SVcompactPlus 2026
Alle wichtigen Regelungen in Kurzform

Schnell und sicher durch die Sozialversicherung

Mobil KRANKENKASSE

Nachhaltig gesund.

Liebe Leserin, lieber Leser,

mit dieser Broschüre geben wir Ihnen einen aktuellen Überblick über alle wichtigen Begriffe rund um die Sozialversicherung.

Neben dem Schwerpunkt Krankenversicherung finden Sie weitere Informationen aus angrenzenden Bereichen, wie z. B. Renten- und Arbeitslosenversicherung, Unfallversicherung, Steuer- und Arbeitsrecht.

Da eine Broschüre immer nur den Rechtsstand zum Zeitpunkt der Drucklegung wiedergeben kann, bieten wir Ihnen mit der Online-Aktualisierung einen zusätzlichen Service, mit dem Sie im gesamten Jahr 2026 immer „up to date" in Sachen Sozialversicherung sind.

Sie finden diesen Service unter

http://www.svcompact.de

Alles Weitere erfahren Sie auf der Startseite im Internet.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Mobil Krankenkasse

IMPRESSUM

Herausgeber und Verlag:

inside partner
Verlag und Agentur GmbH

Am Bahndamm 9
48739 Legden

Telefon (0 25 66) 93399-0
Telefax (0 25 66) 93399-99

info@inside-partner.de
www.inside-partner.de

© inside partner

Stand: Januar 2026

Inhalt

A 9

A1-Bescheinigung 9
Abfindung 10
Altersteilzeit 11
Altersvorsorge 12
Arbeitsentgelt 12
Arbeitslosenversicherung 13
Arbeitsunfähigkeit 14
Arbeitsunfall 15
Arbeitszeit 15
Arznei- und Verbandmittel 16
Ärztliche Behandlung 17
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen 18
Ausstrahlung 19
Auszubildende 19

B 21

Basistarif 21
Behinderte Menschen 21
Beitragsbemessungsgrenzen 24
Beitragsgruppen 24
Beitragsnachweis 25
Beitragspflichtige Einnahmen 26
Beitragssätze 27
Beitragstragung 28
Beitragszuschuss 30
Belastungsgrenze 32
Berufskrankheit 32
Beschäftigungsverbot 33
Betriebliche Altersversorgung 36

Betriebsprüfung 37
Bewirtungskosten 39
Bezugsgröße 41
Bindungsfrist 41
Bundesfreiwilligendienst 42

C 44

Chronisch Kranke 44

D 46

Direktversicherung 46

E 47

Ein-Euro-Job 47
Eingliederungszuschuss 47
Einmalzahlungen 48
Einstrahlung 49
Einzugsstelle 50
Elektronische AU-Bescheinigung (eAU) 51
Elektronische Gesundheitskarte (eGK) 51
Elterngeld 52
Elternzeit 54
Empfängnisregelung 55
Entgeltfortzahlung 55
Erwerbsminderung 56
Existenzgründer 57

F 59

Fahrkosten 59
Fälligkeit der Beiträge 60
Familienversicherung 61
Flexible Arbeitszeiten 63
Freiwillige Versicherung 65
Fristen und Anspruchsdauer 68

G 71

Gefahrklassen 71
Gefahrtarif 71
Geringfügige Beschäftigung 72
Geringverdienergrenze 73
Gesamtsozialversicherungsbeitrag 73
Gesellschafter 74
Gesundheitsfonds 75

H 76

Härtefälle 76
Haushaltshilfe 76
Häusliche Krankenpflege 77
Heilmittel 77
Hilfsmittel 77
Höchstbeiträge 78

I 79

Insolvenzgeld 79

J 81

Jahresarbeitsentgeltgrenze 81
Jahresarbeitsverdienstgrenze 82

K 83

Kieferorthopädische Behandlung 83
Kinderkrankengeld 83
Kostenerstattung 84
Krankengeld 85
Krankenhausbehandlung 85
Krankenkassenwahl 86
Kündigungsfristen 88
Kündigungsrecht 88

Künstliche Befruchtung 89
Kur 89
Kurzarbeitergeld 91

L 93

Lohnkonto 93
Lohnnachweis 93
Lohnsteuerpauschalierung 94

M 95

Märzklausel 95
Medizinischer Dienst 97
Meldevorschriften 97
Mindestlohn 99
Mitführungspflicht 99
Mitwirkungspflicht – Feststellung Versicherungspflicht 100
Mutterschaftsgeld 101
Mutterschutz 101

N 104

Nachgehender Leistungsanspruch 104
Nebenberufliche Tätigkeit 105

P 106

Pauschalbeitrag 106
Pflegebedürftigkeit 107
Pflegeleistungen 107
Pflegepersonen 108
Pflegeversicherung 109
Pflegezeit 110
Praktikanten 112
Prävention 113
Progressionsvorbehalt für Entgeltersatzleistungen 114
Psychotherapie 115

Q 117

Qualifizierungsgeld 117

R 118

Rehabilitation und Teilhabe 118
Reisekosten 120
Rentnerbeiträge 120
Rentnerkrankenversicherung 122

S 123

Sachbezüge 123
Saisonarbeitnehmer 123
Saison-Kurzarbeitergeld 124
Säumniszuschlag 124
Scheinselbstständigkeit 125
Schüler 126
Schwangerschaftsabbruch 126
Sehhilfen 127
Sterbegeld bei Arbeits- und Wegeunfällen 127
Steuerfreie Zuschläge 128
Studierende 128
SV-Meldeportal 131

U 133

Übergangsbereich 133
Umlagen 134
Unfallversicherung 136
Unständig Beschäftigte 136

V 138

Verpflegungsmehraufwendungen 138
Versicherungsfreiheit 138
Versicherungsnummer 140
Versicherungspflicht 141
Versorgungsbezüge 144

W 146

Wahltarife 146
Wehrdienst 147
Werte der Sozialversicherung 148

Z 149

Zahnärztliche Behandlung 149
Zahnersatz 149
Zusatzbeitrag 150
Zuzahlungen 153

A

A1-Bescheinigung

Die A1-Bescheinigung dient im europäischen Ausland (EU, Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland) bei Kontrollen als Nachweis dafür, dass für die Tätigkeit ein Versicherungsschutz in Deutschland besteht.

Sie wird bei vorübergehenden Tätigkeiten („Entsendung") in den genannten Ländern ausgestellt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das Unternehmen, das Arbeitnehmer entsendet, übt seine gewöhnliche Geschäftstätigkeit in Deutschland aus.
- Der Arbeitnehmer ist auch während des Auslandseinsatzes weiterhin auf Rechnung des deutschen Arbeitgebers tätig.
- Für den Arbeitnehmer haben die deutschen Rechtsvorschriften vor der Entsendung mindestens einen Monat gegolten.
- Der Auslandseinsatz dauert voraussichtlich nicht länger als 24 Monate.
- Die zeitliche Befristung ist von Vornherein festgelegt und ergibt sich beispielsweise aus einer arbeitsvertraglichen Vereinbarung oder der Art der Tätigkeit (zum Beispiel Projektarbeit).
- Der Arbeitnehmer löst keinen anderen Mitarbeiter des Unternehmens im Ausland ab.

Die Beantragung ist nur elektronisch über systemgeprüfte Entgeltabrechnungsprogramme oder maschinelle Ausfüllhilfen (z. B. → *SV-Meldeportal*) möglich.

Zuständige Stelle ist die Krankenkasse des Arbeitnehmers; dies gilt unabhängig davon, ob hier eine Pflichtversicherung, freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung besteht. Sofern der Arbeitnehmer nicht gesetzlich krankenversichert und nicht aufgrund der Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Rentenversicherungspflicht befreit ist, ist die Deutsche Rentenversicherung zuständig. Die ABV (Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versor-

gungseinrichtungen e. V.) ist zuständig, sofern der Arbeitnehmer nicht gesetzlich krankenversichert und aufgrund der Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Rentenversicherungspflicht befreit ist.

Ausnahmevereinbarung

Wird ein Arbeitnehmer von seinem deutschen Arbeitgeber in einem anderen Staat eingesetzt, so gelten grundsätzlich die dortigen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit (sofern nicht z. B. eine Entsendung oder eine gewöhnliche Erwerbstätigkeit in mehreren Mitgliedstaaten vorliegt). Unter bestimmten Umständen kann jedoch im Rahmen einer sogenannten Ausnahmevereinbarung mit der jeweils zuständigen Stelle im Ausland vereinbart werden, dass für eine vorübergehend dort eingesetzte Person in deren Interesse weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit gelten.

Eine solche Ausnahmevereinbarung kann nur im Einvernehmen zwischen den jeweils zuständigen Stellen getroffen werden. Auf deutscher Seite ist das die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA).

Abfindung

Werden Arbeitsverhältnisse aufgrund einer arbeitsrechtlichen Vereinbarung vorzeitig beendet – also unter Verzicht auf Einhaltung einer Kündigungsfrist durch den Arbeitnehmer – und wird gleichzeitig die Zahlung einer Abfindung durch den Arbeitgeber vereinbart, sind Besonderheiten zu beachten.

Im Sozialversicherungsrecht sind Abfindungen grundsätzlich beitragspflichtig, es sei denn, es handelt sich um eine Abfindung wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses als Entschädigung für den Verlust des Arbeitsplatzes (im Sinne von § 9 Kündigungsschutzgesetz).

Werden Abfindungen für „rückständiges Arbeitsentgelt“ geleistet, sind diese als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt zu berücksichtigen.

Bei fortbestehendem Arbeitsverhältnis gezahlte Abfindungen wegen z. B. Rückführung auf die tarifliche Einstufung oder wegen Verringerung der Wochenarbeitszeit unterliegen ebenfalls der Beitragspflicht.

Einmalig oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses gezahlt werden, sind als regelmäßiges Gesamteinkommen bei der kostenfreien → *Familienversicherung* in der GKV zu berücksichtigen. Dabei wird die Entlassungsentschädigung unter Berücksichtigung des zuletzt regelmäßig im Monat erzielten Arbeitsentgelts fiktiv auf die Zeit nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses umgelegt.

Altersteilzeit

Die Möglichkeit zur Altersteilzeit nach dem Altersteilzeitgesetz soll älteren Arbeitnehmern einen gleitenden Übergang vom Erwerbsleben in die Altersrente ermöglichen.

Das Altersteilzeitgesetz ist anzuwenden, wenn u. a. folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Beschäftigte hat das 55. Lebensjahr vollendet.
- Die Arbeitszeit wird auf die Hälfte der bisherigen wöchentlichen Arbeitszeit verringert.
- Der Beschäftigte ist auch nach der Verringerung der Arbeitszeit versicherungspflichtig in der Arbeitslosenversicherung, also mehr als geringfügig beschäftigt.
- In den letzten fünf Jahren vor Beginn der Altersteilzeit bestand mindestens drei Jahre (1.080 Kalendertage) eine arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigung.
- Die Vereinbarung endet zu einem Zeitpunkt, an dem eine Altersrente beansprucht werden kann.
- Der Arbeitgeber stockt das regelmäßig zu zahlende sozialversicherungspflichtige Arbeitsentgelt für die Altersteilzeitarbeit (ohne Einmalzahlungen) um 20 % auf. Auf arbeitsrechtlicher Grundlage (Arbeitsvertrag, Betriebsvereinbarung, Tarifvertrag) können höhere Aufstockungsleistungen vorgesehen werden.
- Der Arbeitgeber entrichtet zusätzliche Rentenversicherungsbeiträge.

Der Aufstockungsbetrag ist unbeschadet seiner Berücksichtigung im Rahmen des Progressionsvorbehalts nach dem Einkommensteuergesetz steuerfrei (§ 3 Nr. 28 EStG) und gehört damit nach § 1 Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV) nicht zum beitragspflichtigen Arbeitsentgelt.

Bei Arbeitnehmern, die nach dem Altersteilzeitgesetz Aufstockungsbeträge erhalten, gilt auch mindestens ein Betrag in Höhe von 80 % des Regelarbeitsentgelts für die Altersteilzeitarbeit, begrenzt auf den Unterschiedsbetrag zwischen 90 % der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze und dem Regelarbeitsentgelt, höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze, als beitragspflichtige Einnahme (§ 163 Abs. 5 Satz 1 SGB VI).

Altersvorsorge

Bei der gesetzlichen Rentenversicherung kommen immer weniger Beitragszahler auf immer mehr Rentenempfänger. Damit ist zusätzliche Altersvorsorge notwendig, um auch im Alter den gewohnten Lebensstandard aufrechterhalten zu können.

In Deutschland werden hierbei drei Säulen der Altersvorsorge unterschieden:

- Gesetzliche Rentenversicherung,
- betriebliche Altersversorgung,
- private Altersvorsorge.

Vor der Entscheidung über eine betriebliche oder private Altersvorsorge sollte immer eine persönliche Vorsorgeanalyse stehen. Entsprechende Checklisten stellt z. B. das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zur Verfügung.

Arbeitsentgelt

Arbeitsentgelt sind nach § 14 SGB IV alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden. Hierzu gehören auch Sachbezüge wie freie bzw. verbilligte Verpflegung, Unterkunft und Wohnung, deren Wert in der Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV) bestimmt wird.

Werden sie vom Arbeitgeber nach den Regelungen des Steuerrechts steuerfrei belassen oder pauschalbesteuert, stellen bestimmte Einnahmen, Beiträge und Zuwendungen kein Arbeitsentgelt dar; dies gilt in einigen Fällen jedoch nur, wenn sie zusätzlich zu Löhnen oder Gehältern gewährt werden (§ 1 SvEV). Andererseits verlangt bereits das Steuerrecht für die Steuerfreiheit oder Pauschalbesteuerung eine

Gewährung „zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn". Angesichts der inhaltlich weitgehenden Deckungsgleichheit des **Zusätzlichkeitserfordernisses** im Steuerrecht einerseits und im Beitragsrecht andererseits sind nach Ansicht der SV-Spitzenorganisationen einheitlich die steuerrechtlichen Kriterien (gem. § 8 Abs. 4 EStG) zu prüfen – also auch dann, wenn allein das Beitragsrecht Zusätzlichkeit verlangt.

Ist ein Nettoarbeitsentgelt vereinbart, gelten als Arbeitsentgelt die Einnahmen des Beschäftigten einschließlich der darauf entfallenden Steuern und der seinem gesetzlichen Anteil entsprechenden Beiträge zur Sozialversicherung. Sind bei illegalen Beschäftigungsverhältnissen Steuern und Beiträge zur Sozialversicherung nicht gezahlt worden, gilt ein Nettoarbeitsentgelt als vereinbart.
→ *Steuerfreie Zuschläge*

Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung ist ein eigenständiger Zweig im deutschen Sozialversicherungssystem. Gesetzliche Grundlage ist das Dritte Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) – Arbeitsförderung.

Zuständiger Träger ist die Bundesagentur für Arbeit; ihre Aufgaben sind u. a.:

- Aktive Arbeitsplatzförderung,
- Erhalt und Schaffung von Arbeitsplätzen,
- Beratung und Arbeitsvermittlung,
- Zahlung von Leistungen an Arbeitslose sowie
- Winterbauförderung.

Versicherungspflichtig in der Arbeitslosenversicherung sind grundsätzlich alle Personen, die gegen Entgelt beschäftigt sind. Auch für arbeitsunfähige Arbeitnehmer werden Beiträge aus Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld) gezahlt, wenn sie unmittelbar vor Leistungsbeginn in einer arbeitslosenversicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden haben.

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt nach Definition der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien vor, wenn der Versicherte aufgrund von **Krankheit** seine ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Arbeitsunfähigkeit löst in der Regel einen Anspruch auf → *Entgeltfortzahlung* oder auf → *Krankengeld* aus. Siehe auch → *Elektronische AU-Bescheinigung (eAU)*

Eine Arbeitsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn ein Arbeitnehmer noch bestimmte Aufgaben seiner Tätigkeit ausüben, jedoch nicht mehr die volle Arbeitsleistung erbringen kann. Die Verpflichtung zur Arbeitsaufnahme besteht dann wieder, wenn er gesundheitlich in der Lage ist, die Arbeit vollständig zu leisten.

Befindet sich der Arbeitnehmer in einer **Rehabilitationsmaßnahme**, ist dies wie eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit zu werten.

Eine Arbeitsverhinderung infolge einer **krankheitsbedingten Sterilisation** oder eines nicht rechtswidrigen **Abbruchs der Schwangerschaft** ist der Arbeitsunfähigkeit sozialrechtlich gleichgestellt. Dasselbe gilt hinsichtlich des Entgeltfortzahlungsanspruchs für einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird, die schwangere Frau den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle hat beraten lassen.

Auch eine Arbeitsverhinderung infolge einer Organ- oder Gewebespende wird wie eine unverschuldete Arbeitsunfähigkeit behandelt. Die Folge: Der Spender erhält für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit, längstens jedoch für sechs Wochen, sein Arbeitsentgelt vom Arbeitgeber fortgezahlt. Der Arbeitgeber hat gegenüber der Krankenkasse des Organspenders einen Erstattungsanspruch (§ 3a Abs. 2 EntgFG).

Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit fort, durch die dem Arbeitnehmer die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben mit einer schrittweisen Heranführung an die volle Arbeitsbelastung ermöglicht werden soll. Ebenso gilt die befristete Eingliederung eines arbeitsunfähigen Arbeitnehmers in eine Werkstatt für behinderte Menschen nicht als Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit.

Zur Anzeigepflicht → *Entgeltfortzahlung*

Arbeitsunfall

Versicherungsfall in der Unfallversicherung ist neben → *Berufskrankheiten* der Arbeitsunfall. Dies sind Unfälle, die Versicherte infolge ihrer versicherten Tätigkeit (z. B. als Arbeitnehmer, Blutspender, Schüler usw.) erleiden und zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

Versichert ist auch die mit der Tätigkeit im Unternehmen zusammenhängende, auch außerhalb der Arbeitszeit und Arbeitsstätte vorgenommene Verwahrung, Beförderung, Instandhaltung oder Erneuerung des Arbeitsgerätes, sowie deren Erstbeschaffung auf Veranlassung des Unternehmers.

Versichert ist ferner das Zurücklegen eines mit der Tätigkeit im Unternehmen zusammenhängenden unmittelbaren Weges zur und von der Stätte der versicherten Tätigkeit. Das Abweichen vom unmittelbaren Weg wegen Bildung einer Fahrgemeinschaft oder um Kinder in eine Betreuung zu bringen, ist ebenfalls unfallversichert.

Ein Arbeitsunfall wird anerkannt und ggf. entschädigt, wenn sich der Unfall während einer versicherten Beschäftigung ereignete. Es muss also ein haftungsbegründender Zusammenhang bestehen zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall. Zu den versicherten Tätigkeiten gehört nicht nur die reine betriebliche Arbeitsleistung, sondern etwa auch die Teilnahme an Veranstaltungen von Berufsorganisationen, Sitzungen der Personalvertretung, Dienstreisen sowie betriebliche Gemeinschaftsveranstaltungen (Betriebsausflüge, in gewissem Umfang auch Betriebssport).

Wird die versicherte Tätigkeit im Homeoffice oder an einem anderen Ort ausgeübt, besteht Unfallversicherungsschutz im gleichen Umfang wie bei der Ausübung der Tätigkeit auf der Arbeitsstätte. Auch die Wege aus dem Homeoffice zur Kita/Schule und wieder zurück sind versichert.

