

## Von der PKV in die GKV **Wie der Wechsel funktionieren kann**

Für viele Kunden der privaten Krankenversicherung (PKV) ist es jedes Jahr das gleiche Spiel: Die Versicherungsprämie steigt zu Jahresbeginn deutlich an. Nach den Daten, die die Bundesregierung im April 2012 vorlegte, sind die Beiträge der Privaten allein im Zeitraum von 2000 bis 2010 um insgesamt 67,9 Prozent angestiegen. Neuere amtliche Daten liegen noch nicht vor. Für 2014 erwartet das Analysehaus MORGEN & MORGEN Tarifierhöhungen um drei bis fünf Prozent. Einzelne Tarife steigen allerdings um bis zu 41 Prozent. Besonders vor diesem Hintergrund ist für viele Privatversicherte die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung interessant. Der Gesetzgeber sieht ein solches Bäum-

chen-Wechsel-Spiel allerdings als eine Art „Rosinenpickerei“ an und hat die Wechselmöglichkeiten zurück in die GKV immer wieder eingeschränkt. Doch nach wie vor gibt es einige Wege, die zurück in die GKV führen. Zum 1. August 2013 wurde der Wechsel sogar deutlich erleichtert. Das gilt allerdings nur für unter 55-Jährige. Wer bereits 55 Jahre oder älter ist, kann nur dann als Pflichtmitglied in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre zumindest zeitweise noch gesetzlich krankenversichert war. In der Regel ist damit eine Rückkehr in die GKV für die Betroffenen ausgeschlossen.

### **1. Möglichkeiten der Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung für privat versicherte Arbeitnehmer**

#### **1a. Versicherungspflicht durch Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze**

In der Renten- und Arbeitslosenversicherung sind alle Arbeitnehmer grundsätzlich versicherungspflichtig, auch Spitzenverdiener. Anders ist es in der Krankenversicherung sowie in der Pflegeversicherung, die der Krankenversicherung folgt. Versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist, wer mit seinem regelmäßigen Arbeitsentgelt und ohne Berücksichtigung von Zuschlägen wegen des Familienstandes nicht über der Versicherungspflichtgrenze (auch Jahresarbeitsentgeltgrenze genannt) liegt. Da diese Grenze jährlich leicht angepasst wird – entsprechend der Entwicklung der Löhne und Gehälter – „rutschen“ jeweils

zu Jahresbeginn manche Arbeitnehmer in die Versicherungspflicht. Diese Grenze ist auf 4.462,50 Euro pro Monat bzw. 53.550 Euro im Jahr gestiegen. Für diejenigen, die bereits 2002 privat versichert waren, liegt sie bei 4.050 Euro. Wer genau so viel oder weniger verdient, ist automatisch versicherungspflichtig.

**Gehaltserhöhung:** An der Versicherungspflicht ändert auch eine Gehaltserhöhung im Laufe des Jahres nichts, durch die die Grenze eigentlich überschritten wird. Auswirkungen ergeben sich erst im folgenden Jahr. Dann werden die Karten neu gemischt. Dann können sich die Betroffenen – falls ihr Einkommen noch immer über der dann geltenden Versicherungspflichtgrenze liegt – zwi-

schen einer freiwilligen gesetzlichen oder einer privaten Versicherung entscheiden.

### **1b. Versicherungspflicht durch Verringerung des Einkommens**

Die Versicherungspflicht von ehemals Privatversicherten kann weiterhin durch eine Einkommenssenkung eintreten. Ob die Betroffenen nach einem Arbeitgeberwechsel, nach einer Arbeitszeitverkürzung oder schlicht aufgrund einer Vereinbarung mit ihrem derzeitigen Arbeitgeber weniger verdienen, interessiert die Krankenkassen nicht. Keine unmittelbare Auswirkung auf die Krankenversicherungspflicht hat dagegen eine vorübergehende Verminderung der Einkünfte – beispielsweise durch Kurzarbeit.

Wann erfolgt bei einer Einkommenssenkung der Wechsel zurück in die gesetzliche Krankenversicherung? Die Pflicht zur erneuten gesetzlichen Versicherung tritt nicht etwa zu Beginn des Folgejahrs ein, sondern in dem Monat, in dem die Versicherungspflichtgrenze unterschritten wird. Wichtig ist dabei: Der Teil der Entgelte, der auf Überstunden entfällt, kann bei der Entscheidung, ob die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten ist oder nicht, in der Regel nicht berücksichtigt werden. Aus der Tatsache, dass im Vorjahr beispielsweise 150 Überstunden angefallen sind, kann nicht geschlossen werden, dass im folgenden Jahr ebenfalls Überstunden in dieser Größenordnung anfallen werden. Ausnahme: Immer dann, wenn Arbeitnehmer ein vertragliches Recht auf ein festes Überstundenkontingent haben und diese durch feste Pauschbeträge abgegolten werden, zählen diese zum regelmäßigen Arbeitsentgelt und werden bei der Prüfung der Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit mit einbezogen.

