

zungen erfüllt, muss sich in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen. Dabei wird grundsätzlich innerhalb der Mitgliedschaft zwischen der Pflichtversicherung, der freiwilligen Versicherung und der Familienversicherung unterschieden.

Alle GKV-Versicherten haben den gleichen Leistungsanspruch, der nur in den Satzungen der einzelnen gesetzlichen Krankenversicherung kleinere Unterschiede aufweisen kann. Der Umfang der Leistungen ist gesetzlich im Sozialgesetzbuch 5 (SGB V) festgeschrieben. Alle Leistungen müssen dabei ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V).

Entsprechend dem Solidarprinzip wird der Beitrag, den der Versicherte für den Krankenversicherungsschutz leisten muss, vom vorhandenen Bruttogehalt und/oder anderen Einkünften erhoben. Bei der GKV handelt es sich um eine Familienversicherung: Familienmitglieder (fast) ohne Einkommen sind beitragsfrei mitversichert und haben Anspruch auf die gleichen Leistungen wie zahlende Mitglieder.

Die GKV hat keinen einheitlichen Versicherungsträger, sie ist in verschiedene Kassenarten (regionale, berufsständische, branchenspezifische) aufgeteilt. Es sind im Jahr 2021 insgesamt 103 Krankenkassen vorhanden (Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Ersatzkrankenkassen, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) (Stand März 2021). Die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ist der GKV-Spitzenverband.

Die Beitragslast an private Krankenversicherungsunternehmen richtet sich nach einem „Baukastensystem“. Je mehr der Versicherte an Leistungen und Zusatzleistungen bei seinem privaten KV-Unternehmen bucht, desto teurer wird der Beitrag für den Versicherungsschutz. Bei den privaten Krankenkassen muss sich jeder Versicherte selbst versichern – eine Familienversicherung wie bei der GKV ist nicht möglich.

2.

Grundsätzliche Voraussetzungen für einen Wechsel

Schwellen für Wechselwillige	18
------------------------------------	----

Schwellen für Wechselwillige

Wer einmal von der gesetzlichen Krankenversicherung in die private Krankenversicherung gewechselt ist, kann nicht wieder zurück in die GKV, ohne bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Im Übrigen folgt die Pflegeversicherung der Krankenversicherung. Ein Wechsel der Krankenversicherung ist somit auch immer ein Wechsel in der Pflegeversicherung.

Prüfungsvoraussetzungen für einen Wechsel sind in erster Linie

- das Alter des Versicherten und
- eine Versicherungspflicht/Versicherungsfreiheit.

Die größte „Schwelle“ ist das Alter von 55 Jahren des Wechselwilligen. Hintergrund dieser Schwelle ist, dass der Gesetzgeber vermeiden wollte, dass junge und gesunde Versicherte anfänglich vom (zunächst) preiswerteren Tarif der privaten Krankenkasse profitieren und später mit steigendem Alter in eine (wahrscheinlich) preiswertere gesetzliche Krankenkasse wechseln. Wird diese Altersschwelle überschritten, sind viele Wechselwege verschlossen bzw. es sind zusätzliche Voraussetzungen zu prüfen. Einzelheiten im Kapitel 4 – „Wechselmöglichkeiten für Personen über 55 Jahren“.

Die „Grundsatzschwelle“ ist die vorhandene oder eben nicht vorhandene Versicherungspflicht. Nur wenn Versicherungspflicht (§ 5 SGB V) oder ein Wahlrecht besteht (§ 9 SGB V), kann der Wechselwillige (zurück) in die gesetzliche Krankenversicherung.

Vom Grundsatz sind viele Personen kraft Gesetzes versicherungspflichtig und müssen sich in einer gesetzlichen Krankenkasse versichern lassen. Dieser Personenkreis wird im § 5 SGB V aufgeführt:

- Auszubildende
- Arbeitnehmer mit einem Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- Bezieher von Arbeitslosengeld gemäß SGB III
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV oder Grundsicherung für Arbeitssuchende) gemäß SGB II, wenn sie am Tag der Antragstellung in der GKV Mitglied sind

- Bezieher von Grundleistung gemäß SGB XII (Sozialhilfe), wenn sie am Tag der Antragstellung in der GKV Mitglied sind
- Landwirte (KVLG)
- Künstler und Publizisten (KSVG)
- Studenten an einer Hochschule
- Rentner, die die zweite Hälfte des Erwerbslebens in der GKV versichert waren und am Tag der Rentenantragstellung in der GKV versichert sind
- Berufspraktikanten
- behinderte Menschen in bestimmten Einrichtungen
- bestimmte weitere Sonderfälle

Jede Personengruppe hat verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen, um den Status „versicherungspflichtig“ zu erreichen. Nur mit diesem Status ist es möglich, den Wechsel von einer privaten Krankenkasse zu einer gesetzlichen Krankenkasse zu vollziehen.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, als Wahloption in die gesetzliche Krankenkasse einzutreten bzw. weiterhin dort versichert zu bleiben. Hierbei handelt es sich um eine freiwillige Versicherung nach § 9 SGB V. Dies sind in erster Linie

- Personen, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind,
- Personen mit erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung, jedoch mit dem Status versicherungsfrei,
- schwerbehinderte Menschen oder auch
- Rückkehrer nach Auslandsaufenthalt.

Die jeweiligen Voraussetzungen zur Pflicht- oder auch freiwilligen Versicherung werden in den entsprechenden Kapiteln erläutert.