Arbeitszeit

Nach Artikel 2 der EU-Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG versteht man unter Arbeitszeit „jede Zeitspanne, während der ein Arbeitnehmer gemäß den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und/oder Gepflogenheiten arbeitet, dem Arbeitgeber zur Verfügung steht und seine Tätigkeit ausübt oder Aufgaben wahrnimmt". Das deutsche Arbeitszeitgesetz definiert Arbeitszeit als die Zeit vom Beginn bis zum Ende der Arbeit ohne die Ruhepausen (§ 2 ArbZG).

Dabei darf die werktägliche Arbeitszeit der Arbeitnehmer acht Stunden nicht überschreiten. Sie kann auf bis zu zehn Stunden nur verlängert werden, wenn innerhalb

von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden (§ 3 ArbZG).

Die Länge der Arbeitszeit regelt normalerweise ein Arbeitsvertrag. Sie hat häufig direkten Einfluss auf die Berechnung des Entgelts für die geleistete Arbeit. Eine vertragliche Regelung der Arbeitszeit findet ihre Grenzen jedoch stets im ArbZG. Durch Tarifverträge können engere Grenzen, aber teilweise auch über die oben genannten Begrenzungen des ArbZG hinausgehende Regelungen (§ 7 ArbZG) vereinbart werden.

Der Arbeitgeber ist dazu verpflichtet, einen Abdruck des ArbZG, der auf Grund des ArbZG erlassenen, für den Betrieb geltenden Rechtsverordnungen und der für den Betrieb geltenden Tarifverträge und Betriebs- oder Dienstvereinbarungen an geeigneter Stelle im Betrieb zur Einsichtnahme auszulegen oder auszuhängen.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat am 13.09.2022 verbindlich entschieden (1 ABR 22/21), dass über die bestehenden Regelungen im ArbZG hinaus die gesamte Arbeitszeit der Arbeitnehmer aufzuzeichnen ist. Die Arbeitgeber sind nach dem Arbeitsschutzgesetz verpflichtet, ein System einzuführen, mit dem die geleistete Arbeitszeit erfasst werden kann (§ 3 Abs. 2 Nr. 1 ArbSchG). Hierbei bezieht sich das BAG auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 14.05.2019, welches die Auslegung der EU-Arbeitszeitrichtlinie betraf. Nach der BAG-Entscheidung ist das Urteil des EuGH bereits heute vor dem Hintergrund des ArbSchG von den Arbeitgebern in Deutschland zu beachten.

Im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung wurden Anpassungen rund um die Höchstarbeitszeit und hinsichtlich der Aufzeichnung von Arbeitszeiten vereinbart. Bei Redaktionsschluss waren diese jedoch noch nicht verabschiedet.

Arznei- und Verbandmittel

Nach § 31 SGB V i. V. m. § 34 SGB V übernimmt die Krankenkasse – unter Berücksichtigung der Arzneimittel-Richtlinie – die vom Arzt verordneten verschreibungspflichtigen Arzneien und Verbandmittel.

Für jedes Medikament mit einem Abgabepreis bis zum Festbetrag und jedes ohne Festbetrag leisten Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine gesetzlich festgelegte Zuzahlung in Höhe von 10 % der Kosten, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro. Die Zuzahlung ist maximal auf die tatsächlichen Kosten begrenzt.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann preisgünstige Arzneimittel vollständig von der Pflicht zur Zuzahlung befreien. Entsprechende Listen der vollständig von der Zuzahlung befreiten Arzneimittel können in den Apotheken eingesehen werden.

Für Medikamente mit einem Preis über dem Festbetrag müssen neben der Zuzahlung auch die Kosten oberhalb des Festbetrags vom Versicherten gezahlt werden.

Die Eigenbeteiligung entfällt bei Verordnungen wegen Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindung, Arbeitsunfällen und Verordnungen im Rahmen der Sozialen Entschädigung nach SGB XIV (§1 i. V. m § 44 SGB XIV). Auch Harn- und Bluttestreifen sind zuzahlungsfrei.

Ausgeschlossene Arzneimittel (§ 34 SGB V)

Die Kosten für Medikamente, bei denen die Erhöhung der persönlichen Lebensqualität im Vordergrund steht (z. B. potenzsteigernde Mittel , Abnehm- und Haarwuchsmittel), werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nur für versicherte Kinder bis zur Vollendung des zwölften und für versicherte Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres übernommen, zudem als Standardtherapie bei ausgewählten schwerwiegenden Erkrankungen, sofern die Arzneimittel-Richtlinie Regelungen hierzu vorsieht. → *Belastungsgrenze*

Rabattverträge (§ 130a Abs. 8 SGB V)

Krankenkassen dürfen mit pharmazeutischen Unternehmen Verträge über Preisnachlässe für bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel vereinbaren.

Ärztliche Behandlung

Gesetzlich Versicherte haben nach § 76 SGB V für die vertragsärztliche Behandlung freie Arzt- und Facharztwahl unter allen zugelassenen Ärzten. Die Kostenübernahme erfolgt zeitlich unbegrenzt für alle anerkannten vertraglich vereinbarten Behandlungs- und Heilmethoden.

Darüber hinaus ist eine Teilnahme an besonderen Versorgungsformen möglich (z. B. hausarztzentrierte Versorgung oder Disease Management Programme bei chronischen Erkrankungen).

Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

Das Gesetz über den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung (AAG) regelt die Erstattung von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit (U 1) und Mutterschaft (U 2) – auch Umlageversicherung genannt. Während in der U 1 nur Arbeitgeber versichert sind, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigen, sind in der U 2 bis auf wenige Ausnahmen alle Arbeitgeber versichert. Zuständig ist die Krankenkasse, bei der der Arbeitnehmer versichert ist. Sofern keine Versicherung in der GKV besteht, ist die Krankenkasse zuständig, an die der Arbeitgeber die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung abführt. Für → *geringfügige Beschäftigungen* ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (Minijob-Zentrale) die zuständige Ausgleichskasse.

Prüfung der Umlagepflicht in der U 1

Bei der Feststellung, ob der Arbeitgeber nicht mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigt, werden nur die Arbeitnehmer berücksichtigt, die auch „tatsächlich" beschäftigt sind. Somit bleiben z. B. Personen in Elternzeit oder Pflegezeit bei vollständiger Freistellung außer Ansatz. Ausdrücklich ausgenommen werden auch Auszubildende, mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, Heimarbeiter, Hausgewerbetreibende, Bezieher von Vorruhestandsgeld und schwerbehinderte Arbeitnehmer. Teilzeitkräfte werden entsprechend ihrer wöchentlichen Arbeitszeit wie folgt berücksichtigt:

- nicht mehr als 10 Stunden mit dem Faktor 0,25,
- nicht mehr als 20 Stunden mit dem Faktor 0,50,
- nicht mehr als 30 Stunden mit dem Faktor 0,75 und
- über 30 Stunden mit dem Faktor 1,00.

Die → *Umlagen* (Beiträge) werden für die U 1 und U 2 getrennt berechnet und zusammen mit dem → *Gesamtsozialversicherungsbeitrag* abgeführt. Berechnungsgrundlage ist das Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen) bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung.

Der Arbeitgeber bekommt seine Aufwendungen im Krankheitsfall (U 1) prozentual erstattet. Der Erstattungssatz darf höchstens 80 % und muss mindestens 40 % betragen.

Die Erstattung von Aufwendungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (U 2) beinhaltet den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld während der Schutzfristen vor und nach der Geburt sowie das weitergezahlte Arbeitsentgelt und die darauf entfallenden Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung während der Beschäftigungsverbote nach dem Mutterschutzgesetz. Die Erstattung erfolgt zu 100 %.

Für die Übermittlung von Erstattungsanträgen nach dem AAG ist ein maschinelles Verfahren vorgeschrieben. Die Anträge dürfen dabei nur durch eine gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder systemgeprüften Ausfüllhilfen (z. B. → *SV-Meldeportal*) abgegeben werden.

Ausstrahlung

Der Begriff „Ausstrahlung" bezeichnet den Tatbestand, dass bei einer zeitlich befristeten Entsendung eines Arbeitnehmers im Rahmen eines in Deutschland bestehenden Beschäftigungsverhältnisses in das Ausland weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften über Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung gelten. Gesetzliche Grundlage hierfür ist § 4 SGB IV.

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen für die Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften vor, so „strahlen" diese in das Ausland „aus". Zu beachten ist, dass es bei einer Entsendung in das Ausland in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung in den jeweiligen Staaten unterschiedliche Regelungen geben kann (betrifft vor allem sog. Abkommensstaaten, nicht aber die Europäische Union).

Der gegenteilige Sachverhalt zur Ausstrahlung ist die → *Einstrahlung* (§ 5 SGB IV).

Auszubildende

Mit dem vertraglich vereinbarten Ausbildungsbeginn werden Auszubildende wie Arbeitnehmer versicherungspflichtig zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Ebenfalls besteht während der Ausbildung der gesetzliche Unfallversicherungsschutz.

Im Krankheitsfall erhalten Auszubildende während der → *Arbeitsunfähigkeit* die Ausbildungsvergütung bis zur Dauer von sechs Wochen weitergezahlt (→ *Entgeltfortzahlung*). Für die ersten vier Wochen des Ausbildungsverhältnisses besteht kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung (Wartezeit). Wird keine Entgeltfortzahlung geleistet, tritt die Krankenkasse mit → *Krankengeld* ein.

Wenn der Ausbildungsvertrag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen wurde, besteht ab der fünften Woche des Ausbildungsverhältnisses auch dann Anspruch auf Entgeltfortzahlung für sechs Wochen, wenn wegen Arbeitsunfähigkeit das Ausbildungsverhältnis nicht aufgenommen werden konnte.

Auszubildende haben in der GKV die gleichen Leistungsansprüche wie andere Arbeitnehmer, sind jedoch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres von den meisten → *Zuzahlungen* befreit. Bei der Versorgung mit → *Zahnersatz* können, je nach Höhe der Ausbildungsvergütung, die Härtefallregelungen (→ *Härtefälle*) greifen.

Die Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung werden vom Auszubildenden und Arbeitgeber je zur Hälfte getragen (→ *Beitragstragung*). Zur Krankenversicherung gilt der gesetzlich festgelegte allgemeine Beitragssatz (→ *Beitragssätze*). Erhebt die Krankenkasse einen → *Zusatzbeitrag*, so wird auch dieser je zur Hälfte vom Auszubildenden und vom Arbeitgeber getragen.

Hat der Auszubildende bereits das 23. Lebensjahr vollendet und ist kinderlos, fällt ein Beitragszuschlag von 0,6 % zur Pflegeversicherung an, den der Auszubildende allein tragen muss.

Ausbildungsvergütung

Anfang 2020 wurde eine gesetzliche Mindestausbildungsvergütung eingeführt. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Azubis eine angemessene Vergütung für ihre Arbeit erhalten. Die jährliche Festlegung der Mindestausbildungsvergütung erfolgt anhand der durchschnittlichen Entwicklung der vertraglich vereinbarten Ausbildungsvergütungen. Für das zweite Ausbildungsjahr wird dieser Wert um 18 % erhöht, für das dritte um 35 % und für das vierte um 40 %.

Danach beträgt die monatliche Mindestausbildungsvergütung für Berufsausbildungen, die in 2025 begonnen haben, 682,00 Euro im ersten Ausbildungsjahr, 805,00 Euro im zweiten Ausbildungsjahr, 921,00 Euro im dritten und 955,00 Euro im vierten Ausbildungsjahr. Für Ausbildungen, die in 2026 beginnen, beträgt die Mindestausbildungsvergütung 724,00 Euro im ersten, 854,00 Euro im zweiten, 977,00 Euro im dritten und 1.014,00 Euro im vierten Ausbildungsjahr.

B

Basistarif

Private Krankenversicherungsunternehmen sind dazu verpflichtet, einen Basistarif (siehe auch → *Versicherungspflicht*) anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar sind.

Der Basistarif sieht – wie in der GKV – einen Aufnahmezwang vor. Das bedeutet, dass die privaten Krankenversicherungen (PKV) niemanden zurückweisen dürfen, der sich in diesem Tarif versichern kann. Im Basistarif sind Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse nicht erlaubt. Für Beihilfeberechtigte wird ein beihilfekonformer Basistarif angeboten.

Die sog. Alterungsrückstellung – das ist der Betrag, den das Versicherungsunternehmen zur Glättung des (sonst höheren) Beitrags im Alter aus den Prämien der Versicherten anspart – kann bis zum Umfang des Basistarifs beim Wechsel der PKV mitgenommen werden. Im neuen Versicherungsunternehmen wird man hierdurch so gestellt, als ob der Eintritt in dem Alter erfolgt wäre, in dem man ursprünglich den Versicherungsvertrag abgeschlossen hatte.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag den Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten. Sind die Versicherten hilfebedürftig oder würde durch die Bezahlung einer solchen Prämie Hilfebedürftigkeit ausgelöst, reduziert sich die Prämie auf die Hälfte. Würde auch bei dieser halbierten Prämienzahlung Hilfebedürftigkeit ausgelöst, beteiligt sich der Träger der Grundsicherung bzw. der Sozialhilfe am verminderten Beitrag.

Behinderte Menschen

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation sind diejenigen Menschen „behindert“, die von den Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung betroffen sind, die auf einem körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht, der von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand abweicht. Eine noch weitergehende Definition enthält das SGB IX.

Behinderte Menschen sind nach den allgemeinen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs versicherungspflichtig, wenn sie wie ein Arbeitnehmer beschäftigt werden.

Werden behinderte Menschen in anerkannten Behindertenwerkstätten – auch geringfügig – beschäftigt, besteht ebenfalls Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V, § 20 Abs. 1 Nr. 7 SGB XI, § 1 Nr. 2a SGB VI) – und ggf. auch in der Arbeitslosenversicherung (§ 26 SGB III).

Bei der **Beitragsberechnung** ist zu beachten:

In der **Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung** werden die Beiträge im Kalenderjahr vom tatsächlichen Arbeitsentgelt, mindestens von einem Betrag in Höhe von 20 % der monatlichen → *Bezugsgröße* (2026: 791,00 Euro bundeseinheitlich) berechnet (§ 235 Abs. 3 SGB V, § 57 Abs. 1 SGB XI, § 344 Abs. 3 SGB III).

Überschreitet das tatsächliche Arbeitsentgelt die vorstehend genannten Beträge nicht, so trägt der Arbeitgeber (also der Träger der Einrichtung) den Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherungsbeitrag allein (§ 251 Abs. 2 SGB V, § 59 Abs. 1 SGB XI, § 346 Abs. 2 SGB III).

Für die **Rentenversicherung** ist Berechnungsgrundlage das Arbeitsentgelt, mindestens ein Betrag von 80 % der monatlichen Bezugsgröße (2026: 3.164,00 Euro; § 162 Nr. 2, 2a SGB VI).

In der Rentenversicherung trägt der Arbeitgeber (Träger der Einrichtung) den Beitrag allein, wenn kein Arbeitsentgelt erzielt wird oder das Arbeitsentgelt einen Betrag in Höhe von 20 % der monatlichen Bezugsgröße (2026: 791,00 Euro) nicht überschreitet. Überschreitet das Arbeitsentgelt den Betrag von 791,00 Euro, so tragen der Arbeitgeber und der behinderte Beschäftigte in Höhe des Arbeitsentgelts den Beitrag je zur Hälfte. Ist das Arbeitsentgelt niedriger als die Berechnungsgrundlage von 3.164,00 Euro, so trägt der Arbeitgeber von der Differenz ebenfalls den Beitrag allein (§ 168 Abs.1 Nr. 2, 2a SGB VI).

Der Bund erstattet dem Arbeitgeber den Beitrag, der aus der Differenz zwischen dem Arbeitsentgelt und der Berechnungsgrundlage von 3.164,00 Euro berechnet wird (§ 179 Abs. 1 SGB VI).

Beiträge für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt werden – sofern durch die Zahlung dieser Entgeltart das Mindestarbeitsentgelt überschritten wird – jeweils vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber zur Hälfte getragen.

Behinderte Menschen haben meist laufend typische Mehraufwendungen für die Lebenshaltung. Daher wird ihnen im steuerlichen Bereich neben weiteren Ausgleichen für diese Mehraufwendungen als „außergewöhnliche Belastung“ nach § 33b Einkommensteuergesetz (EStG) ein Pauschbetrag zugestanden. Dieser kann jährlich ohne Einzelnachweis der Aufwendungen und ohne Abzug der zumutbaren Belastung abgezogen werden. Ausschlaggebend für seine Höhe ist der festgestellte Grad der Behinderung (GdB). Behinderte Menschen, die hilflos oder blind sind, erhalten einen erhöhten Pauschbetrag.

Budget für Arbeit

Durch eine Kombination aus finanzieller Unterstützung des Arbeitgebers und kontinuierlicher personeller Unterstützung am Arbeitsplatz soll es Menschen mit Behinderung ermöglicht werden, Arbeitsmöglichkeiten bei einem Unternehmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wahrzunehmen.

Das Budget für Arbeit ist an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Der behinderte Mensch hat Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Behindertenwerkstatt nach § 56 SGB IX.

- Das Beschäftigungsverhältnis des behinderten Menschen ist sozialversicherungspflichtig.

- Die Entlohnung ist entweder tarifvertraglich geregelt oder ortsüblich. Das Mindestlohnniveau wird nicht unterschritten.

- Es wird ein klassischer Arbeitsvertrag geschlossen, der entsprechende Arbeitnehmerrechte beinhaltet.

- Es wird kein anderes Beschäftigungsverhältnis im Unternehmen beendet, um Leistungen aus dem Budget für Arbeit zu erhalten.

Werden diese Voraussetzungen erfüllt, erhält der Arbeitgeber einen Lohnkostenzuschuss zum Ausgleich der Leistungsminderung des Beschäftigten. Der Lohnkostenzuschuss beträgt bis zu 75 % des vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts.

Beitragsbemessungsgrenzen

Die Beitragsbemessungsgrenzen (BBG) geben den Wert an, bis zu dem aus den beitragspflichtigen Einnahmen Beiträge zu den einzelnen Sozialversicherungszweigen fällig werden. Einnahmen über den Beitragsbemessungsgrenzen sind beitragsfrei.

BBG der Kranken- und Pflegeversicherung 2026

	Bundesweit
monatlich	5.812,50 Euro
kalendertäglich	193,75 Euro

BBG der Renten- und Arbeitslosenversicherung 2026

monatlich	8.450,00 Euro
kalendertäglich	281,67 Euro

→ *Werte der Sozialversicherung*

Beitragsgruppen

Beiträge zur	Beitragsgruppe
Krankenversicherung	
• allgemeiner Beitrag	1000
• ermäßigter Beitrag (ohne Krankengeld)	3000
• Pauschalbeitrag für geringfügig Beschäftigte	6000
• Zusatzbeitrag Pflichtbeiträge	ZBP
• Zusatzbeitrag Freiwillige KV	ZBF
Rentenversicherung	
• voller Beitrag	0100
• halber Beitrag	0300
• Pauschalbeitrag für geringfügig Beschäftigte	0500

Beiträge zur	Beitragsgruppe
Arbeitsförderung	
• voller Beitrag	0010
• halber Beitrag	0020
Insolvenzgeldumlage (Inso)	0050
Pflegeversicherung	
• voller Beitrag	0001
• halber Beitrag	0002
Umlage nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz	
• für Krankheitsaufwendungen	U1
• für Mutterschaftsaufwendungen	U2

Beitragsnachweis

Der Arbeitgeber hat der jeweiligen Einzugsstelle (Krankenkasse, Minijob-Zentrale) einen Beitragsnachweis für den → *Gesamtsozialversicherungsbeitrag* bis spätestens zu Beginn (also bereits um 0.00 Uhr) des zweiten Arbeitstages vor dem Tag der Fälligkeit einzureichen (→ *Fälligkeit der Beiträge*); dabei sind die Beiträge nach → *Beitragsgruppe* getrennt aufzuführen. Wird der Beitragsnachweis nicht termingerecht eingereicht, kann die Einzugsstelle den GSV-Beitrag schätzen.