### **1c. Umwandlung von Gehalt in betriebliche Altersversorgung**

Oft übersteigt das (jeweils auf Grundlage der aktuellen Einkommenssituation hochgerechnete) Jahresarbeitsentgelt nur knapp die Versicherungspflichtgrenze. In diesen Fällen kann die Versicherungspflicht in der GKV durch einen „kleinen Eingriff“ hergestellt werden – nämlich durch eine Entgeltumwandlung zugunsten der betrieblichen Altersvorsorge.

Mit Einzahlungen in die betriebliche Altersvorsorge lässt sich das beitragspflichtige Einkommen senken, maximal um 238 Euro pro Monat.

Rentenversicherungspflichtige Arbeitnehmer haben einen Rechtsanspruch darauf, dass Teile ihres Bruttogehalts für die betriebliche Altersversorgung verwendet werden. Das Modell funktioniert so, dass sie auf die Auszahlung bestimmter Teile des Entgelts künftig verzichten. Diese werden stattdessen vom Arbeitgeber für die betriebliche Altersversorgung der Betroffenen – meist über eine sogenannte Direktversicherung – verwendet. Falls das Arbeitsverhältnis endet, können die Betroffenen diese Versicherung privat oder über einen anderen Arbeitgeber fortführen.

### **1d. Per Arbeitszeitkonto zurück in die GKV**

In vielen Betrieben ist es bereits Usus: Arbeitnehmer verzichten auf die Auszahlung von Teilen ihrer Arbeitszeit, ihrer Überstunden oder auch auf Urlaubstage oder Prämien. Die nicht ausgezahlten Bruttobezüge verbucht der Arbeitgeber auf einem Langzeit- oder Lebensarbeitszeitkonto (entweder in „Zeit“ oder in „Geld“). Wer ein Viertel seiner Arbeitszeit auf einem Langzeitkonto anspart, dessen Bruttolohn entspricht dem eines Teilzeitbeschäftigten mit einer Dreiviertelstelle. Sozialversicherungsbeiträge werden dann auf Basis des tatsächlich ausgezahlten Bruttoentgelts erhoben – ebenso die Steuer.

Anders als bei der Entgeltumwandlung für die Altersvorsorge werden hierdurch keine Sozialversicherungsbeiträge gespart, vielmehr wird die Zahlung in die Zukunft verschoben. Aktuell sinkt hierdurch jedoch das sozialversicherungspflichtige Einkommen. Soweit es auf oder unter die Versicherungspflichtgrenze sinkt, tritt Versicherungspflicht ein.

Der Gesetzgeber hat durch Paragraph 7 Absatz 1a SGB IV die Rahmenbedingungen geschaffen, um diese Konten einzurichten (durch das sogenannte Flexi-Gesetz von 1998). Wichtig jedoch: Anders als auf die Entgeltumwandlung für die Alterssicherung besteht auf die Einrichtung eines Langzeitkontos kein Rechtsanspruch. Kein Arbeitnehmer kann also erzwingen, dass sich sein Arbeitgeber auf eine solche „Ansparlösung“ einlässt.

### 1e. Rückkehr über den Bezug von Arbeitslosengeld I

Wer nicht älter als 55 Jahre ist, Arbeitslosengeld I bezieht und nichts Weiteres unternimmt, wird automatisch in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert. Die Bundesagentur für Arbeit übernimmt dann für die Betroffenen die vollen Beiträge zu einer gesetzlichen Krankenversicherung. Diese können wählen, in welcher Kasse sie Mitglied werden möchten. Auch die Familienmitglieder (Kinder, Ehepartner), die einen Anspruch auf die Familienhilfe in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung haben, sind kostenlos mitversichert.

### 1f. Wie lange muss Versicherungspflicht bestehen, um dauerhaft in der GKV bleiben zu können?

In diesem Punkt gab es zum 1. August 2013 grundlegende Änderungen. Denn seit diesem Datum haben sich die Aufnahmebedingungen der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung geändert. Bislang galt: Freiwillig gesetzlich versichern konnte sich nur, wer zuletzt pflichtversichert war und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in der GKV mindestens 24 Monate in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert war. Alternativ dazu reichte es auch, wenn unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der GKV-Versicherungspflicht mindestens zwölf Monate eine gesetzliche Krankenversicherung bestand.

