein Autofahrer in ein mit Regenwasser gefülltes Schlagloch, so kann er keinen Schadenersatz für Schäden an seinem Fahrzeug verlangen. Das stellte das Landgericht Osnabrück fest (AZ: 1 O 2851/02). Dasselbe Gericht befreite eine andere Kommune in einem fast identischen Fall. Hier wurde vor einer Baustelle vor Schlaglöchern gewarnt. (AZ: 1 O 2985/02)



Herausgeber:
Verband marktorientierter Verbraucher e.V.
Christophstr. 20-22 50670 Köln
Tel. 0221-122020 Fax 0221-122029
Schriftleitung:
Volker Spiegel (V.i.S.d.P.)
Martina Papmahl