Nachweistage 2026

Monat	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni
Tag	26.	23.	25.	24.	22.	24.

Monat	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Tag	27.	25.	24.	26.	24.	22.

Die Beitragsnachweis-Datensätze dürfen nur per Datenübertragung mittels zugelassener systemgeprüfter Abrechnungsprogramme oder maschineller Ausfüllhilfen übermittelt werden (→ *SV-Meldeportal*).

Beitragspflichtige Einnahmen

Bei versicherungspflichtig Beschäftigten wird nach § 226 Abs. 1 SGB V der Beitragsbemessung in der **gesetzlichen Krankenversicherung** Folgendes zugrunde gelegt:

- das → *Arbeitsentgelt* aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung,
- der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie vergleichbare Renten aus dem Ausland,
- der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge),
- das Arbeitseinkommen, soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder neben Versorgungsbezügen erzielt wird.

Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung werden erst zur Beitragsberechnung herangezogen, wenn 2026 die Mindesteinnahmegrenze von 197,75 Euro monatlich überschritten wird. Darüber hinaus gilt nur in der Krankenversicherung und ausschließlich für Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V (sog. Betriebsrenten) zusätzlich ein Freibetrag von ebenfalls 197,75 Euro. Zudem ist der Freibetrag nur auf pflichtversicherte Versorgungsbezieher anzuwenden.

Hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder siehe
→ *Freiwillige Versicherung*

In der **sozialen Pflegeversicherung** gelten nach § 57 Abs. 1 Satz 1 SGB XI dieselben Grundsätze wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (Ausnahme: Freibetrag für Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V).

In der **gesetzlichen Rentenversicherung** wird nach § 162 Nr. 1 SGB VI bei Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt werden, das Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung zugrunde gelegt. Bei zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten beträgt die beitragspflichtige Einnahme mindestens 1 % der Bezugsgröße (2026 monatlich: 39,55 Euro).

Eine ähnliche Regelung gilt in der **Arbeitslosenversicherung:** Dort ist nach § 342 SGB III beitragspflichtige Einnahme bei Personen, die beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt. Bei Personen, die zur Berufsausbildung beschäftigt sind, jedoch mindestens ein Arbeitsentgelt in Höhe von 1 % der Bezugsgröße – also auch hier 2026: 39,55 Euro.

Zur Beitragsberechnung in der **gesetzlichen Unfallversicherung** werden die Arbeitsentgelte der Versicherten bis zur → *Jahresarbeitsverdienstgrenze* zugrunde gelegt (§ 153 SGB VII). Durch Satzungsregelung können Berufsgenossenschaften die Beitragsberechnung auch über z. B. Stunden oder Ähnliches vornehmen.

Beitragssätze

Der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung von 14,6 % gilt für alle Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts für mindestens sechs Wochen haben. Eine Ermäßigung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte – auf 14,0 % – ist für solche Mitglieder vorgesehen, für die der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen ist (z. B. für die Bezieher von Vorruhestandsgeld oder für Arbeitnehmer, die eine Vollrente wegen Alters beziehen).

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern einen → *Zusatzbeitrag* zu erheben. Dieser wird prozentual von den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes regelt jede Krankenkasse individuell in ihrer Satzung.

Statt ihres individuellen Zusatzbeitragssatzes hat die Krankenkasse für bestimmte Personenkreise den durchschnittlichen Zusatzbeitrag zu erheben.

Für die Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung werden die Beitragssätze im Gesetz oder per Rechtsverordnung bestimmt.

	2026
Krankenversicherung (einheitlich für alle Krankenkassen)	allgemeiner Beitragssatz 14,6 % ermäßigter Beitragssatz 14,0 %
Kassenindividueller Zusatzbeitrag	Satzungsregelung
Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	2,9 %
Pauschalbeitrag geringfügig entlohnte Beschäftigte	13 % (Privathaushalt 5 %)
Rentenversicherung	
Pauschalbeitrag geringfügig entlohnte Beschäftigte	18,6 % 15 % (Privathaushalt 5 %)
Arbeitslosenversicherung	2,6 %

	2026
Pflegeversicherung	
Mitglied mit einem Kind	3,6 %
Beitragsabschlag ab dem 2. Kind – je Kind (gilt für das 2. bis 5. Kind bis zum 25. Lebensjahr)	0,25 %
Beitragszuschlag Kinderlose (gilt u. a. nicht für Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)	0,6 %

Beitragstragung

Grundsätzlich werden die Beiträge zur Sozialversicherung zu gleichen Teilen vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer getragen (Ausnahmen: → *Geringverdienergrenze* und → *Übergangsbereich*). Bei der Berechnung der Beiträge ist dabei zunächst der Arbeitnehmerbeitrag zu ermitteln. Zu diesem Zweck wird das beitragspflichtige Arbeitsentgelt mit dem jeweils gültigen halben Beitragssatz multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet. Anschließend wird durch Verdopplung des ermittelten Betrages der Gesamtbeitrag bestimmt.

Sofern die Beiträge nicht in gleicher Höhe vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu tragen sind, werden die Beitragsanteile grundsätzlich getrennt voneinander ermittelt.

Zusatzbeiträge

Müssen Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen individuellen → *Zusatzbeitrag* erheben, wird auch dieser zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Für bestimmte Personengruppen ist ein durchschnittlicher → *Zusatzbeitrag* zu zahlen.

Pflegeversicherung

Seit Anfang 2025 liegt der Pflegeversicherungsbeitrag für Mitglieder mit Elterneigenschaft und für Mitglieder vor Vollendung des 23. Lebensjahres bei 3,6 % und wird grundsätzlich je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Eine Ausnahme von dieser hälftigen Beitragszahlung gilt in Sachsen; hier ist der Arbeitnehmeranteil zur Pflegeversicherung höher als im übrigen Bundesgebiet. Grund dafür ist, dass ausschließlich in Sachsen kein Feiertag zur Finanzierung der Pflegeversicherung abgeschafft wurde.

Vom 2. bis zum 5. Kind wird der vom Mitglied zu tragende Beitragsanteil bis zum 25. Lebensjahr des Kindes bzw. der Kinder um 0,25 Beitragssatzpunkte je Kind abgesenkt. Die Entlastung für Mitglieder mit mehr als einem Kind ist somit auf maximal 1,0 Prozent begrenzt. Voraussetzung für die Absenkung ist zudem, dass jeweils mindestens zwei Kinder das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Im Übrigen gilt der reguläre Beitragssatz von 3,6%.

Für kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres gilt ein Beitragssatz von 4,2 Prozent. Der hier enthaltene Beitragszuschlag von 0,6 Prozent ist von ihnen allein zu tragen. Lediglich bei Geringverdienern (zur Berufsausbildung Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt bis 325,00 Euro im Monat) wird der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung vom Arbeitgeber getragen → *Geringverdienergrenze*.

Für kinderlose Versicherte, die vor dem 01.01.1940 geboren sind, entfällt der Beitragszuschlag.

	Beitragstragung			
	außerhalb Sachsen		in Sachsen	
Kinder	Mitglied	Arbeitgeber	Mitglied	Arbeitgeber
0	2,40 %	1,8 %	2,90 %	1,3 %
1	1,80 %	1,8 %	2,30 %	1,3 %
2	1,55 %	1,8 %	2,05 %	1,3 %
3	1,30 %	1,8 %	1,80 %	1,3 %
4	1,05 %	1,8 %	1,55 %	1,3 %
ab 5	0,8 %	1,8 %	1,30 %	1,3 %

Übergangsbereich

Wird ein Arbeitsentgelt von 603,01 Euro bis 2.000,00 Euro gezahlt und die Grenze von 2.000,00 Euro im Monat regelmäßig nicht überschritten, sind besondere Berechnungsvorschriften anzuwenden (→ *Übergangsbereich*).

Geringfügig entlohnte Beschäftigte

Für geringfügig entlohnte Beschäftigte (→ *Geringfügige Beschäftigung*) ist vom Arbeitgeber ein pauschalierter Beitrag in Höhe von 13,0 % als Krankenversicherungsbeitrag abzuführen. Dieser Pauschalbeitrag ist allerdings nur zu entrichten, wenn der Arbeitnehmer gesetzlich krankenversichert ist. Für geringfügig entlohnte Beschäftigte in privaten Haushalten beträgt der Beitragssatz 5,0 %.

Geringfügig entlohnte Beschäftigte sind rentenversicherungspflichtig, können sich von dieser Versicherungspflicht jedoch befreien lassen. Unabhängig davon, ob der geringfügig entlohnte Beschäftigte hiervon Gebrauch macht, hat der Arbeitgeber 15,0 % des Arbeitsentgelts zur Rentenversicherung zu zahlen (als Pauschalbeitrag oder Beitragsanteil). Für geringfügig entlohnte Beschäftigte in privaten Haushalten beträgt der Beitragssatz 5,0 %.

Macht der geringfügig entlohnte Beschäftigte von seiner Befreiungsmöglichkeit keinen Gebrauch, hat auch er Rentenversicherungsbeiträge zu zahlen. Der Beitragssatz liegt bei 3,6 % (Differenz zwischen dem Arbeitgeberbeitragsanteil von 15,0 % und dem Rentenversicherungsbeitrag von 18,6 %).

Verzichtet der Arbeitnehmer auf die Möglichkeit der Befreiung von der Rentenversicherungspflicht, ist zudem eine Mindestbeitragsbemessungsgrundlage von derzeit 175,00 Euro zu berücksichtigen. Der Arbeitgeberanteil wird allerdings nur aus dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt berechnet. Im Übrigen ist der Differenzbetrag, der sich aus der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage und der Anwendung des Beitragssatzes zur Rentenversicherung ergibt, vom Arbeitnehmer zu tragen.

Beitragszuschuss

Für Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze freiwilliges Mitglied der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** sind, hat der Arbeitgeber einen Beitragszuschuss bis zur maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2026: 5.812,50 Euro monatlich) zu zahlen. Der kassenindividuelle → *Zusatzbeitrag* ist bei der Zuschussberechnung zu berücksichtigen.

Beitragszuschuss im Kalenderjahr 2026:

- Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld: 5.812,50 Euro x 7,3 %
  + 5.812,50 Euro x halber kassenindividueller Zusatzbeitrag

- Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld: 5.812,50 Euro x 7,0 %
  + 5.812,50 Euro x halber kassenindividueller Zusatzbeitrag

In Zeiten, in denen z. B. aufgrund des Bezuges von Krankengeld kein bzw. nur für einen Teilzeitraum Arbeitsentgelt gezahlt wird, entfällt der Beitragszuschuss bzw. ist entsprechend zu kürzen. Dies gilt allerdings nicht für Zeiten des unbezahlten Urlaubs, des unentschuldigten Fernbleibens von der Arbeit sowie für Zeiten eines rechtmäßigen Arbeitskampfes. In diesen Fällen ist der Beitragszuschuss aus dem ungekürzten (aber auf die monatliche Beitragsbemessungsgrenze begrenzten) Arbeitsentgelt zu berechnen.

Bei Mehrfachbeschäftigten ist hinsichtlich der Zahlung des Beitragszuschusses grundsätzlich eine der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte entsprechende Aufteilung vorzunehmen. Die beteiligten Arbeitgeber tragen den Beitragszuschuss also anteilig.

Ein Zuschuss zur **privaten Krankenversicherung (PKV)** ist vom Arbeitgeber zu zahlen, wenn der Arbeitnehmer versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze, von der Versicherungspflicht befreit oder von der Versicherungspflicht ausgeschlossen ist (gilt nicht bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen) und eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat.

Wie bei den freiwillig in der GKV versicherten Arbeitnehmern wird auch beim Beitragszuschuss zur PKV das Arbeitsentgelt bis zur maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2026: 5.812,50 Euro monatlich) berücksichtigt. Zusätzlich mit einbezogen wird der halbe durchschnittliche Zusatzbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung.

Beitragszuschuss im Kalenderjahr 2026:

- Privat krankenversicherte Arbeitnehmer 508,59 Euro
  (5.812,50 Euro x 7,3 % + 5.812,50 Euro x 1,45 %)

- Privat krankenversicherte Arbeitnehmer ohne Anspruch auf Krankengeld
  (sofern eine Versicherung in der GKV bestünde) 491,16 Euro
  (5.812,50 Euro x 7,0 % + 5.812,50 Euro x 1,45 %)

Wichtig: Der Arbeitnehmer erhält als Beitragszuschuss höchstens die Hälfte des Betrags, den er für seine private Krankenversicherung tatsächlich aufwendet. Zuschussfähig sind dabei nur die Aufwendungen für die Leistungen, die der Art nach zu den Leistungen der GKV gehören.

Der Arbeitnehmer kann einen Beitragszuschuss auch für seine privat versicherten Familienangehörigen erhalten, sofern diese bei unterstellter Versicherungspflicht des Arbeitnehmers in der GKV Anspruch auf eine → *Familienversicherung* hätten. Dies gilt allerdings nicht, wenn eine Familienversicherung bei einem anderen Familienangehörigen möglich wäre.

Bei der Prüfung des Anspruchs und bei der Berechnung des **Zuschusses zur Pflegeversicherung** für freiwillig in der GKV oder in der PKV versicherte Arbeitnehmer gelten die vorgenannten Ausführungen zum Beitragszuschuss zur Krankenversicherung entsprechend. Im Bundesland Sachsen ist der verminderte Beitragsanteil des Arbeitgebers zu beachten. Der Beitragszuschlag für kinderlose Arbeitnehmer ist nicht für die Berechnung des Beitragszuschusses zu berücksichtigen.

Beitragszuschuss im Kalenderjahr 2026:

- – Bundeseinheitlich (ohne Sachsen): 104,63 Euro (5.812,50 Euro x 1,8 %)
- – Sachsen: 75,56 Euro (5.812,50 Euro x 1,3 %)

Belastungsgrenze

Nach § 62 SGB V haben die Krankenkassen die dem Versicherten während eines Kalenderjahres entstehenden gesetzlichen Zuzahlungen zu übernehmen, soweit sie die individuelle Belastungsgrenze übersteigen. Wird die Belastungsgrenze erreicht, erteilt die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber, dass für den Rest des Kalenderjahres keine gesetzlichen Zuzahlungen mehr zu leisten sind.

Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für → *chronisch Kranke*, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Es werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners (im Sinne des LPartG) zusammengerechnet. Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den Ehegatten bzw. Lebenspartner des Versicherten, die im gemeinsamen Haushalt leben, um 15 % (2026: 7.119,00 Euro) und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 10 % (2026: 4.746,00 Euro) der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zu vermindern. Für jedes familienversicherte Kind wird der Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG in Abzug gebracht (2026: 9.756,00 Euro bei Verheirateten).

Berufskrankheit

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die sich ein Mitarbeiter durch die Arbeit zuzieht und die

- entweder in der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) verzeichnet oder
- nach neuen medizinischen Erkenntnissen durch den Beruf verursacht sind.

Der Verdacht auf eine Berufskrankheit muss der gesetzlichen Unfallversicherung gemeldet werden.

Darüber hinaus können die Unfallversicherungsträger eine Krankheit, die nicht in der BKV genannt ist oder bei der die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine Berufskrankheit anerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen medizinischen Erkenntnissen die Voraussetzungen für die Bezeichnung als Berufskrankheit erfüllt sind.

Bei Berufskrankheiten, für deren Anerkennung die Aufgabe der schädigenden Tätigkeiten Voraussetzung ist (z. B. bei Hauterkrankungen), sind die Unfallversicherungsträger verpflichtet, auch vor der Aufgabe dieser Tätigkeit verbindlich zu entscheiden, ob die sonstigen Voraussetzungen für die Anerkennung vorliegen.

Erkrankung an COVID-19

Erfolgt eine Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 infolge einer Beschäftigung, kann eine daraus resultierende COVID-19-Erkrankung unter den folgenden drei Voraussetzungen eine Berufskrankheit darstellen:

- Kontakt mit SARS-CoV-2-infizierten Personen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen und
- relevante Krankheitserscheinungen wie zum Beispiel Fieber, Husten und
- positiver Nachweis des Virus durch einen PCR-Test.

Ob die Voraussetzungen zur Anerkennung einer COVID-19-Erkrankung als Berufskrankheit vorliegen, wird aufgrund der jeweiligen Umstände des Einzelfalles geprüft und bewertet.

Beschäftigungsverbot

Für schwangere und stillende Frauen und Mütter gelten Beschäftigungsverbote, die im Mutterschutzgesetz (MuSchG) geregelt sind. Unterschieden werden hierbei absolute Beschäftigungsverbote, betriebliche Beschäftigungsverbote und ärztliche Beschäftigungsverbote.

Absolute Beschäftigungsverbote (§§ 3 – 6 MuSchG)

Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den gesetzlichen Schutzfristen vor und nach der Entbindung nicht beschäftigen. Vor der Entbindung gilt das nur, soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Maßgeblich für die Berechnung der Schutzfristen ist das ärztliche Zeugnis über den voraussichtlichen Tag der Entbindung. Die Schutzfrist beginnt sechs Wochen vor der Entbindung und endet im Normalfall acht Wochen, bei Frühgeburten oder mehreren lebendgeborenen Kindern sowie bei ärztlich festgestellter Behinderung des Kindes zwölf Wochen nach der Entbindung. Ausnahmen gelten für Schülerinnen und Praktikantinnen und für Frauen, deren Kind vor Ablauf der Schutzfristen stirbt (§ 3 Abs. 3 und 4 MuSchG).

Darüber hinaus sieht das Gesetz seit dem 01.06.2025 gestaffelte Schutzfristen bei Fehlgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche vor. Danach darf der Arbeitgeber eine Frau bei einer Fehlgeburt nicht beschäftigen

- bis zum Ablauf von 2 Wochen bei einer Fehlgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche,

- bis zum Ablauf von 6 Wochen bei einer Fehlgeburt ab der 17. Schwangerschaftswoche,

- bis zum Ablauf von 8 Wochen bei einer Fehlgeburt ab der 20. Schwangerschaftswoche.

Die Schutzfrist bei Fehlgeburten kommt nicht zur Anwendung, soweit die Frau sich ausdrücklich zur Arbeitsleistung bereit erklärt.

Die Beschäftigung von schwangeren und stillenden Frauen darf nur innerhalb bestimmter zeitlicher Grenzen erfolgen. Eine erwachsene Frau darf dann nicht länger als achteinhalb Stunden täglich oder 90 Stunden in der Doppelwoche beschäftigt werden. Die Beschäftigung ist außerdem untersagt

- an Sonn- und Feiertagen. Eine Ausnahme davon ist u. a. möglich, wenn die Frau sich ausdrücklich dazu bereit erklärt und Alleinarbeit für die Schwangere ausgeschlossen ist (§ 6 MuSchG);

- in der Zeit zwischen 20 und 6 Uhr. Eine Ausnahme davon (bis 22 Uhr) ist möglich, wenn die Frau ausdrücklich zustimmt, Alleinarbeit für die Schwangere ausgeschlossen ist und zusätzlich ein ärztliches Zeugnis vorliegt, nach dem nichts gegen die Beschäftigung spricht (§ 5 MuSchG).