Diese Regelungen zur sogenannten Vorversicherungszeit bestehen zwar noch immer. Sie spielen jedoch praktisch kaum noch eine Rolle. Denn seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung am 1. August 2013 gibt es eine neue „obligatorische Anschlussversicherung“. Geregelt ist sie in Paragraph 188 Absatz 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Danach beginnt nach Beendigung der Versicherungspflicht oder

nach dem Ende einer Familienversicherung in der GKV automatisch eine freiwillige gesetzliche Versicherung. Ob Vorversicherungszeiten erfüllt wurden, spielt dabei keine Rolle mehr.

Die Konsequenzen dieser Neuregelung macht folgendes Beispiel deutlich: Ein privat krankenversicherter Arbeitnehmer verliert seinen Arbeitsplatz und erhält die Versicherungsleistung Arbeitslosengeld. Durch den Bezug dieser Leistung wird er in der GKV versicherungspflichtig. Er bezieht nur für einen Monat Arbeitslosengeld und findet anschließend wieder einen gut dotierten Job mit Einkünften oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Nach den früher geltenden Regelungen wäre eine freiwillige Versicherung in einer gesetzlichen Kasse für ihn nicht in Frage gekommen, da er die hierfür geforderte Vorversicherungszeit nicht erfüllte. Nun setzt jedoch nach Beendigung seiner Arbeitslosigkeit automatisch die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung ein. Er kann sich allerdings auch dagegen entscheiden, indem er seinen Austritt aus der GKV erklärt. Dann muss er allerdings belegen, dass er einen (neuen) Vertrag bei einer privaten Krankenversicherung hat.

Die Neuregelung gibt damit etlichen PKV-Versicherten die Möglichkeit, über eine kurze Zeit der Pflichtversicherung wieder in die GKV zurückzukehren. Dies gilt allerdings nach wie vor in der Regel nur für unter 55-Jährige.

**Tipp:** In der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Leistungen bei allen Kassen zwar zum Großteil gleich, bei einigen Zusatzleistungen unterscheiden sie sich aber durchaus. Das betrifft beispielsweise Zahnleistungen, alternative Heilmethoden, Reiseimpfungen oder Prämien, die erstattet werden. Mit dem Biallo.de-Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherungen lässt sich leicht eine persönlich vorteilhafte Kasse finden:

[www.biallo.de/krankenversicherung/](http://www.biallo.de/krankenversicherung/)

## 2. Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung für Selbstständige

Wenn Selbstständige, die privat krankenversichert sind, in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln möchten, müssen sie wieder versicherungspflichtig werden. Dafür müssen die Betroffenen a) eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen und b) ihre selbstständige Tätigkeit „herunterfahren“ (oder aufgeben).

### 2a. Aufnahme einer Beschäftigung

Es könnte so einfach sein: Ein Selbstständiger nimmt beispielsweise bei einem befreundeten Unternehmer eine mehr als geringfügige Beschäftigung, etwa mit Bruttoeinkünften von 500 Euro im Monat auf – und wird so versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung. Doch dies funktioniert so nur in der Arbeitslosen- und in der Rentenversicherung. In diesen Versicherungszweigen tritt Versicherungspflicht ein, wenn bei einem Beschäftigungsverhältnis die 450-Euro-Grenze überschritten wird.

Für die Krankenversicherung – sowie in deren Folge auch bei der Pflegeversicherung – gelten dagegen Sonderregeln, die in Paragraph 5 Absatz 5 des fünften Sozialgesetzbuchs definiert sind. Danach werden Personen, die hauptberuflich selbstständig sind, von der Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer ausgeschlossen. Begründet wird dies damit, dass hauptberuflich Selbstständige aufgrund ihrer wirtschaftlichen Stärke den umfassenden Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem relativ geringen Beitrag nicht nötig haben.

Nun gibt es natürlich nicht wenige Selbstständige, die nur geringe Einkünfte aus ihrer Tätigkeit als Selbstständiger erzielen und sich daher gezwungen sehen, eine Beschäftigung als Arbeitnehmer aufzunehmen, um ihren Lebensunterhalt zu sichern. Die entscheidende Frage für die Betroffenen ist: Wie lange zählen sie dann noch als „hauptberuflich Selbstständige“? Und umgekehrt: Ab wann zählen sie als Arbeitnehmer? Nur als Arbeitnehmer werden sie versicherungspflichtig und kehren in die gesetzliche Krankenversicherung zurück (übrigens nicht wahlweise, denn für sie besteht dann die Pflicht, sich gesetz-