Betriebliche Beschäftigungsverbote (§§ 9 – 13 MuSchG)

Arbeitgeber müssen die Beschäftigungsbedingungen von Schwangeren oder Stillenden so gestalten, dass eine Gesundheitsgefährdung von Mutter und Kind ausgeschlossen ist. Dazu enthält das MuSchG einen umfangreichen Katalog unzulässiger Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen. Unter Berücksichtigung dieses Katalogs ist im Betrieb eine bestimmte Rangfolge von Schutzmaßnahmen durchzuführen.

Zunächst muss der Arbeitgeber versuchen, die Arbeitsbedingungen durch geeignete Schutzmaßnahmen so umzugestalten, dass die Frau ihre Beschäftigung fortsetzen kann. Ist dies an dem konkreten Arbeitsplatz nicht möglich, hat der Arbeitgeber die Frau an einem anderen geeigneten Arbeitsplatz einzusetzen. Ist weder das eine noch das andere möglich, darf der Arbeitgeber die Frau nicht weiter beschäftigen.

Ärztliche Beschäftigungsverbote (§ 16 MuSchG)

Unabhängig von den gesetzlichen Regelungen und den betrieblichen Schutzmaßnahmen darf der Arbeitgeber eine schwangere Frau nicht beschäftigen, soweit nach einem ärztlichen Zeugnis ihre Gesundheit oder die ihres Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist. Das Gleiche gilt für Frauen, die nach der Entbindung in den ersten Monaten nicht wieder voll leistungsfähig sind; hierbei kommen auch teilweise Beschäftigungsverbote (für bestimmte Tätigkeiten oder in Bezug auf die Dauer der Beschäftigung) in Frage.

Mutterschutzlohn und Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen

Während eines Beschäftigungsverbots erhält die Frau das durchschnittliche Arbeitsentgelt weiter gezahlt (Mutterschutzlohn). Während der Schutzfristen bei Fehlgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche sowie während der Schutzfristen vor und nach der Entbindung und für den Entbindungstag erhält sie → *Mutterschaftsgeld* von der Krankenkasse sowie einen Zuschuss des Arbeitgebers bis zur Höhe des bisherigen durchschnittlichen Arbeitsentgelts. Die Krankenkassen erstatten den Arbeitgebern im Rahmen eines Ausgleichsverfahrens sowohl den Mutterschutzlohn (einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge) als auch den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld in voller Höhe (→ *Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen*).

Betriebliche Altersversorgung

Betriebsrenten und Grundsicherung

Im Rahmen des Betriebsrentenstärkungsgesetzes (BRSG) ist ein Freibetrag für die Leistungen der bAV zu berücksichtigen. Dieser berechnet sich wie folgt:

- Sockelfreibetrag von 100,00 Euro zuzüglich 30 % des den Sockelfreibetrag übersteigenden Einkommens aus der zusätzlichen Altersvorsorge,

- insgesamt „gedeckelt“ auf 50 % der Regelbedarfsstufe 1 nach dem SGB XII (2026: 50 % = 281,50 Euro).

Steuer und Sozialversicherung

Bis zu 8 % der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (2026: 101.400,00 Euro) können steuerfrei in die bAV eingezahlt werden. Dies entspricht einem steuerfreien Einzahlungsbetrag von maximal 8.112,00 Euro jährlich in 2026. Sozialversicherungsfrei verbleiben allerdings maximal 4 % der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (2026: 4.056,00 Euro).

Verpflichtender Arbeitgeberzuschuss

Seit Anfang 2022 muss jeder Arbeitgeber, der eine Entgeltumwandlung über eine Direktversicherung, Pensionskasse oder einen Pensionsfonds durchführt und dabei Sozialversicherungsbeiträge einspart, 15 % des umgewandelten Entgelts als Zuschuss leisten. Für den Zuschuss gelten die gleichen steuerlichen Regelungen wie für die Entgeltumwandlung.

Opting out

Im Regelfall ist die bAV in Unternehmen so gestaltet, dass sich die Beschäftigten aktiv für den Abschluss entscheiden müssen. Wer nicht aktiv wird, baut keine Betriebsrente auf. Seit einigen Jahren kann – ausschließlich über einen Tarifvertrag – eine verpflichtende Entgeltumwandlung (Optionssystem bzw. Opting out), auch für bereits bestehende Arbeitsverhältnisse, eingeführt werden. Das Angebot zur Entgeltumwandlung „gilt als angenommen“, wenn es der Arbeitgeber mindestens drei Monate vor Umwandlung schriftlich unterbreitet und auf den Umwandlungsbetrag hingewiesen hat. Der Arbeitnehmer kann die Entgeltumwandlung frühestens einen Monat nach dem Zugang der Information mit einer Frist von höchstens einem Monat beenden (Opting out).

Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung

Direktversicherung: Die Direktversicherung ist eine Lebens- oder Rentenversicherung, die der Arbeitgeber als Versicherungsnehmer zugunsten seiner Beschäftigten abschließt. Die Beiträge können vom Arbeitnehmer (arbeitnehmerfinanzierte Direktversicherung; aus dem Arbeitsentgelt oder aus Sonderzahlungen) oder vom Arbeitgeber getragen werden (firmenfinanzierte Direktversicherung).

Pensionskasse: Hierbei handelt es sich um Versorgungseinrichtungen, die von einem oder mehreren Unternehmen gebildet werden. Die Beiträge werden vom Arbeitgeber gezahlt; allerdings haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, sich hieran zu beteiligen.

Pensionsfonds: Pensionsfonds sind Versorgungseinrichtungen, die den Arbeitnehmern einen Rechtsanspruch auf die zugesagten Leistungen einräumen. Arbeitnehmer können sich mit Beiträgen aus einer Entgeltumwandlung am Pensionsfonds beteiligen.

Direkt-/Pensionszusage: Hierbei verpflichtet sich der Arbeitgeber, dem Arbeitnehmer oder dessen Hinterbliebenen bei Eintritt des Versorgungsfalles unmittelbar die jeweils vereinbarte Leistung zu zahlen. Direktzusagen sind meist reine Arbeitgeberleistungen; eine Beteiligung des Arbeitnehmers durch Entgeltumwandlung ist jedoch grundsätzlich möglich.

Unterstützungskasse: Die Unterstützungskasse ist eine Versorgungseinrichtung, die von einem oder mehreren Unternehmen gebildet wird. Sie dient dem Arbeitgeber zur Finanzierung und Erfüllung seiner Versorgungszusage an den Arbeitnehmer. Der Arbeitnehmer selbst hat keinen Anspruch auf Leistungen gegenüber der Unterstützungskasse, sondern nur seinem Arbeitgeber gegenüber.

Betriebsprüfung

Die Rentenversicherungsträger führen die Betriebsprüfungen bei den Arbeitgebern durch (§ 28p Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Die Prüfung umfasst insbesondere die im Zusammenhang mit dem → *Gesamtsozialversicherungsbeitrag*

- vorgenommenen Beurteilungen der Beschäftigungsverhältnisse (Versicherungspflicht/Versicherungsfreiheit),
- abgegebenen Meldungen,

- für die Beitragsberechnung vorgenommenen Beurteilungen des Arbeitsentgelts,
- vorgenommenen Berechnungen und zeitlichen Zuordnungen der Beiträge und
- nach § 28f Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 8 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) zu führenden Entgeltunterlagen.

Die Prüfung der Richtigkeit der Beitragszahlungen schließt auch die Zahlung der Pflichtbeiträge zur Pflegeversicherung für freiwillig Krankenversicherte sowie die der Umlagen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz mit ein. Gegenstand der Prüfung der Umlagen sind die Umlagepflicht und das Beitragsverfahren.

Für die Überprüfung der Zahlung freiwilliger Krankenversicherungsbeiträge ist die jeweilige Krankenkasse ebenso zuständig wie für die Prüfung der Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen nach § 256 SGB V.

Zusätzlich prüfen die Träger der Rentenversicherung seit einigen Jahren auch die vom Arbeitgeber gezahlten Beiträge zur → *Unfallversicherung*.

Die Betriebsprüfung beinhaltet zudem die korrekte Abführung der Künstlersozialabgabe an die Künstlersozialkasse (KSK).

Darüber hinaus hat die KSK ein eigenes Prüfrecht bei Arbeitgebern, um branchenspezifische Schwerpunktprüfungen und anlassbezogene Prüfungen selbst durchzuführen.

Die Betriebsprüfungen durch die Rentenversicherungsträger sind mindestens alle vier Jahre durchzuführen. Der Arbeitgeber kann eine Prüfung in kürzeren Abständen verlangen.

Seit Anfang 2023 ist die Teilnahme an der elektronisch unterstützten Betriebsprüfung (euBP) verpflichtend, für Prüfzeiträume bis zum 31.12.2026 besteht jedoch eine Befreiungsoption auf Antrag des Arbeitgebers beim zuständigen Prüfdienst. Seit dem 01.01.2025 sind die Daten der Finanzbuchhaltung ebenfalls verpflichtend zu übermitteln. Zuvor war dies auf freiwilliger Basis möglich.

Das Verfahren der euBP beginnt mit der Datenabfrage beim Arbeitgeber. Die dabei übermittelten Daten werden nach Abschluss des Verfahrens automatisch gelöscht. Es verbleiben also keine übermittelten Daten beim Rentenversicherungsträger.

Wurden die Abrechnungsdaten ausgewertet und ergeben sich hieraus keine relevanten Prüfhinweise, entfällt eine weitere Prüfung am Betriebssitz. Ergeben sich

jedoch Unstimmigkeiten, folgt doch eine Prüfung vor Ort. Diese dürfte jedoch in den meisten Fällen deutlich kürzer als bei einem normalen, vollen Prüfumfang ausfallen. So werden sich die Prüfer im Regelfall darauf beschränken, nur die konkret aufgetretenen Unstimmigkeiten aufzuklären.

Die Ergebnisse der Auswertungen werden zwischen Prüfer und Unternehmen besprochen. Anschließend wird ein Prüfbescheid zugestellt.

Bewirtungskosten

Bewirtungskosten sind im Steuerrecht Aufwendungen für die Bewirtung von Personen, die nicht Arbeitnehmer des Steuerpflichtigen sind.

Für einen Unternehmer können diese Bewirtungsaufwendungen gewinnmindernde Betriebsausgaben sein. Dies gilt auch für körperschaftssteuerpflichtige Kapitalgesellschaften, da sich die Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Körperschaftssteuer nach den Gewinnermittlungsvorschriften im Einkommensteuergesetz (§§ 4 ff. EStG) richtet.

Bewirtungskosten sind nach R 4.10 Einkommensteuerrichtlinien (EStR) Aufwendungen für den Verzehr von Speisen, Getränken und sonstigen Genussmitteln und können entweder in voller Höhe, nur zum Teil oder überhaupt nicht abzugsfähig sein. Zu den Bewirtungskosten gehören auch Aufwendungen, die zwangsläufig im Zusammenhang mit der Bewirtung stehen und im Rahmen des insgesamt geforderten Preises von untergeordneter Bedeutung sind, wie z. B. Trinkgelder und Garderobengebühren.

Ist die Bewirtung geschäftlich veranlasst (z. B. bei Bewirtung von Geschäftsfreunden), sind die damit einhergehenden Aufwendungen vom Unternehmen zu 70 % steuerlich abzugsfähig. Betrieblich veranlasste Bewirtungsaufwendungen, die nicht geschäftlich bedingt sind (Bewirtung eigener Arbeitnehmer – R 4.10 EStR) können als Betriebsausgabe zu 100 % steuermindernd berücksichtigt werden, ebenso wie die hiermit verbundenen Nebenkosten.

Wichtig: Unangemessene Kosten sind nicht steuerlich abzugsfähig. Ob und inwieweit Bewirtungsaufwendungen angemessen sind, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls, der allgemeinen Verkehrsauffassung und den jeweiligen Branchenverhältnissen (z. B. Größe des Unternehmens, Umsatz, Gewinn, Bedeutung der Geschäftsbeziehung, Konkurrenz, Großauftrag).

Nachweis und besondere Aufzeichnung:

Eine vom Finanzamt zu akzeptierende Rechnung muss u. a. folgende Angaben enthalten:

- Vollständiger Name und Anschrift des Bewirtungsbetriebes,
- Ausstellungsdatum der Rechnung,
- Leistungszeitpunkt,
- genaue Bezeichnung der verzehrten Artikel (wie Menü 1, Tagesgericht 2, Lunch-Buffet etc.),
- Rechnungs- und Umsatzsteuerbetrag in einer Summe sowie der jeweils anzuwendende Steuersatz.

Bei Beträgen über 250,00 Euro müssen zusätzlich folgende Angaben enthalten sein:

- Name und Anschrift des bewirtenden Unternehmers (Gastgeber),
- Steuer- oder Umsatzsteueridentifikationsnummer des Bewirtungsbetriebes,
- fortlaufende, einmalige Rechnungsnummer,
- Rechnungsbetrag, Umsatzsteuerbetrag sowie der jeweils anzuwendende Steuersatz,
- Zeitpunkt des Vorgangsbeginns und -endes (Bestellbeginn bis Ende des Kassiervorgangs),
- Transaktionsnummer,
- Seriennummer des elektronischen Aufzeichnungssystems oder des Sicherheitsmoduls.

Zudem müssen Belege von Restaurants, die über eine elektronische Kasse verfügen, weitere Informationen zur technischen Sicherheitseinrichtung (TSE) enthalten. Hierzu zählen die Transaktionsnummer und die Seriennummer des Aufzeichnungssystems oder des Sicherheitsmoduls.

Bezugsgröße

Die Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) wird für jedes Kalenderjahr vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bekannt gegeben. Sie dient für viele Werte der Sozialversicherung als Berechnungsgrundlage und entspricht dem Durchschnittsentgelt aller Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr.

Bezugsgröße 2026	Bundesweit
jährlich	47.460,00 Euro
monatlich	3.955,00 Euro

→ *Werte der Sozialversicherung*

Bindungsfrist

Bei der → *Krankenkassenwahl* gilt eine 12-monatige Bindungsfrist.

Diese allgemeine Bindungsfrist umfasst einen Zeitraum von 12 zusammenhängenden Zeitmonaten und läuft ab dem Zeitpunkt, zu dem die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse beginnt.

Für → *Wahltarife* gelten besondere Bindungsfristen. Ist hier beispielsweise eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren einzuhalten, kann die Mitgliedschaft in der Krankenkasse regulär nicht vor Ablauf dieser Frist beendet werden.

Ausnahme: Endet die Mitgliedschaft kraft Gesetzes, wie z. B. durch einen Arbeitgeberwechsel, kann das Mitglied bis maximal 14 Tage nach Beschäftigungsbeginn eine neue Krankenkasse wählen – ohne Einhaltung der allgemeinen oder einer besonderen Bindungsfrist.

Unabhängig von der allgemeinen oder einer besonderen Bindungsfrist hat das Mitglied ein außerordentliches → *Kündigungsrecht*, wenn die Krankenkasse ihren individuellen → *Zusatzbeitrag* anhebt. Eine Ausnahme stellt hier die dreijährige Bindungsfrist für den Wahltarif für Krankengeld dar. Trotz einer Erhöhung des Zusatzbeitrags gibt es hier kein Sonderkündigungsrecht, da die dreijährige Bindungsfrist zwingend einzuhalten ist.

Bundesfreiwilligendienst

Der Bundesfreiwilligendienst (BFD) wird in der Regel für eine Dauer von zwölf zusammenhängenden Monaten geleistet. Der Dienst dauert mindestens sechs Monate und höchstens 18 Monate. Der BFD kann ausnahmsweise bis zu einer Dauer von 24 Monaten verlängert werden, wenn dies im Rahmen eines besonderen pädagogischen Konzeptes begründet ist.

Sozialversicherung

Soweit keine ausdrückliche sozialversicherungsrechtliche Regelung vorhanden ist, finden auf den BFD die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen für die Jugendfreiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz (JFDG) entsprechend Anwendung. Es besteht damit Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung. Vergleichbar den zur Berufsausbildung Beschäftigten kommt bei den BFD-Teilnehmern weder Geringfügigkeit (→ *Geringfügige Beschäftigung*) noch die besondere Beitragsberechnung/-tragung im → *Übergangsbereich* in Betracht.

Beitragsberechnung

Der BFD ist ein unentgeltlicher Dienst. Die Teilnehmer erhalten neben einem Taschengeld grundsätzlich Unterkunft und Verpflegung (Sachbezug) bzw. dessen Abgeltung, Arbeitskleidung und ggf. Fahrtkostenerstattung. Für das Taschengeld gilt eine bundesweit einheitliche Höchstgrenze von 8 % der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung (2026: 8 % = 676,00 Euro).

In der Sozialversicherung sind Geld- und → *Sachbezüge* beitragspflichtig. Dabei wird im Jahr 2026 für die freie Unterkunft ein monatlicher Betrag von 285,00 Euro und für die freie Verpflegung ein monatlicher Betrag von 345,00 Euro herangezogen.

Bei der Arbeitslosenversicherung gilt eine Besonderheit. In diesem Sozialversicherungszweig wird die monatliche → *Bezugsgröße* für die Beitragsbemessung zugrunde gelegt, wenn der BFD im Anschluss (spätestens innerhalb eines Monats) an eine versicherungspflichtige Beschäftigung abgeleistet wird. Die maßgebliche monatliche Bezugsgröße beträgt im Jahr 2026 monatlich 3.955,00 Euro. Hierdurch soll für diesen Personenkreis eine unverhältnismäßig niedrige Beitragszahlung verhindert werden.

Im Auftrag des Bundes übernimmt der Träger der Einsatzstelle die Sozialversicherungsbeiträge in voller Höhe, also sowohl die Arbeitnehmer- als auch die Arbeitgeberanteile, und führt die Beiträge ab.

Zu den Beiträgen, die vom Träger übernommen werden, zählt auch der → *Zusatzbeitrag* in der Krankenversicherung. Zugrunde gelegt wird hierbei der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz (2026: 2,9 %).

DEÜV-Meldungen

Teilnehmer des BFD sind aufgrund der vom Gesetzgeber festgelegten Gleichstellung mit Personen, die ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr absolvieren, mit der Personengruppe „123" zu melden.

Umlagen

Betriebe, die der Umlagepflicht nach dem AAG unterliegen (→ *Umlagen*), haben für Teilnehmer am BFD lediglich Umlagen nach dem Ausgleichsverfahren U2 zu zahlen. Für die Abführung der Insolvenzgeldumlage hingegen gelten keine Besonderheiten.

C

Chronisch Kranke

Versicherte, die erkrankt sind an

- Asthma bronchiale,
- Brustkrebs,
- chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD),
- Diabetes mellitus Typ 1,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- koronarer Herzkrankheit,
- Osteoporose,

können an Disease Management Programmen (DMP = spezielle Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten) teilnehmen. Ziel ist es, die Versorgung chronisch kranker Menschen durch eine systematische und vorausschauende medizinische Betreuung zu verbessern. Sehr oft kann so der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden; viele Beschwerden im Alltag lassen sich verringern oder gar vermeiden.

Für eine gesunde Lebensführung bei einer der genannten Erkrankungen kann man selbst viel tun. Darüber hinaus wurden von Wissenschaftlern Behandlungsempfehlungen erarbeitet. Diese entsprechen dem neuesten Wissensstand und unterstützen den Arzt, immer die aktuellen und wirksamsten Behandlungsmethoden anzuwenden.

Somit kann jeder Versicherte, welcher an einem DMP teilnimmt, von diesen Empfehlungen profitieren.

Die Teilnahme an einem DMP ist freiwillig. Versicherte, die chronisch krank sind, können mit dem behandelnden Arzt darüber sprechen und sich die Vorteile sichern; diese sind vor allem

- mehr Sicherheit durch eine umfassende Betreuung auf der Basis gesicherter medizinischer Erkenntnisse,
- sinnvolle Koordination aller Behandlungsschritte durch einen medizinischen Ansprechpartner ihres Vertrauens – den von ihnen gewählten Arzt,
- weniger Komplikationen und weniger Folgeerkrankungen,
- Rat und Unterstützung für ihren persönlichen Umgang mit der Krankheit,
- mehr Lebensqualität.

Siehe auch → *Belastungsgrenze*

D

Direktversicherung

Bei der Direktversicherung schließt der Arbeitgeber eine Lebens- oder Rentenversicherung für seine Beschäftigten ab. Bezugsberechtigt für die Leistungen sind der Arbeitnehmer oder seine Hinterbliebenen. Die Beiträge werden vom Arbeitgeber erbracht und/oder vom Arbeitnehmer durch Entgeltumwandlung geleistet (§ 1 Abs. 2 BetrAVG).

→ *Betriebliche Altersversorgung*

E

Ein-Euro-Job

In zusätzlichen, im öffentlichen Interesse liegenden und wettbewerbsneutralen Arbeitsgelegenheiten (sog. Ein-Euro-Jobs) können die Leistungsempfänger zusätzlich zum Bürgergeld eine angemessene Entschädigung für Mehraufwendungen erhalten, ohne dass dieses Einkommen auf die Leistung angerechnet wird. In der Praxis beträgt diese Entschädigung 1,00 bis 2,00 Euro pro Stunde.

Sozialversicherungsrechtlich werden diese Arbeitsgelegenheiten nicht als Beschäftigung gewertet, so dass eine Beitragspflicht der Ein-Euro-Jobs zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie zur Unfallversicherung nicht vorliegt. Ein Unfallversicherungsschutz ist über die Einsatzstelle sichergestellt.

Eingliederungszuschuss

Unternehmen können zur Eingliederung eines Beschäftigten, dessen Vermittlung wegen in seiner Person liegender Gründe erschwert ist, einen Eingliederungszuschuss erhalten.

Die Förderhöhe und die Förderdauer richten sich nach dem Umfang der Einschränkung der Arbeitsleistung des Beschäftigten (Minderleistung) und nach den Anforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes. Der Eingliederungszuschuss ist vor Arbeitsaufnahme bei der Agentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter zu beantragen.

Die Förderung kann bis zu einer Höhe von 50 % des regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts sowie des pauschalierten Arbeitgeberanteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag für die Dauer von längstens zwölf Monaten als monatlicher Zuschuss geleistet werden. Für ältere, behinderte und schwerbehinderte Menschen sowie für Langzeitarbeitslose kann ein erweiterter Leistungsumfang gelten.

Beim Eingliederungszuschuss handelt es sich um eine Ermessensleistung der aktiven Arbeitsförderung, über die die örtlichen Agenturen für Arbeit bzw. Jobcenter sowohl dem Grunde nach als auch in Bezug auf Höhe und Dauer der Leistung im Rahmen der einschlägigen gesetzlichen Regelungen eigenständig und nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden.

Anträge zu diesen Leistungen werden nach vorangegangener Beratung von den örtlich zuständigen Agenturen für Arbeit bzw. Jobcentern ausgegeben.

Einmalzahlungen

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind Zuwendungen, die dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind und nicht für die Arbeit in einem einzelnen Entgeltabrechnungszeitraum gezahlt werden, sondern aus einem bestimmten Anlass gewährt werden. Hierzu gehören z. B. Weihnachtsgelder oder zusätzliche Gehälter, Gratifikationen, Gewinnbeteiligungen, zusätzliche Urlaubsgelder sowie Urlaubsabgeltungen.

Kein einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind hingegen

- die Abgeltung bestimmter Aufwendungen des Beschäftigten, die auch im Zusammenhang mit der Beschäftigung stehen,
- Waren oder Dienstleistungen, die vom Arbeitgeber nicht überwiegend für den Bedarf seiner Beschäftigten hergestellt, vertrieben oder erbracht werden und monatlich in Anspruch genommen werden können,
- sonstige Sachbezüge oder
- vermögenswirksame Leistungen.

Für die Beitragsberechnung bei Einmalzahlungen sind folgende Punkte zu prüfen bzw. zu beachten:

1. Zuordnung des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts

Die Einmalzahlung ist grundsätzlich dem Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen, in dem sie ausgezahlt wird. Die Zahlung kann auch dem vorhergehenden Entgeltabrechnungszeitraum zugeordnet werden, wenn dieser Zeitraum zum Zeitpunkt der Auszahlung der Einmalzahlung noch nicht abgerechnet ist. Erfolgt die Einmalzahlung erst nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses, ist sie dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum desselben Kalenderjahres zuzuordnen, auch wenn dieser nicht mit Entgelt belegt ist. Bei Abgeltungen von Arbeitszeitguthaben bei beendeter oder ruhender Beschäftigung ist das ausgezahlte Entgeltguthaben auch dann dem letzten Abrechnungszeitraum zuzuordnen, wenn dieser nicht im laufenden Kalenderjahr liegt.

In der Zeit vom 01.01. bis 31.03. einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des vergangenen Kalenderjahres zuzuordnen, wenn es von demselben Arbeitgeber gezahlt wird und zusammen mit dem sonstigen für das laufende Kalenderjahr festgestellten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt die anteilige Beitragsbemessungsgrenze übersteigt (→ *Märzklausel*).

2. Höhe der anteiligen Jahres-Beitragsbemessungsgrenze (BBG)

Die anteilige Jahres-BBG entspricht der Dauer aller Beschäftigungsverhältnisse bei demselben Arbeitgeber im laufenden Kalenderjahr bis zum Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraumes, dem das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt zuzuordnen ist; auszunehmen sind Zeiten, die nicht mit Beiträgen aus laufendem (nicht einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt belegt sind.

3. Höhe des bisherigen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts

Bei der Ermittlung des bisher beitragspflichtigen Arbeitsentgelts werden sowohl laufendes Arbeitsentgelt als auch bereits früher gezahlte Einmalzahlungen berücksichtigt. Das Arbeitsentgelt ist jedoch nur soweit heranzuziehen, als es der Beitragspflicht unterliegt. Die zu beurteilende Einmalzahlung wird hierbei nicht berücksichtigt.

4. Ermittlung des beitragspflichtigen Teils der Einmalzahlung

Der beitragspflichtige Teil der Einmalzahlung wird ermittelt, indem eine Vergleichsberechnung zwischen der anteiligen Jahres-BBG und dem bisher beitragspflichtigen Arbeitsentgelt vorgenommen wird. Die anteilige Jahres-BBG wird dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt für denselben Zeitraum gegenübergestellt. Übersteigt die Einmalzahlung die Differenz der beiden Werte nicht, so unterliegt sie in voller Höhe der Beitragspflicht. Wird der ermittelte Differenzbetrag hingegen überschritten, unterliegt die Einmalzahlung nur in Höhe des Differenzbetrags der Beitragspflicht.

Einstrahlung

Die Einstrahlung kommt zum Tragen, wenn ein Arbeitnehmer, dessen Beschäftigungsverhältnis im Ausland besteht, zeitlich begrenzt nach Deutschland entsandt wird. Diese Konstellation hat zur Folge, dass die deutschen Regelungen zur Sozialversicherung nicht gelten. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 5 SGB IV.

Nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) haben nach Deutschland entsandte Arbeitnehmer nicht nur Anspruch auf den gesetzlichen Mindestlohn, sondern auch auf den Tariflohn aus allgemeinverbindlichen Tarifverträgen. Hinzu kommt, dass

ihnen u. a. auch Weihnachts- und Urlaubsgeld sowie Schmutz- und Gefahrenzulagen zu zahlen sind.

Der gegenteilige Sachverhalt zur Einstrahlung ist die sog. → *Ausstrahlung* (§ 4 SGB IV).

Einzugsstelle

Der → *Gesamtsozialversicherungsbeitrag* ist an die zuständige Einzugsstelle (Krankenkasse, Minijob-Zentrale) zu zahlen. Die Einzugsstelle überwacht die Einreichung des Beitragsnachweises und die Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags. Beitragsansprüche, die nicht rechtzeitig erfüllt worden sind, hat die Einzugsstelle geltend zu machen.

Zuständige Einzugsstelle für den → *Gesamtsozialversicherungsbeitrag* ist die Krankenkasse, von der die Krankenversicherung durchgeführt wird. Für Beschäftigte, die bei keiner Krankenkasse versichert sind, werden Beiträge zur Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung an die Einzugsstelle gezahlt, die der Arbeitgeber (in entsprechender Anwendung des § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V) gewählt hat.

Zuständige Einzugsstelle für geringfügig Beschäftigte (auch für geringfügig Beschäftigte im Privathaushalt) ist allein die Knappschaft-Bahn-See (Minijob-Zentrale) in Essen. Sie nimmt die vom Arbeitgeber zu zahlenden Pauschalbeiträge für geringfügig entlohnte Beschäftigte entgegen und zieht auch die Rentenversicherungsbeiträge ein, die von den geringfügig entlohnten Beschäftigten zu zahlen sind. Mithin sind auch sämtliche Meldungen für geringfügig entlohnte Beschäftigte gegenüber der Minijob-Zentrale zu erstatten. Entsprechendes gilt für die Meldungen für kurzfristig Beschäftigte.

Einzugsstellen für die Beiträge zur gesetzlichen → *Unfallversicherung* sind die jeweiligen Unfallversicherungsträger (Ausnahme: geringfügig Beschäftigte im Privathaushalt).

Elektronische AU-Bescheinigung (eAU)

Die Arztpraxen übermitteln die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen elektronisch an die Krankenkassen (elektronische AU-Bescheinigung – eAU). Bis Ende 2022 wurde neben der digitalen Übermittlung der AU-Daten an die Krankenkassen weiterhin eine Papierbescheinigung zur Vorlage beim Arbeitgeber ausgestellt. Seit Anfang 2023 besteht für gesetzlich Krankenversicherte keine Nachweispflicht mehr, sondern nur die Anzeigepflicht; sie müssen ihren Arbeitgeber also weiterhin unverzüglich über die Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer informieren. Der Arbeitgeber fordert für Zeiträume, für die ein Beschäftigungsverhältnis bei ihm besteht oder bestand, die AU-Daten bei der Krankenkasse elektronisch an.

Ist der Arbeitnehmer nicht gesetzlich versichert oder handelt es sich nicht um einen Vertragsarzt, besteht die Verpflichtung zur Vorlage einer AU-Bescheinigung beim Arbeitgeber fort.

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) werden für Versicherte und Leistungserbringer verschiedene Anwendungen bereitgestellt. Eine Reihe von Funktionen wurden vom Gesetzgeber verbindlich vorgeschrieben.

So sind auf der elektronischen Gesundheitskarte sog. administrative Daten bzw. Verwaltungsdaten gespeichert. Hierzu gehören die Daten des Versicherten wie z. B. Name, Geburtsdatum, Anschrift und Versichertenstatus.

Auf der Rückseite der elektronischen Gesundheitskarte befindet sich die Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card – EHIC). Mit der EHIC können medizinische Leistungen in allen Ländern der Europäischen Union (EU), in Island, Liechtenstein, Norwegen (EWR) sowie in Serbien, Montenegro, Mazedonien, in der Schweiz, im Vereinigten Königreich Großbritannien und in Nordirland in Anspruch genommen werden. Hierzu ist die EHIC bei einem Unfall oder bei einer akuten Behandlung meist nur einem „Vertrags-Arzt" (Zahnarzt, Krankenhaus) vorzulegen, der über das staatliche Gesundheitswesen abrechnet. Informationen zu Besonderheiten in den einzelnen Reiseländern stehen auf der Internetseite der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland zur Verfügung: www.dvka.de. Unabhängig davon empfiehlt sich der Abschluss einer zusätzlichen privaten Auslandsreise-Krankenversicherung.

Elterngeld

Elterngeld ist eine Leistung für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern und soll einen Ausgleich schaffen, falls die Eltern weniger Einkommen haben, weil sie nach der Geburt zeitweise weniger oder gar nicht mehr arbeiten.

Elterngeld gibt es in drei Varianten, die miteinander kombiniert werden können:

- Basiselterngeld,
- ElterngeldPlus,
- Partnerschaftsbonus.

Basiselterngeld

Geburten bis 31.03.2024
Das Basiselterngeld kann vom Tag der Geburt bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats des Kindes bezogen werden. Dabei erhält ein Elternteil Elterngeld für höchstens zwölf Monate. Nimmt sich auch der andere Elternteil Zeit für die Betreuung und Erziehung und verzichtet mindestens zwei Monate auf die volle Erwerbstätigkeit, können beide Elternteile zusammen insgesamt 14 Monate Elterngeld beziehen. Für seit dem 01.09.2021 frühgeborene Kinder erhöht sich der Elterngeldanspruch um bis zu vier Monate.

Geburten seit dem 01.04.2024
Mit dem Haushaltsfinanzierungsgesetz 2024 hat die Bundesregierung u. a. Änderungen beim Elterngeld beschlossen. So ist ein gleichzeitiger Bezug von Basiselterngeld für Geburten seit dem 01.04.2024 grundsätzlich nur für maximal einen Monat und nur innerhalb der ersten 12 Lebensmonate des Kindes möglich.

Ausnahmen:

- Eltern von besonders früh geborenen Kindern, die mindestens sechs Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin geboren werden,
- Eltern von Zwillingen, Drillingen und weiteren Mehrlingen sowie
- Eltern von neugeborenen Kindern mit Behinderung und Geschwisterkindern mit Behinderung, für die sie den Geschwisterbonus erhalten,

können Basiselterngeld für mehr als einen Monat gleichzeitig bekommen.

Sobald einer der Elternteile ElterngeldPlus bezieht, kann der andere Elternteil auch länger als einen Monat gleichzeitig Basiselterngeld oder ElterngeldPlus bekommen.

Basiselterngeld kann weiter grundsätzlich bis zum 14. Lebensmonat des Kindes bezogen werden, wenn beide Elterngeld beantragen und einer der Elternteile weniger Einkommen hat als davor. Ab dem 13. Lebensmonat kann ein Elternteil allerdings nur dann Basiselterngeld bekommen, wenn der andere Elternteil im selben Zeitraum entweder kein Elterngeld oder ElterngeldPlus bezieht.

ElterngeldPlus

ElterngeldPlus können Eltern doppelt so lange erhalten wie Basiselterngeld: Ein Monat Basiselterngeld entspricht zwei Monaten ElterngeldPlus. Wenn Eltern nach der Geburt nicht arbeiten, ist das ElterngeldPlus halb so hoch wie das Basiselterngeld. Arbeiten Eltern nach der Geburt in Teilzeit, kann das monatliche ElterngeldPlus genauso hoch sein wie das monatliche Basiselterngeld mit Teilzeit.

Partnerschaftsbonus

Eltern, die sich für ein partnerschaftliches Zeitarrangement entscheiden, erhalten einen Partnerschaftsbonus. Sie bekommen zwei bis vier zusätzliche ElterngeldPlus-Monate, wenn sie in dieser Zeit gleichzeitig zwischen 24 und 32 Wochenstunden arbeiten (Geburten seit dem 01.09.2021). Dies gilt auch für getrennt erziehende Eltern, die als Eltern gemeinsam in Teilzeit gehen. Alleinerziehenden steht der gesamte Partnerschaftsbonus zu.

Höhe des Elterngeldes

Je nach Einkommen beträgt das Basiselterngeld zwischen 300,00 Euro und 1.800,00 Euro im Monat und das ElterngeldPlus zwischen 150,00 Euro und 900,00 Euro im Monat. Höhere Beträge kann es geben, wenn bereits Kinder vorhanden sind oder Eltern Zwillinge, Drillinge oder weitere Mehrlinge bekommen.

Elternzeit

Mütter und/oder Väter, die ihr Kind im eigenen Haushalt betreuen, haben bis zu 36 Monate Anspruch auf Elternzeit. Während dieser Elternzeit kann bis zu 32 Wochenstunden (Geburten bis 31.08.2021: 30 Wochenstunden) gearbeitet werden.

Von den insgesamt drei Jahren Elternzeit können zwei Jahre zwischen dem dritten und achten Geburtstag des Kindes genommen werden. Eine Zustimmung des Arbeitgebers ist nicht erforderlich. Allerdings muss die Elternzeit nach dem dritten Geburtstag des Kindes 13 Wochen vorher angemeldet werden – Elternzeit vor dem dritten Geburtstag lediglich sieben Wochen vorher.

Sobald der Arbeitgeber die Elternzeiterklärung erhalten hat, besteht Kündigungsschutz bis zum Ende der Elternzeit. Allerdings kann in besonderen Fällen ausnahmsweise eine Kündigung für zulässig erklärt werden. Der Kündigungsschutz beginnt frühestens acht Wochen vor Beginn einer Elternzeit bis zum vollendeten dritten Lebensjahr des Kindes und frühestens 14 Wochen vor Beginn einer Elternzeit zwischen dem dritten Geburtstag und dem vollendeten achten Lebensjahr des Kindes.

Die Eltern benötigen eine Zustimmung des Arbeitgebers, wenn Elternzeit (höchstens zwölf Monate) auf die Zeit zwischen dem dritten und achten Lebensjahr übertragen werden soll.

Für versicherungspflichtig Beschäftigte bleibt die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung während der Elternzeit beitragsfrei bestehen, sofern kein Arbeitsentgelt erzielt wird.

Seit Anfang 2024 müssen Arbeitgeber Beginn und Ende einer Elternzeit im maschinellen Meldeverfahren zusätzlich zur Unterbrechungsmeldung übermitteln. Dies gilt nicht für privatversicherte Arbeitnehmer und geringfügig entlohnte Beschäftigte.

Die Meldung der Elternzeit ist grundsätzlich nur vorzunehmen, wenn die Beschäftigung durch die Elternzeit mindestens einen Kalendermonat unterbrochen ist (bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern ist die Meldung unabhängig von der Kalendermonatsfrist zu erstellen).

Empfängnisregelung

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung zu Fragen der Empfängnisregelung. Für Frauen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres werden die Kosten abzüglich der ggf. anfallenden Zuzahlung für die verordneten empfängnisverhütenden Mittel übernommen (§ 24a SGB V).

→ *Schwangerschaftsabbruch*

Entgeltfortzahlung

Wird ein Arbeitnehmer durch → *Arbeitsunfähigkeit* infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, so hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung in Höhe von 100 % des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen.

Der Anspruch entsteht nach vierwöchiger ununterbrochener Dauer des Arbeitsverhältnisses. Arbeitnehmer, die nach Beginn der Beschäftigung, aber vor Ablauf der vier Wochen erkranken, erhalten → *Krankengeld* bis zum Ablauf der Wartezeit.