lich zu versichern). Hauptberuflich ist die selbstständige Tätigkeit, solange sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Ob dies der Fall ist, prüft die Krankenkasse, bei der Mitgliedschaft beantragt wird, in dem Moment, wo ein Selbstständiger eine abhängige Beschäftigung aufnimmt. Dabei werden der Zeit- und der Geldfaktor gleichwertig einbezogen. Im Grundsatz handelt es sich hierbei um Einzelfall-Entscheidungen. Wichtig zu wissen: Nach den zum 1. Juli 2013 aktualisierten „Grundsätzlichen Hinweisen zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit“ gilt die Beschäftigung eigener Arbeitnehmer anders als bislang nicht mehr als eindeutiges Indiz für die hauptberufliche Selbstständigkeit. Auch wer eigene Beschäftigte hat, kann damit – wenn bei ihm selbst die Arbeitnehmertätigkeit überwiegt – als Arbeitnehmer gelten und pflichtversichert sein.

Wer die selbstständige Tätigkeit – zumindest zeitweise – völlig aufgibt, und eine Beschäftigung als Arbeitnehmer aufnimmt, wird bei mehr als geringfügigen Tätigkeiten generell versicherungspflichtig. Die völlige Aufgabe der Tätigkeit ist allerdings nicht erforderlich. Bei Selbstständigen kommt es zunächst auf den zeitlichen Umfang der Beschäftigung an. Die zeitliche Grenze setzt in der Regel der Träger der gesetzlichen Sozialversicherung bei 20 Wochenstunden an. Wer mehr als 20 Stunden in der Woche selbstständig tätig ist, gilt damit als hauptberuflich selbstständig – und muss sich (weiter) privat krankenversichern.

Als Arbeitnehmer (und nicht als hauptberuflich selbstständig) gelten diejenigen, die „mehr als 20 Stunden wöchentlich arbeiten und deren monatliches Arbeitsentgelt mehr als die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße beträgt“. Die Bezugsgröße (West) liegt 2014 bei 2.765 Euro monatlich, das monatliche Brutto-Arbeitsentgelt muss demnach 2014 über 1.382,50 Euro betragen. Die Vermutung, dass die Arbeitnehmertätigkeit überwiegt, kann in einem solchen Fall allerdings sowohl

von der Krankenversicherung als auch von dem Betroffenen widerlegt werden.

## 2b. Dauer der versicherungspflichtigen Tätigkeit

Nehmen wir an, dass mit der Anerkennung der Arbeitnehmer-Eigenschaft die erste Hürde zur Rückkehr in die GKV genommen ist. Die Betroffenen sind versicherungspflichtig. Mitunter kehren sie aber relativ schnell wieder in die Selbstständigkeit zurück. Die Versicherungspflicht endet damit postwendend. Das ist dann jedoch für diejenigen, die in der GKV bleiben möchten, nach dem neuen, seit 1. August 2013 geltenden Recht, kein Problem: Denn dann setzt automatisch eine freiwillige gesetzliche Versicherung ein (siehe 1e).

## 2c. Arbeitslosigkeit und Bezug von Arbeitslosengeld I

Manche Selbstständige sind bei der Agentur für Arbeit freiwillig arbeitslosenversichert. Für den Fall, dass ihre Geschäfte schlecht laufen und sie weniger als 15 Stunden in der Woche durch ihre selbstständige Tätigkeit gebunden sind, können sie Arbeitslosengeld I beantragen. Für die Krankenversicherung ist dabei wichtig: Wenn bei diesen arbeitslosenversicherten Selbstständigen Arbeitslosigkeit eintritt, werden sie durch den Bezug von Arbeitslosengeld I – soweit sie bei Beginn des ALG-I-Bezugs noch nicht 55 Jahre alt sind (siehe oben) – wieder versicherungspflichtig. Das bedeutet: Über den „Umweg“ der freiwilligen Arbeitslosenversicherung können die Betroffenen in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren – und nach einer möglichen Rückkehr in die (Voll-)Selbstständigkeit freiwillig gesetzlich krankenversichert bleiben.

## 3. Vier Wege zur billigeren privaten Krankenversicherung

Für Privatversicherte, die nicht wieder in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln möchten (bzw. können) gibt es innerhalb des Systems der privaten Krankenversicherung Möglichkeiten zur Beitragssenkung.