Ist bereits zum Zeitpunkt der vereinbarten Arbeitsaufnahme die Arbeitsleistung wegen Arbeitsunfähigkeit unmöglich, so beginnt die vierwöchige Wartezeit mit dem Tag der vereinbarten Arbeitsaufnahme. Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung entsteht in diesen Fällen ab der fünften Woche der vereinbarten Arbeitsaufnahme. Voraussetzung ist, dass der Arbeitsvertrag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen wurde.

Bis Ende 2022 war der Arbeitnehmer verpflichtet, seinem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen (Anzeigepflicht) und spätestens am ersten Arbeitstag nach Ablauf des dritten Kalendertages nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer vorzulegen (Nachweispflicht). Im Zusammenhang mit der Einführung der → *elektronischen AU-Bescheinigung (eAU)* ist diese Nachweispflicht entfallen. Seit Anfang 2023 besteht für gesetzlich Krankenversicherte nur noch die Anzeigepflicht; sie müssen ihren Arbeitgeber also weiterhin unverzüglich über die Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer informieren (§ 5 EntgFG).

Hält sich der Arbeitnehmer bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Ausland auf, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer und die Adresse am Aufenthaltsort in der schnellstmöglichen Art und Weise mitzuteilen. Die durch die Mitteilung entstehenden Kosten hat der Arbeitgeber zu tragen. Darüber hinaus ist der Arbeitnehmer, wenn er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, verpflichtet, auch dieser die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen.

Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so verliert er wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit den Anspruch für einen weiteren Zeitraum von höchstens sechs Wochen nicht,

1. wenn er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder

2. wenn seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.

Erwerbsminderung

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit ist eine infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann. Die Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung wird unabhängig vom Lebensalter gewährt.

Eine Rente wegen Erwerbsminderung erhalten gesetzlich Rentenversicherte, die

- voll oder teilweise erwerbsgemindert sind,

- in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge in die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt und

- die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die auf nicht absehbare Zeit aus gesundheitlichen Gründen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich keine sechs Stunden mehr tätig sein können. Voll erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt täglich keine drei Stunden mehr tätig sein kann.

Auf die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren sind anzurechnen:

- Beitragszeiten (Pflicht- und freiwillige Beiträge),
- Kindererziehungszeiten,
- Zeiten aus dem Versorgungsausgleich und dem Rentensplitting unter Ehegatten,
- Zeiten geringfügig entlohnter Beschäftigung bei Verzicht auf die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht,
- Ersatzzeiten (z. B. Wehr- oder Zivildienst).

Die Wartezeit gilt als erfüllt, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalles oder einer Schädigung während des Wehr- oder Bundesfreiwilligendienstes eingetreten ist. In diesen Fällen genügt ein Pflichtbeitrag (Beitragszahlung innerhalb eines Kalendermonats).

Für Berufsanfänger gilt die Wartezeit ebenfalls als erfüllt. Berufsanfänger in diesem Sinne sind alle Versicherten, die vor Ablauf von sechs Jahren nach Beendigung einer Ausbildung voll erwerbsgemindert sind und in den letzten zwei Jahren vor Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens ein Jahr Pflichtbeiträge entrichtet haben. Der Zeitraum von zwei Jahren vor Eintritt der vollen Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zu sieben Jahre.

Existenzgründer

Hauptberuflich Selbstständige müssen für ihre **Krankenversicherung** selbst sorgen. Dabei haben sie die Wahl zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung.

Grundsätzlich sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in der **sozialen Pflegeversicherung** versicherungspflichtig. Dies gilt auch für freiwillig Versicherte. Für sie besteht jedoch die Möglichkeit, einen Befreiungsantrag innerhalb von drei Monaten zu stellen, wenn der Nachweis einer entsprechenden privaten Versicherung erbracht werden kann. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Selbstständige in bestimmten Berufsgruppen sind pflichtversichert in der **gesetzlichen Rentenversicherung**. Alle anderen Selbstständigen können innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme ihrer Selbstständigkeit die Versicherungspflicht beantragen. Zudem können sich Existenzgründer gegen das Risiko der Arbeitslosigkeit versichern, sofern die selbstständige Tätigkeit tatsächlich mindestens 15 Stunden wöchentlich ausgeübt wird. Eine **Arbeitslosenversicherung** auf Antrag ist jedoch nur möglich, wenn der Antragsteller innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis stand oder unmittelbar davor (Unterbrechung maximal ein Monat) eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III (z. B. Arbeitslosengeld) bezogen hat.

Existenzgründer können von der Bundesagentur für Arbeit unter bestimmten Voraussetzungen einen **Gründungszuschuss** beziehen. Allerdings kann dieser in der Regel nur Personen gewährt werden, die aus der Arbeitslosigkeit heraus eine Selbstständigkeit anstreben und bei Aufnahme der Selbstständigkeit noch einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens 150 Tagen haben.

F

Fahrkosten

Fahrten zur ambulanten Behandlung sind vorab durch die Krankenkasse zu genehmigen; darüber hinaus dürfen diese nur in ganz besonderen medizinischen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen werden.

Die Genehmigung der Krankenkasse für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung gilt als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,

2. Pflegegrad 3, 4 oder 5; bei Einstufung in den Pflegegrad 3 zusätzlich eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität.

Weiterhin werden von der Krankenkasse Fahrkosten übernommen:

- Bei stationärer Krankenhausbehandlung; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus.

- Bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus, auch dann, wenn sich eine stationäre Behandlung als nicht erforderlich erweisen sollte.

- Bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt unbedingt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport).

- Bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Bei allen Fahrten beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten, mindestens 5,00 Euro und höchstens 10,00 Euro, allerdings nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Eigenbeteiligung ist auch von Versicherten zu leisten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für Fahrkosten zur medizinischen Rehabilitation sind keine Zuzahlungen zu leisten.
→ *Belastungsgrenze*

Fälligkeit der Beiträge

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist spätestens am drittletzten Bankarbeitstag desselben Monats fällig. Dies bedeutet für die Entgeltabrechnung und das Zusammenfassen der Beiträge im → *Beitragsnachweis* Folgendes:

- Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag muss spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Tätigkeitsmonats für die → *Einzugsstelle* verfügbar sein, ggf. hat der Arbeitgeber die voraussichtliche Beitragshöhe gewissenhaft zu schätzen.

- Arbeitgeber können die Beiträge auch nach dem Vormonatssoll zahlen, wenn der tatsächliche Wert für den laufenden Monat noch nicht feststeht.

- Der Ausgleich zwischen der voraussichtlichen Beitragshöhe und der „tatsächlichen" Beitragshöhe erfolgt im Folgemonat.

Fälligkeitstage 2026

Monat	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni
Tag	28.	25.	27.	28.	27.	26.

Monat	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Tag	29.	27.	28.	28.	26.	28.

Der Fälligkeitstag gilt einheitlich auch für die → *Umlagen* (U 1, U 2) nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz und für die Insolvenzgeldumlage.

Geschuldete Beiträge der Unfallversicherung werden am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem der Beitragsbescheid dem Zahlungspflichtigen bekannt gegeben worden ist; entsprechendes gilt für Beitragsvorschüsse, wenn der Bescheid hierüber keinen anderen Fälligkeitstermin bestimmt.

Familienversicherung

In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sind Ehegatten bzw. Lebenspartner (in eingetragenen Lebenspartnerschaften) und Kinder des Mitglieds sowie Kinder von familienversicherten Kindern unter bestimmten Voraussetzungen kostenfrei über das Mitglied mitversichert (§ 10 SGB V, § 25 SGB XI).

Kinder sind

- alle Kinder im Sinne des BGB (eheliche, nichteheliche und adoptierte Kinder),
- Stiefkinder bzw. Kinder des Lebenspartners (i.S.d. LPartG) und Enkel, die das Mitglied überwiegend unterhält oder in seinen Haushalt aufgenommen hat,
- Pflegekinder, die wie Kinder durch häusliche Gemeinschaft mit Eltern verbunden sind,
- Adoptionspflegekinder, wenn die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt worden ist.

Folgende Voraussetzungen müssen zur Durchführung der Familienversicherung erfüllt sein:

- Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland,
- keine eigene vorrangige Versicherung,
- keine Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht,
- keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit,
- kein Gesamteinkommen von mehr als 565,00 Euro (2026) bzw. bei geringfügig entlohnter Beschäftigung von mehr als 603,00 Euro (2026) im Monat (→ *Abfindungen* sind ggf. zu berücksichtigen).

Kinder sind mitversichert

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

- bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch einen freiwilligen Dienst oder eine gesetzliche Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, kann die Familienversicherung für die Dauer dieses Dienstes über das 25. Lebensjahr hinaus verlängert werden, maximal jedoch für zwölf Monate; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,

- ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind familienversichert oder die Familienversicherung nur wegen bestimmter Vorrangversicherungen ausgeschlossen war.

Sind die Voraussetzungen für eine Familienversicherung bei verschiedenen Krankenkassen erfüllt, wählt das Mitglied die Krankenkasse, die die Familienversicherung durchführen soll.

Kinder können nicht beitragsfrei mitversichert werden, wenn

- nur der Elternteil mit dem geringeren Einkommen Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist und

- das Einkommen (ohne Familienzuschläge) des höherverdienenden Elternteils 6.450,00 Euro (2026) im Monat übersteigt und

- die Eltern miteinander verheiratet sind oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft besteht.

Ausgeschlossen ist eine Familienversicherung für die Zeit der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz und der Elternzeit, wenn vor diesen Zeiträumen zuletzt keine gesetzliche Krankenversicherung bestanden hat.

Flexible Arbeitszeiten

Die → *Versicherungspflicht* Beschäftigter ist regelmäßig von einem Beschäftigungsverhältnis und einer tatsächlichen Arbeitsleistung gegen Arbeitsentgelt abhängig.

Verschiedene Arbeitszeitmodelle sehen vor, dass Arbeitnehmer in einem bestimmten Zeitraum keine Arbeitsleistungen zu erbringen haben, jedoch ein Arbeitsentgelt erhalten, das durch tatsächliche Arbeitsleistung vor oder nach der Freistellungsphase erzielt wird (Wertguthaben).

Die in den einzelnen Versicherungszweigen bestehenden versicherungsrechtlichen Regelungen finden grundsätzlich auch für Arbeitnehmer Anwendung, deren Arbeitszeit flexibel gestaltet ist.

So besteht nach § 7 Abs. 1a SGB IV eine Beschäftigung auch in Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung von mehr als einem Monat fort,

- wenn während der Freistellung Arbeitsentgelt aus einem Wertguthaben (§ 7b SGB IV) fällig ist und

- das monatlich fällige Arbeitsentgelt in der Zeit der Freistellung nicht unangemessen von dem für die vorausgegangenen zwölf Kalendermonate abweicht, in denen Arbeitsentgelt bezogen wurde.

Flexible Arbeitszeitregelungen, auf die die gesetzlichen Regelungen nach § 7 Abs. 1a SGB IV Anwendung finden sollen, bedürfen der vorherigen schriftlichen Vereinbarung (Wertguthabenvereinbarung). Dies können sein:

- tarifliche Regelungen,

- Betriebsvereinbarungen,

- einzelvertragliche Vereinbarungen.

Anspruch bei gesetzlicher Freistellung

Die Verwendung des Wertguthabens kann vom Arbeitnehmer bei gesetzlichen Freistellungen auch ohne konkrete vorherige Regelung in der Wertguthabenvereinbarung beansprucht werden. Dies gilt jedoch nur für gesetzlich geregelte Freistellungen von der Arbeitsleistung oder gesetzlich geregelte Verringerungen der Arbeitszeit, insbesondere bei

- der Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz,
- der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz sowie
- einer Teilzeitbeschäftigung nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz.

Insolvenzsicherung

Für Unternehmen besteht eine Verpflichtung zur Insolvenzsicherung des Wertguthabens, wenn

- das Wertguthaben die monatliche Bezugsgröße (2026: 3.955,00 Euro) übersteigt und
- für die beabsichtigte Zeit der Freistellung ein Anspruch auf Insolvenzgeld (ggf. zum Teil) nicht besteht.

Die Insolvenzsicherung hat mit der erstmaligen Einstellung von Arbeitsentgelt in ein Wertguthaben für das vollständige Wertguthaben zu beginnen, wenn in vorausschauender Betrachtungsweise absehbar ist, dass das Wertguthaben in der Ansparphase die monatliche Bezugsgröße überschreiten und die Freistellungsphase den Zeitraum übersteigen wird, in dem ein Anspruch auf Insolvenzgeld besteht.

Eine vorzeitige Beendigung, Auflösung oder Kündigung der Insolvenzsicherungsmaßnahme ist nur mit Zustimmung des Arbeitnehmers und nur dann möglich, wenn sie durch einen mindestens gleichwertigen Insolvenzschutz ersetzt wird.

Die Einhaltung dieser Vorgaben wird von der Deutschen Rentenversicherung bei der → *Betriebsprüfung* der Arbeitgeber kontrolliert.

Freiwillige Versicherung

Krankenversicherung (§§ 9, 188 SGB V)

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen können ihre Mitgliedschaft nach dem Ende der Versicherungspflicht grundsätzlich freiwillig fortsetzen.

Die freiwillige Mitgliedschaft kommt dann nicht zum Tragen, wenn das Mitglied innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse seinen Austritt erklärt. Voraussetzung ist allerdings, dass das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird (z. B. durch eine private Krankenversicherung) und dieser anderweitige Anspruch sich nahtlos an die vorangegangene Versicherung anschließt.

Darüber hinaus besteht für bestimmte Personenkreise die Möglichkeit, eine freiwillige Versicherung auf Antrag abzuschließen.

So können z. B. Berufsanfänger, die wegen Überschreitens der → *Jahresarbeitsentgeltgrenze* von Beschäftigungsbeginn an versicherungsfrei sind, auf Antrag eine freiwillige Krankenversicherung abschließen.

Eine GKV-Vorversicherungszeit muss von den Berufsanfängern bei Wahl der freiwilligen Krankenversicherung nicht erfüllt werden; allerdings ist das Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung spätestens innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsaufnahme auszuüben.

Für freiwillige Mitglieder wird die **Beitragsbemessung** durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt (§ 240 Abs. 1 SGB V). Als beitragspflichtige Einnahmen gelten 2026 bei freiwilligen Mitgliedern mindestens 1.318,33 Euro monatlich (90. Teil der monatlichen Bezugsgröße von 3.955,00 Euro x 30 Tage).

Höchstens werden die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge freiwilliger Mitglieder aus der Beitragsbemessungsgrenze (2026: 5.812,50 Euro monatlich) berechnet.

Pflegeversicherung (§ 26 SGB XI)

Personen, die aus der Pflegeversicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate versichert waren, können sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern, sofern für sie keine Versicherungspflicht als privat Krankenversicherter eintritt. Dies gilt auch für Personen, deren Familienversicherung beendet ist.

Der Antrag auf Weiterversicherung ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung zu stellen.

Die **Beitragsbemessung** für diesen Personenkreis wird analog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen.

Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag weiterversichern. Der Antrag ist bis spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand. Als beitragspflichtige Einnahme für diesen Personenkreis gelten 2026 im Monat 659,17 Euro (180. Teil der monatlichen Bezugsgröße von 3.955,00 Euro x 30 Tage).

Rentenversicherung (§ 7 SGB VI)

Personen, die nicht nach den §§ 1 bis 3 SGB VI (Beschäftigte, selbstständig Tätige, sonstige Personen) versicherungspflichtig sind, können sich für Zeiten von der Vollendung des 16. Lebensjahres an freiwillig versichern. Dies gilt auch für Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

Beitragsbemessung: Die Höhe der freiwilligen Beiträge kann selbst festgelegt und jederzeit verändert werden. Für das Jahr 2026 können freiwillige Beiträge zwischen (603,00 Euro x 18,6 % =) 112,16 Euro und (8.450,00 Euro x 18,6 % =) 1.571,70 Euro pro Monat gezahlt werden. Auch die Anzahl der Monate, in denen freiwillige Beiträge gezahlt werden, ist frei wählbar. Ein einmal gezahlter Beitrag lässt sich nachträglich allerdings nicht mehr ändern.

Unfallversicherung (§ 6 SGB VII)

Auf schriftlichen Antrag können sich **Unternehmer** und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner freiwillig versichern, sofern die jeweilige Berufsgenossenschaft für sie nicht bereits eine Unternehmerpflichtversicherung kraft Satzung vorsieht. Auch Personen, die in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften regelmäßig wie Unternehmer selbstständig tätig sind – z. B. Gesellschafter-Geschäftsführer mit beherrschender Stellung – können sich freiwillig unfallversichern.

Arbeitslosenversicherung (§ 28a SGB III)

Personenkreis
Für bestimmte Personengruppen ist in der Arbeitslosenversicherung eine Versicherungspflicht auf Antrag möglich:

- Selbstständig Tätige (Tätigkeitsumfang mindestens 15 Stunden wöchentlich),
- Personen, die eine Tätigkeit außerhalb der EU, des EWG-Wirtschaftsraums oder der Schweiz ausüben (Tätigkeitsumfang mindestens 15 Stunden wöchentlich),
- Personen in Elternzeit, die ein Kind nach Vollendung seines dritten Lebensjahrs betreuen und erziehen oder
- Personen in einer beruflichen Weiterbildung, insbesondere einer Aufstiegsfortbildung.

Beginn und Ende
Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag, an dem erstmals die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind, im Falle einer vorangegangenen Pflegezeit jedoch frühestens mit dem Ende dieser Pflegezeit. Es endet mit dem Tag, an dem diese Voraussetzungen letztmals erfüllt sind, oder

- wenn der Versicherte eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bezieht,
- wenn Versicherungsfreiheit nach § 28 SGB III eintritt (z.B. Erreichen der Regelaltersgrenze in der Rentenversicherung),
- wenn der Versicherte länger als drei Monate mit der Beitragszahlung in Verzug ist,
- durch Kündigung des Versicherten; die Kündigung ist erstmals nach fünf Jahren möglich, die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende eines Kalendermonats.

Fristen und Anspruchsdauer

Für die Berechnung von Fristen in der Sozialversicherung gilt § 26 SGB X in Verbindung mit den §§ 187 bis 193 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Befreiung von der Pflegeversicherung für freiwillig Krankenversicherte

- Antrag muss innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung gestellt werden.

Entgeltfortzahlung

- Anspruchsdauer:
  bis zu sechs Wochen der AU, ggf. Vorerkrankungszeiten beachten.

Familienversicherung

- Anspruchsende:
  nach Tod des Mitglieds, ggf. noch ein Monat Leistungsanspruch für die Familienangehörigen nach Wegfall der Voraussetzungen.

Haushaltshilfe

- Anspruchsdauer:
  für die Dauer einer Vorsorgeleistung, bei häuslicher Krankenpflege, Krankenhausbehandlung oder medizinischer Rehabilitation;

  Ausnahme: für andere Fälle nach Satzungsregelung der Krankenkasse.

Häusliche Krankenpflege zur Vermeidung von stationärer Krankenhausbehandlung

- Anspruchsdauer:
  bis zu vier Wochen je Krankheitsfall; Ausnahme: Verlängerung durch Medizinischen Dienst (MD) möglich.

Krankengeld

- Anspruchsdauer:
  bis zu 78 Wochen je Krankheit innerhalb von drei Jahren, ggf. Vorerkrankungszeiten berücksichtigen.

- Anspruchsbeginn:
  bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von Beginn an, ansonsten ab Tag der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

- Anspruchsdauer (2026):
  Alleinerziehende (je Kalenderjahr): 30 Arbeitstage pro Kind, insgesamt maximal 70 Arbeitstage.

  Gemeinschaftlich Erziehende (je Kalenderjahr): 15 Arbeitstage pro Kind, insgesamt maximal 35 Arbeitstage je Erziehungsberechtigten.

Leistungen der Pflegeversicherung

- Vorversicherungszeit:
  zwei Jahre innerhalb der letzten zehn Jahre; bei erstmaliger Verhinderungspflege zusätzlich Pflege durch Pflegepersonen in den letzten sechs Kalendermonaten.

Meldungen

- Sofortmeldung: spätestens bei Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses

- Anmeldung: mit der nächsten Lohn- und Gehaltsabrechnung (spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Beschäftigungsbeginn)

- Abmeldung: mit der nächsten Lohn- und Gehaltsabrechnung (spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Beschäftigungsende)

- Jahresmeldung: mit der ersten auf das abgelaufene Jahr folgenden Lohn- und Gehaltsabrechnung, spätestens bis zum 15.02. des Folgejahres

- UV-Jahresmeldung: bis zum 16.02. des Folgejahres

- Unterbrechungsmeldung: zwei Wochen nach Ablauf des ersten vollen Kalendermonats der Unterbrechung

- Stornierungsmeldung: unverzüglich

- Beginn und Ende einer Elternzeit: mit der nächsten Lohn- oder Gehaltsabrechnung (spätestens innerhalb von 6 Wochen nach Beginn bzw. Ende der Elternzeit)

Mutterschaftsgeld

- Anspruchsdauer:
  14 Wochen und Entbindungstag
  bei mehreren lebendgeborenen Kindern, Frühgeburt oder ärztlich festgestellter Behinderung des Kindes: 18 Wochen und Entbindungstag.

  Achtung: bei vorzeitiger Entbindung Verlängerung der Anspruchsdauer um Zeitraum, der vor Entbindung nicht in Anspruch genommen werden konnte.

Nachgehender Leistungsanspruch in der GKV

- Anspruchsdauer:
  längstens ein Monat nach Ende der Pflichtmitgliedschaft (→ *Familienversicherung* hat Vorrang).

Nachweise zur Berechnung der Umlage in der Unfallversicherung

- Eingang bei der Berufsgenossenschaft
  spätestens sechs Wochen nach Ablauf eines Kalenderjahres.

  Achtung: Satzung kann Frist verlängern.

G

Gefahrklassen

Die Gefahrklasse ist Teil der Beitragsberechnung in der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Höhe der Beiträge ergibt sich aus:

- der Unfall- und Berufskrankheitengefährdung in einem Unternehmen oder Unternehmensteil (Gefahrklasse),
- der Lohn- und Gehaltssumme der Mitarbeiter im Unternehmen,
- der Anzahl, Schwere und Kosten der Unfälle und Berufskrankheiten im Unternehmen (Zuschlag oder Nachlass).

Die Gefahrklassen gelten für Unternehmensbereiche und werden ermittelt, indem die Entschädigungsleistungen für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, die für den Unternehmensbereich in einem bestimmten Zeitraum aufgewandt wurden, den Gesamtentgelten des Unternehmensbereichs für den gleichen Zeitraum gegenübergestellt werden.

Die Gefahrklasse drückt aus, wie viel Euro an Unfallentschädigungen beim jeweiligen Unternehmensbereich auf 1.000,00 Euro Gesamtentgelt entfallen sind.

Gefahrtarif

Im Rahmen der Rechtsetzungsmöglichkeiten wird der Gefahrtarif durch die jeweiligen Vertreterversammlungen der Berufsgenossenschaften festgelegt. Zur risikoorientierten Abstufung der Beiträge hat die Berufsgenossenschaft für die ihr angeschlossenen Gewerbezweige einen Gefahrtarif mit → *Gefahrklassen* zu bilden.

Die Gefahrklassen sind nicht nach einer einmal festgelegten abstrakten Gefahr zu bilden, sondern laufend – spätestens alle sechs Jahre – anzupassen, was gleichbedeutend ist mit der Überprüfung und Neuaufstellung des Gefahrtarifs.

Geringfügige Beschäftigung

Bei geringfügigen Beschäftigungen (§ 8 SGB IV) ist zwischen einer geringfügig entlohnten Beschäftigung und einer kurzfristigen Beschäftigung zu unterscheiden. Beide Beschäftigungsarten sind grundsätzlich sozialversicherungsfrei (Ausnahme: Rentenversicherungspflicht für geringfügig entlohnte Beschäftigungen). Die zu erstellenden Meldungen werden vom Arbeitgeber an die Knappschaft-Bahn-See (Minijob-Zentrale) erstattet.

Geringfügig entlohnte Beschäftigung

Die Entgeltgrenze für geringfügig entlohnte Beschäftigungen war bis 30.09.2022 ein fixer Wert und betrug 450,00 Euro. Seit dem 01.10.2022 orientiert sich die Geringfügigkeitsgrenze am gesetzlichen → *Mindestlohn* und ist damit dynamisch ausgestaltet. Die Formel zur Berechnung der Geringfügigkeitsgrenze legt eine Wochenarbeitszeit von 10 Stunden in Höhe des Mindeststundenlohns zugrunde. Sie berechnet sich, indem der jeweils geltende Mindestlohn mit 130 vervielfacht, durch 3 geteilt und auf volle Euro aufgerundet wird. Die Zahl 130 entspricht dabei 13 Wochen (= 3 Monate) mit einer Wochenarbeitszeit von 10 Stunden.

Mit der zum 01.01.2026 in Kraft getretenen Anhebung des gesetzlichen Mindestlohns auf 13,90 Euro brutto je Zeitstunde hat sich die Geringfügigkeitsgrenze daher auf 603,00 Euro (gerundet) monatlich erhöht (13,90 Euro x 130 : 3).

Der Arbeitgeber zahlt für eine geringfügig entlohnte Beschäftigung Pauschalbeiträge zur Krankenversicherung in Höhe von 13 % sowie 15 % zur Rentenversicherung (als Pauschalbeitrag oder Arbeitgeberbeitragsanteil).

Die Zahlung des KV-Pauschalbeitrags setzt voraus, dass der geringfügig Beschäftigte in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Bei Teilnahme am Ausgleichsverfahren U1 sind 0,8 % des Bruttoentgelts abzuführen, im Ausgleichsverfahren U2 liegt der Umlagesatz für geringfügig entlohnte Beschäftigte bei 0,22 %. Zusätzlich hat der Arbeitgeber 2 % Pauschsteuer abzuführen, sofern nicht auf die individuellen Lohnsteuerabzugsmerkmale zurückgegriffen werden soll.

Wird die Beschäftigung in einem Privathaushalt ausgeübt, zahlt der Arbeitgeber Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung in Höhe von jeweils 5 % sowie 2 % Pauschsteuer.

Für geringfügig Beschäftigte besteht eine grundsätzliche Rentenversicherungspflicht. Hiervon kann man sich allerdings befreien lassen. Der Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht ist beim Arbeitgeber zu stellen.

Kurzfristige Beschäftigung

Eine kurzfristige Beschäftigung liegt – unabhängig von der Höhe des gezahlten Arbeitsentgelts – vor, wenn sie für eine Zeitdauer ausgeübt wird, die im Laufe eines Kalenderjahres seit ihrem Beginn auf nicht mehr als drei Monate (oder 90 Kalendertage, wenn keine vollen Monate vorliegen) oder insgesamt 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt ist oder im Voraus vertraglich (z. B. durch einen auf längstens ein Jahr befristeten Rahmenarbeitsvertrag) begrenzt wird.

Die Zeitgrenze von drei Monaten und die Zeitgrenze von 70 Arbeitstagen sind gleichwertige Alternativen zur Begründung einer kurzfristigen Beschäftigung. Eine Beschäftigung kann also auch dann kurzfristig sein, wenn sie zwar auf mehr als drei Monate befristet ist, jedoch an nicht mehr als 70 Arbeitstagen ausgeübt wird.

Abweichend hiervon wurden die Zeitgrenzen für eine kurzfristige Beschäftigung in der Landwirtschaft zum 01.01.2026 auf 15 Wochen bzw. 90 Arbeitstage ausgeweitet.

Geringverdienergrenze

Grundsätzlich gelten für zur Berufsausbildung Beschäftigte die gleichen Beitragsberechnungsvorschriften wie bei anderen Arbeitnehmern. Eine Ausnahme stellt die sog. Geringverdienergrenze dar. Sie liegt bei 325,00 Euro monatlich und gilt außer für Auszubildende u. a. auch für Praktikanten, die ein vorgeschriebenes Vor- oder Nachpraktikum absolvieren. Für diesen Personenkreis zahlt der Arbeitgeber die Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung allein. Das gilt auch für den durchschnittlichen → *Zusatzbeitrag* zur Krankenversicherung und einen möglichen Kinderlosenzuschlag zur Pflegeversicherung von 0,6 %.

Im Zusammenhang mit der gesetzlichen Mindestausbildungsvergütung verliert diese Regelung für → *Auszubildende* jedoch zunehmend an Bedeutung.

Gesamtsozialversicherungsbeitrag

Die Beiträge aus versicherungspflichtigen Beschäftigungen und auch die Pauschalbeiträge für geringfügig entlohnte Beschäftigte werden in der Kranken-, Pflege-, Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung als Gesamtsozialversicherungsbeitrag (GSV-Beitrag) an die zuständige → *Einzugsstelle* (Krankenkasse, Minijob-Zentrale) gezahlt. Vorab hat der Arbeitgeber jeder Einzugsstelle einen → *Beitragsnachweis* elektronisch zu übermitteln.

Die Umlagen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz für Krankheitsaufwendungen (U1) sowie für Mutterschaftsaufwendungen (U 2) werden zusammen mit dem GSV-Beitrag gezahlt. Auch die Insolvenzgeldumlage ist zusammen mit dem GSV-Beitrag abzuführen.

→ *Fälligkeit der Beiträge*

Gesellschafter

Die Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass eine in einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) beschäftigte Person zugleich Gesellschafter der GmbH ist. Mitarbeitende Gesellschafter einer GmbH können durchaus in einem abhängigen und damit sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis zur GmbH stehen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) liegt bei mitarbeitenden Gesellschaftern – und das gilt auch für Gesellschafter-Geschäftsführer – ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis zur GmbH allerdings nur dann vor, wenn die Gesellschafter

- funktionsgerecht dienend am Arbeitsprozess der GmbH teilhaben,
- für ihre Beschäftigung ein entsprechendes Arbeitsentgelt erhalten und
- keinen maßgeblichen Einfluss auf die Geschicke der Gesellschaft kraft ihres Anteils am Stammkapital geltend machen können.

Sofern ein Gesellschafter-Geschäftsführer über mindestens 50 % des Stammkapitals verfügt oder aufgrund besonderer Vereinbarung im Gesellschaftsvertrag die Beschlüsse der anderen Gesellschafter verhindern kann (Sperrminorität), hat er grundsätzlich einen entscheidenden Einfluss auf die Geschicke der GmbH. Er kann insbesondere Beschlüsse verhindern, die sein Dienstverhältnis benachteiligen würden, sodass in diesen Fällen ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis von vornherein ausscheidet.

In allen anderen Fällen ist jeweils individuell zu prüfen, ob ein abhängiges und damit sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorliegt.

Bei Geschäftsführern, die nicht am Stammkapital der GmbH beteiligt sind (sog. Fremdgeschäftsführer), liegt nach der BSG-Rechtsprechung grundsätzlich ein abhängiges und damit sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vor.

Gesundheitsfonds

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde vor einigen Jahren durch die Einführung des Gesundheitsfonds neu geregelt. Danach zahlen alle Beitragszahler den gleichen allgemeinen oder ermäßigten Beitragssatz. Damit gelten – wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung – einheitliche Beitragssätze auch in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Jede Krankenkasse erhält pro Versicherten eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie von ihren Mitgliedern einen → *Zusatzbeitrag* zu erheben.

H

Härtefälle

Der sog. Härtefall gilt nur für Zuzahlungen gesetzlich Versicherter zum → *Zahnersatz.* Eine vollständige Befreiung von den Zuzahlungen gibt es für die anderen Leistungsarten nur für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Andere Versicherte leisten Zuzahlungen bis zu ihrer individuellen → *Belastungsgrenze.*

Haushaltshilfe

Gesetzlich Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung, ambulanter oder stationärer Rehabilitationsleistungen oder häuslicher Krankenpflege die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist (§ 38 SGB V). Weitere Voraussetzung ist, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Versicherte, bei denen keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt, erhalten Haushaltshilfe für längstens vier Wochen auch dann, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist. Lebt ein Kind im Haushalt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen. Die Kosten werden im Rahmen der Verträge mit Leistungserbringern bzw. bei selbstbeschafften Kräften in angemessener Höhe (z. B. Fahrkosten, ggf. Verdienstausfall) übernommen.

Die Zuzahlung beträgt je Kalendertag 10 % der Kosten, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro je Einsatztag; maximal die tatsächlichen Kosten. Die Zuzahlung entfällt für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Häusliche Krankenpflege

Wenn eine Krankenhausbehandlung nicht möglich ist, vermieden oder verkürzt wird oder die Pflege zur Sicherung des Ziels der ambulanten ärztlichen Behandlung dient, werden die Kosten für häusliche Krankenpflege von der Krankenkasse übernommen. Häusliche Krankenpflege wird nur erbracht, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. Als Krankenhaus ersetzende Leistung besteht der Anspruch bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung wird häusliche Krankenpflege für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit gewährt. In besonderen Ausnahmefällen ist dies auch in vollstationären Einrichtungen möglich.

Darüber hinaus haben Versicherte, bei denen keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt, Anspruch auf häusliche Krankenpflege, wenn sie wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit Unterstützung bei Körperhygiene, Ernährung und hauswirtschaftlicher Versorgung benötigen – insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Alternativ kann eine Kurzzeitpflege beansprucht werden.

Liegt Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 2 vor, werden die ergänzenden Pflegeleistungen von der Pflegekasse übernommen.

Heilmittel

Für ärztlich verordnete Heilmittel (z. B. Massagen, Krankengymnastik, Ergo-, Sprach- und Ernährungstherapie sowie Podologie = med. Fußpflege) werden die vertraglichen Kosten von der Krankenkasse übernommen; dies gilt ggf. auch, wenn sie telemedizinisch erbracht werden (§ 32 SGB V).

Die Zuzahlung des Versicherten beträgt 10 % der Aufwendungen sowie 10,00 Euro je Verordnung. Die Zuzahlung entfällt für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Hilfsmittel

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für verordnete Hilfsmittel wie Rollstühle, Hörgeräte, Prothesen usw. in Höhe der mit den Leistungserbringern vereinbarten Vertragssätze bzw. bei bestimmten Hilfsmitteln (u. a. Einlagen, Inkontinenzhilfen, Stomaartikel, Kompressionsartikel) in Höhe von Pauschalen oder Festbeträgen. Für Brillen und → *Sehhilfen* gelten hiervon abweichende Bestimmungen

Die gesetzliche Zuzahlung des Versicherten ab dem 18. Lebensjahr zu den Kosten für das Hilfsmittel beträgt 10 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt die gesetzliche Zuzahlung 10 % je Packung, höchstens jedoch 10,00 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

Anspruch auf Brillen und Sehhilfen haben nur Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie Versicherte mit schwerwiegender Sehbeeinträchtigung. Für sie übernimmt die Krankenkasse die Kosten in Höhe der vereinbarten Vertragssätze, maximal bis zur Höhe der jeweils geltenden Festbeträge.

Die Krankenkassen geben gerne Auskunft über Vertragspartner am Wohnort oder in der näheren Umgebung des Wohnorts des Versicherten.

Höchstbeiträge

Die Beiträge werden maximal bis zur → *Beitragsbemessungsgrenze* der einzelnen Sozialversicherungszweige erhoben. Daraus ergeben sich (bei hälftiger Beitragstragung) folgende Höchstbeiträge für 2026:

	Bundesweit
Krankenversicherung* (einheitlich für alle Kassen)	848,62 Euro
Allgemeiner Beitragssatz 14,6 %	813,76 Euro
Ermäßigter Beitragssatz 14,0 %	
Pflegeversicherung (3,6 %)	209,26 Euro
Kinderlose (4,2 %)	244,14 Euro
Rentenversicherung (18,6 %)	1.571,70 Euro
Arbeitslosenversicherung (2,6 %)	219,70 Euro

* Der kassenindividuelle → *Zusatzbeitrag* ist nicht berücksichtigt.

I

Insolvenzgeld

Durch die Regelungen zum Insolvenzgeld wird der Arbeitsentgeltanspruch des Arbeitnehmers für die letzten dem Insolvenzereignis vorausgehenden drei Monate des Arbeitsverhältnisses gesichert. Zur Vermeidung versicherungsrechtlicher Nachteile sind daneben die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung und die Beiträge zur Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung) gesichert, soweit diese auf Arbeitsentgelte für die genannten drei Monate des Arbeitsverhältnisses entfallen. Das Insolvenzgeld ist lohnsteuerfrei, unterliegt aber dem Progressionsvorbehalt.

Antrag vor dem Insolvenzereignis

Ein Anspruch auf Insolvenzgeld entsteht, wenn die Arbeitnehmer im Inland beschäftigt waren und bei

- Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen ihres Arbeitgebers,
- Abweisung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse oder
- vollständiger Beendigung der Betriebstätigkeit im Inland, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens nicht gestellt worden ist und ein Insolvenzverfahren offensichtlich mangels Masse nicht in Betracht kommt,

für die vorausgehenden drei Monate des Arbeitsverhältnisses noch Ansprüche auf Arbeitsentgelt haben. Das Insolvenzgeld kann von der Arbeitsagentur unter bestimmten Voraussetzungen auch als Vorschuss gewährt werden.

Da hier Grundlage für den Anspruch die arbeitsrechtlichen Regelungen sind, ist die Gewährung von Insolvenzgeld an Dritte vor dem Insolvenzereignis grundsätzlich nicht möglich.

Zuständige Arbeitsagentur

Für den Antrag und die Auszahlung des Insolvenzgeldes ist die Arbeitsagentur zuständig, in deren Zuständigkeitsbezirk die Lohnabrechnungsstelle des Arbeitgebers liegt.

Ausschlussfrist

Die Anträge auf Insolvenzgeld durch Dritte, die auf einer Übertragung, Pfändung oder Verpfändung des Arbeitsentgelts beruhen, sind innerhalb der Ausschlussfrist von zwei Monaten nach dem Insolvenzereignis zu stellen (§ 324 Abs. 3 SGB III).

Aufbringung der Mittel

Die Mittel für die Erstattung der Aufwendungen für das Insolvenzgeld werden durch eine Insolvenzgeldumlage der Arbeitgeber aufgebracht. Der Umlagesatz für 2026 beträgt unverändert 0,15 %.

Die Insolvenzgeldumlage wird von den Einzugsstellen mit dem → *Gesamtsozialversicherungsbeitrag* eingezogen und an die Bundesagentur für Arbeit weitergeleitet.

J

Jahresarbeitsentgeltgrenze

Für die Beurteilung der Krankenversicherungspflicht ist die Höhe des regelmäßigen Jahresarbeitsentgelts maßgebend (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Für das Jahr 2026 beträgt die **allgemeine JAE-Grenze** 77.400,00 Euro.