### 3a. Anbieterwechsel

Bei Beitragserhöhungen haben Versicherte das Recht, den Vertrag außerordentlich zu kündigen. Theoretisch können sie dann zu einem günstigeren Anbieter wechseln. Für langjährig Privatversicherte empfiehlt sich das aber nicht. Denn dann gehen die gesamten Kapitalrücklagen verloren, die während der bisherigen Vertragsdauer angespart wurden. Solche Rückstellungen bildet die Versicherung, um die Beitragssteigerungen im Alter in Grenzen zu halten. Die neue Gesellschaft kann damit nicht kalkulieren; sie wird also schnell sehr teuer werden müssen – oder bietet zum gleichen Preis schlechtere Leistungen.

Wer seinen privaten Versicherungsvertrag jedoch nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen hat, kann wenigstens einen Teil der Alterungsrückstellungen mitnehmen: So viel nämlich, wie der sogenannte Basistarif auf dem rechnerischen Niveau des Höchst-

satzes bei der GKV ausmacht. Diesen Tarif müssen alle Privaten inzwischen anbieten. Versicherungen müssen dieses Geld einem Wechselwilligen mitgeben. Doch auch für erst kurzfristig PKV-Versicherte kann der Wechsel zu einem billigeren Konkurrenten schwierig werden. Denn dort fällt oft eine neue Gesundheitsprüfung an. Wer inzwischen etwa eine schwere oder gar chronische Krankheit hat, der hat keine Chance bei einer anderen Versicherung einen preiswerten Tarif zu finden.

**Tipp:** Die Tarife zahlreicher Versicherer können Sie ganz einfach mit dem Biallo.de-Rechner zur privaten Krankenversicherung vergleichen:

<http://www.biallo.de/private-krankenversicherung/>

### 3b. Wechsel in einen anderen PKV-Tarif

Eine Reihe von Versicherungsgesellschaften haben in den letzten Jahren neue Tarifgruppen mit sehr günstigen Konditionen angeboten. So sollten gezielt junge, gesunde und zahlungskräftige Kunden geworben werden. In den vorher bestehenden Tarifen wurden die dort Versicherten dagegen älter und – im Schnitt – länger und schwerer krank und so

[www.biallo.de](http://www.biallo.de)

die Versicherung teurer. Hiergegen kann es ggf. als einfaches Mittel den Umstieg in einen anderen günstigeren Tarif geben – mit den vollen Altersrücklagen (da der Wechsel innerhalb des Unternehmens erfolgt). Die Versicherung darf einen solchen Wechsel nicht einfach ablehnen. Tut sie dies dennoch, so lohnt es sich, den Ombudsmann der privaten Krankenversicherung einzuschalten.

### 3c. Abwahl von Leistungen

Wenn die Prämie für die private Versicherung zu hoch wird, sollten Sie auch die gewählten Leistungen auf den Prüfstand stellen. Beispiel: Ist für sie tatsächlich ein Einbettzimmer im Krankenhaus wichtig? Die Alternative dazu ist heute meist nicht (mehr) ein überfülltes Mehrbettzimmer, sondern ein Zweibettzimmer. Wenn Sie sich auch mit dieser Lösung anfreunden können, sollten sie auf die Einbettzimmer-Option verzichten – und Geld sparen.

Ebenso ist der Verzicht auf einen Zuschuss zu einer neuen Brille ggf. verzichtbar. Und auch der Umstieg auf das sogenannte Pri-

märarzt-Prinzip (dem entspricht in der GKV das Hausarzt-Modell), kann ohne echte Einbußen bei der Behandlung sparen helfen: Dabei bekommt der Kunde nur dann die volle Leistungserstattung seiner PKV, wenn er vor dem Facharztbesuch immer zuerst zum Primärarzt (Hausarzt) geht und der ihn überweist. So sparen die Gesellschaften – und ihre Kunden, die einen dementsprechenden Tarif wählen.

### 3d. Höherer Selbstbehalt

In diesem Fall bleiben die Versicherungsleistungen gleich; der Versicherer springt jedoch für die ersten – beispielsweise – 1.000 Euro an angefallenen Kosten nicht ein. Das kann sich lohnen. Mitunter ist ein solcher Tarif selbst bei voll ausgeschöpftem Selbstbehalt unterm Strich billiger als der ursprüngliche Tarif ohne Selbstbehalt.

**Tipp:** Wer diese Möglichkeit wählt, sollte das monatlich eingesparte Geld allerdings für den Krankheitsfall zurücklegen, um die Versuchung zu mindern, aus finanziellen Gründen auf einen Arztbesuch zu verzichten.

Das „Thema der Woche“ ist ein Service der Verbraucher-Redaktion Biallo & Team GmbH, Bahnhofstraße 25, 86938 Schondorf. Sie können uns erreichen unter [info@biallo.de](mailto:info@biallo.de) oder per Telefon: 08192/93379-0. Weitere Infos unter [www.biallo.de](http://www.biallo.de)