Zum → *Arbeitsentgelt* gehören alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden.

Wesentlich für die Anrechnung auf die JAE-Grenze ist, dass das Arbeitsentgelt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mindestens einmal jährlich gezahlt wird.

Zur Beurteilung der Versicherungspflicht wird das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt nach folgendem Schema berechnet:

Einkünfte aus der Beschäftigung im Voraus für ein Jahr

abzgl. Einnahmen, die kein Arbeitsentgelt sind

abzgl. Einnahmen die unregelmäßig gezahlt werden
(regelmäßig: mindestens einmal jährlich)

abzgl. Familienzuschläge

= regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt

Die Versicherungspflicht endet im Laufe einer Beschäftigung mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das zu berücksichtigende Jahresarbeitsentgelt die maßgebliche JAE-Grenze übersteigt, wenn auch die JAE-Grenze des Folgejahres überschritten wird.

Neben der allgemeinen JAE-Grenze gibt es noch die **besondere JAE-Grenze**. Diese gilt für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden JAE-Grenze (= 40.500,00 Euro) versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert waren.

Bei dieser privaten Krankenversicherung muss es sich um eine Vollkrankenversicherung handeln.

Solange das Arbeitsentgelt der Betroffenen die jeweils geltende besondere JAE-Grenze übersteigt (2026 = 69.750,00 Euro), bleiben sie versicherungsfrei.

Ob die Voraussetzungen für die Anwendung der besonderen JAE-Grenze vorliegen, hat der Arbeitgeber nicht nur bei bestehenden Beschäftigungsverhältnissen zu beachten, sondern auch bei künftigen Neueinstellungen zu prüfen.

Jahresarbeitsverdienstgrenze

Der Jahresarbeitsverdienst ist der Gesamtbetrag der Arbeitsentgelte aus abhängiger Beschäftigung bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit eines Versicherten in den zwölf Kalendermonaten vor dem Monat, in dem der Versicherungsfall (→ *Arbeitsunfall* oder → *Berufskrankheit*) in der Unfallversicherung eingetreten ist (§ 82 SGB VII).

Der Jahresarbeitsverdienst beträgt für Versicherte, die im Zeitpunkt des Versicherungsfalls in der Unfallversicherung das 18. Lebensjahr vollendet haben, mindestens 60 % der im Zeitpunkt des Versicherungsfalls maßgebenden Bezugsgröße (2026: 28.476,00 Euro).

Der gesetzliche Höchstbetrag für den Jahresarbeitsverdienst beträgt höchstens das Zweifache der im Zeitpunkt des Versicherungsfalls in der Unfallversicherung maßgebenden Bezugsgröße (2026: 94.920,00 Euro).

Die Unfallversicherungsträger können in ihrer Satzung eine höhere Obergrenze bestimmen.

Berechnungsgrundlage für die Beiträge der kraft Gesetzes versicherten selbstständig Tätigen, der kraft Satzung versicherten Unternehmer, Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner und der freiwillig Versicherten ist anstelle der Arbeitsentgelte der kraft Satzung bestimmte Jahresarbeitsverdienst (Versicherungssumme).

K

Kieferorthopädische Behandlung

Hat ein gesetzlich Versicherter bei Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, übernimmt die Krankenkasse in medizinisch begründeten Fällen zunächst 80 % der Kosten. Ist mehr als ein Kind zur gleichen Zeit in kieferorthopädischer Behandlung, übernimmt sie für jedes weitere Kind 90 %. Voraussetzung ist, dass die Kinder mit ihren Erziehungsberechtigten im gemeinsamen Haushalt leben.

Für kieferorthopädische Maßnahmen bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, darf die Krankenkasse nur dann einen Kostenanteil (80 %) übernehmen, wenn so schwere Kieferanomalien vorliegen, dass eine Kombination von kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen erforderlich ist.

Wenn die kieferorthopädische Behandlung nachweislich im geplanten Umfang durchgeführt und erfolgreich abgeschlossen wird, erhält der Versicherte auch den von ihm getragenen Kostenanteil von der Krankenkasse erstattet.

Kinderkrankengeld

Bei Erkrankung ihres Kindes haben Versicherte Anspruch auf Kinderkrankengeld von der Krankenkasse, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass

- sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und gesetzlich versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben,
- eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und
- das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Für die Dauer der Krankengeldzahlung besteht grundsätzlich ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit. Hingegen besteht kein Anspruch auf das Kinderkrankengeld, wenn der Arbeitgeber zur bezahlten Freistellung verpflichtet ist.

Das Kinderkrankengeld beträgt 90 % des durch die unbezahlte Freistellung ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Gleichzeitig darf das Kinderkrankengeld 70 % der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreiten. Wurden in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung Einmalzahlungen bezogen (z. B. Urlaubs- oder Weihnachtsgeld), beträgt das Kinderkrankengeld 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Das Höchst-Kinderkrankengeld liegt 2026 bei täglich 135,63 Euro (abzüglich der Versichertenanteile zu den Sozialversicherungsbeiträgen).

Der Anspruch besteht pro Kind und Versicherten für maximal 10 Arbeitstage im Kalenderjahr, insgesamt für höchstens 25 Arbeitstage. Alleinerziehende erhalten Kinderkrankengeld für maximal 20 Arbeitstage pro Kind im Kalenderjahr, insgesamt für höchstens 50 Arbeitstage. Allerdings hat der Gesetzgeber diese Anspruchsdauer – zeitlich befristet – ausgeweitet. Danach beträgt der Anspruch in 2026 – wie bereits in den Jahren davor – je Elternteil für jedes Kind bis zu 15 Arbeitstage im Kalenderjahr und für Alleinerziehende bis zu 30 Arbeitstage. Bei mehreren Kindern ist der Anspruch je Elternteil auf 35 Arbeitstage im Kalenderjahr und für Alleinerziehende auf 70 Arbeitstage begrenzt.

Bei der Betreuung von Kindern mit begrenzter Lebenserwartung gilt der Anspruch ohne zeitliche Befristung. Gleiches gilt bei einer medizinisch notwendigen Mitaufnahme von Versicherten während der stationären Behandlung ihres versicherten Kindes, sofern das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Wird das Kind z. B. durch einen Unfall in der Kita/Schule verletzt, ist für die Leistungserbringung der Unfallversicherungsträger zuständig (§ 45 Abs. 4 SGB VII).

Kostenerstattung

Gesetzlich Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen der Krankenkassen Kostenerstattung wählen. Eine Beschränkung der Wahl auf die ambulante Behandlung, die zahnärztliche Versorgung, den stationären Bereich und auf veranlasste Leistungen ist möglich. An die Wahl der Kostenerstattung sind sie mindestens drei Monate gebunden. Der Leistungserbringer (z. B. Arzt, Zahnarzt) hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistungen darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse getragen werden, von den Versicherten zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen.

Der Versicherte hat zunächst die Rechnung des Leistungserbringers zu begleichen. Die Krankenkasse erstattet ihm nach Einreichen der Rechnung die Kosten, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten von höchstens 5 % in Abzug bringen (§ 13 Abs. 2 SGB V).

Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld haben Versicherte, deren Entgelt aufgrund von → *Arbeitsunfähigkeit* ausfällt (Entgeltausfallprinzip). Es handelt sich im Wesentlichen um Arbeitnehmer. Für bestimmte Versichertengruppen, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Entgeltausfall haben, ist der Krankengeldanspruch ausgeschlossen. Der Krankengeldanspruch besteht auch nicht, wenn eine Vollrente wegen Alters oder eine Rente wegen voller Erwerbsminderung neben einer Beschäftigung bezogen wird.

Hauptberuflich Selbstständige und Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf → *Entgeltfortzahlung* für mindestens sechs Wochen haben (unständig Beschäftigte oder Arbeitnehmer mit einem zeitlich befristeten Arbeitsverhältnis unter zehn Wochen), können einen gesetzlichen Krankengeldanspruch ab Beginn der siebten Woche wählen. Für darüber hinaus gehende Krankengeldansprüche (Anspruch vor Ablauf der sechsten Woche) werden von den Krankenkassen → *Wahltarife* angeboten. Einzelheiten sind der jeweiligen Satzung zu entnehmen.

Das Krankengeld beträgt bei Arbeitnehmern 70 % des beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelts (Regelentgelt), höchstens jedoch 90 % des Nettoarbeitsentgelts. Einmalig gezahltes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt wird gesondert berücksichtigt, sofern es in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit erzielt wurde. Der Höchstbetrag für das Krankengeld liegt 2026 bei täglich 135,63 Euro (abzüglich der Versichertenanteile zu den Sozialversicherungsbeiträgen).

Wegen derselben Krankheit wird Krankengeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt.

Krankenhausbehandlung

Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung nicht ausreicht. Die Krankenhausbehandlung umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und

Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung (§ 39 SGB V). Die Abrechnung zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus erfolgt weitgehend über Fallpauschalen.

Die Zuzahlung bei stationärer Krankenhausbehandlung beträgt 10,00 Euro je Kalendertag für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI (Anschlussrehabilitation) sowie die nach § 40 Abs. 5 Satz 2 SGB V (medizinische Rehabilitation) geleistete Zuzahlung werden angerechnet. Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind von der Zuzahlung befreit.

Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

Krankenkassenwahl

Wählbare Krankenkassen

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können zwischen folgenden Krankenkassen wählen:

- die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
- jede Ersatzkasse,
- die BKK, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die BKK besteht,
- jede BKK oder IKK des Beschäftigungs- oder Wohnorts, wenn deren Satzung dies vorsieht,
- die Knappschaft,
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestanden hat,
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner versichert ist.

Unverändertes Versicherungsverhältnis

Das Mitglied teilt seinen Wechselwunsch der neuen Krankenkasse mit und informiert seinen Arbeitgeber hierüber. Eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse ist nicht erforderlich. Diese wird – im Rahmen eines internen Meldeverfahrens – von der neuen Krankenkasse über die Kündigung informiert. Die bisherige Krankenkasse bestätigt daraufhin innerhalb von zwei Wochen elektronisch das Ende der Mitgliedschaft.

Nach Eingang der Anmeldung bei der neuen Krankenkasse bestätigt diese dem Arbeitgeber in elektronischer Form das Bestehen oder Nichtbestehen einer Mitgliedschaft. Eine solche elektronische Mitgliedsbestätigung erhalten die Arbeitgeber bei jeder Anmeldung eines Arbeitnehmers (Ausnahme: geringfügig Beschäftigte) mit Abgabegrund 10 (Beschäftigungsbeginn), 11 (Krankenkassenwechsel) oder 40 (gleichzeitige An- und Abmeldung). Das Ganze erfolgt im Abrufverfahren mit dem Datensatz Krankenkassenmeldung (DSKK) und dem Datenbaustein Mitgliedsbestätigung (DBMB). Neben der Feststellung zur Mitgliedschaft (ja/nein) ergibt sich daraus bei einem Wechsel der Krankenkasse ggf. ein abweichender Mitgliedschaftsbeginn bei der neuen Krankenkasse; in diesen Fällen sind die Ab- und Anmeldung zu stornieren und zu dem in der Rückmeldung angegebenen Datum erneut abzugeben.

Bindungsfrist

Mitglieder, die während einer bestehenden Mitgliedschaft ihre Krankenkasse wechseln möchten, können dies nach einer → *Bindungsfrist* von 12 Monaten tun. Abweichend hiervon besteht für Mitglieder ein außerordentliches → *Kündigungsrecht*, wenn die Krankenkasse ihren individuellen → *Zusatzbeitrag* anhebt.

Ende der Versicherungspflicht oder -berechtigung

Endet eine Versicherungspflicht oder -berechtigung kraft Gesetzes, braucht das Mitglied nicht kündigen und auch die Bindungsfrist nicht einhalten. Folge hieraus: Bei jedem Arbeitgeberwechsel oder einem Wechsel von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung in eine selbstständige Tätigkeit kann eine neue Krankenkasse gewählt werden.

Kündigungsfristen

Abhängig davon, wie lange der Arbeitnehmer dem Unternehmen angehört bzw. wie lange das Arbeitsverhältnis bereits besteht, sind unterschiedliche Kündigungsfristen (§ 622 BGB) zu beachten.

Zusätzlich gibt es oftmals Kündigungsfristen durch Tarifverträge. Die Bestimmungen in den Tarifverträgen dürfen dabei die gesetzlichen Kündigungsfristen über- oder unterschreiten. Jedoch darf ein Arbeitsvertrag keine Sonderregelung zu den Kündigungsfristen vorsehen, wenn diese zuungunsten des Arbeitnehmers von den gesetzlichen Regelungen abweichen.

Für eine Kündigung durch den Arbeitgeber beträgt die Kündigungsfrist, wenn das Arbeitsverhältnis in dem Betrieb oder Unternehmen

1. zwei Jahre bestanden hat, einen Monat zum Ende eines Kalendermonats,
2. fünf Jahre bestanden hat, zwei Monate zum Ende eines Kalendermonats,
3. acht Jahre bestanden hat, drei Monate zum Ende eines Kalendermonats,
4. zehn Jahre bestanden hat, vier Monate zum Ende eines Kalendermonats,
5. zwölf Jahre bestanden hat, fünf Monate zum Ende eines Kalendermonats,
6. 15 Jahre bestanden hat, sechs Monate zum Ende eines Kalendermonats,
7. 20 Jahre bestanden hat, sieben Monate zum Ende eines Kalendermonats.

Kündigungsrecht

Möchte das Mitglied seine Krankenkasse bei fortbestehendem Versicherungsverhältnis wechseln, teilt er dies der neuen Krankenkasse mit. Eine Kündigung der bisherigen Krankenkasse ist nur dann erforderlich, wenn keine Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse mehr begründet werden soll. Betroffen sind die Sachverhalte, in denen eine freiwillige Mitgliedschaft zugunsten einer Familienversicherung zu beenden ist oder ein Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt wird.

An die Wahl seiner Krankenkasse ist das Mitglied mindestens 12 Monate gebunden (→ *Bindungsfrist*). Unabhängig von der allgemeinen oder einer besonderen Bindungsfrist hat das Mitglied ein außerordentliches Kündigungsrecht, wenn die Krankenkasse ihren individuellen → *Zusatzbeitrag* anhebt. Die Kündigung wird zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam. Während der laufenden Kündigungsfrist ist allerdings der erhöhte Zusatzbeitrag zu zahlen.

Künstliche Befruchtung

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung werden für verheiratete Versicherte nach Vollendung des 25. Lebensjahres zu 50 % der vorher genehmigten, über die gesetzliche Krankenversicherung abrechenbaren, Kosten übernommen (§ 27a SGB V). Dieser Anspruch besteht nicht, wenn weibliche Versicherte bereits das 40. Lebensjahr und männliche Versicherte bereits das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Kur

Anstelle des Begriffs „Kur" werden die Begriffe „medizinische Vorsorgeleistung" und „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" verwendet.

Medizinische Rehabilitationsleistungen werden insbesondere von der Rentenversicherung zur Verfügung gestellt. Die Zuständigkeit der Krankenkasse ist dabei nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Sozialleistungsträger, wie z. B. der Rentenversicherung.

Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen

Bei Gefährdung der Gesundheit oder bei bestehender Erkrankung gewähren die Krankenkassen ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (Dauer: im Regelfall drei Wochen). Voraussetzung ist, dass diese Leistung – unter Berücksichtigung von Anwendungen ortsgebundener Heilmittel (z. B. Thermen, Moor) – mehr Erfolg verspricht als die Weiterbehandlung am Wohnort.

Eine ambulante Vorsorgeleistung kann aus medizinischen Gründen auch in Form einer Kompaktkur in anerkannten Kurorten stattfinden. Diese Kurorte haben sich auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen – z. B. Osteoporose, Arthrosen oder Atemwegserkrankungen – spezialisiert und organisieren Kuren in festen Gruppen mit einem gemeinsamen Behandlungsprogramm.

Zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Fahrt können Versicherte von ihrer Krankenkasse (soweit in der Satzung geregelt) einen Zuschuss von bis zu 16,00 Euro täglich erhalten; für chronisch kranke Kleinkinder kann sich der Zuschuss auf bis zu 25,00 Euro erhöhen. Die Arztkosten werden über den Kurarztschein übernommen. An den Kosten für ärztlich verordnete Heilmittel beteiligt sich der Versicherte in Höhe von 10 % sowie 10,00 Euro je Verordnung (Versicherte unter 18 Jahren haben keinen Eigenanteil zu zahlen).

Ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen

Hierbei handelt es sich um Leistungen in ambulanter Form am Wohnort bzw. in Wohnortnähe (Dauer: längstens 20 Behandlungstage). Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben (und nicht von den Zuzahlungen befreit sind), leisten eine Zuzahlung von 10 Euro je Behandlungstag.

Stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen

Für Behandlungsmaßnahmen, die einer stationären Unterbringung bedürfen, stehen Fachkliniken zur Verfügung. Dabei wird nach den medizinischen Erfordernissen – z. B. nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, Haut-, Atemwegs- und Allergieerkrankungen, psychosomatischen Krankheitsbildern oder beginnenden rheumatischen Erkrankungen – unterschieden.

Für stationäre Rehabilitationsleistungen trägt die Krankenkasse die Kosten im Regelfall für drei Wochen. Grundsätzlich können auch Fahrkosten übernommen werden; Zuzahlungen des Versicherten sind dabei zu beachten. Für Versicherte beträgt die Zuzahlung 10,00 Euro je Kalendertag; Ausnahme: Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, müssen keine Zuzahlung leisten.

Die Rentenversicherungsträger sind vorrangig für die ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen zuständig.

Medizinische Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter/Väter und Mütter/Väter mit Kindern

Eine stationäre Behandlungsmaßnahme in speziellen Einrichtungen kann zur Vorsorge oder wegen bereits bestehender Krankheiten für Mütter bzw. Väter allein oder zusammen mit ihren Kindern erforderlich sein. Die stationären Behandlungsmaßnahmen werden in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen durchgeführt.

Für die Behandlungsmaßnahmen übernimmt die Krankenkasse – abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung von 10,00 Euro pro Kalendertag – die **vollen Kosten**. Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind befreit.

Kurzarbeitergeld

Wenn Betriebe aus wirtschaftlichen Gründen oder aufgrund eines unabwendbaren Ereignisses die Arbeitszeit vorübergehend verringern und Kurzarbeit anzeigen, zahlt die Bundesagentur für Arbeit bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen Kurzarbeitergeld. Dieses ist dazu bestimmt, den Betrieben die eingearbeiteten Arbeitnehmer und den Arbeitnehmern die Arbeitsplätze zu erhalten.

Kurzarbeitergeld wird allerdings nur dann gezahlt, wenn der Arbeitsausfall dazu führt, dass die betroffenen Beschäftigten weniger Entgelt erhalten. Ebenfalls vorausgesetzt wird, dass mindestens ein Drittel der Beschäftigten wegen des Arbeitsausfalls ein um mehr als 10 % vermindertes Entgelt erzielt.

Bezugsdauer

Kurzarbeitergeld wird grundsätzlich für bis zu zwölf Monate gezahlt. Allerdings hat der Gesetzgeber am 17.12.2025 eine Verordnung beschlossen, nach der Kurzarbeitergeld für maximal 24 Monate bezogen werden kann. Die Verordnung ist am 01.01.2026 in Kraft getreten und läuft bis zum 31.12.2026. Ab dem 01.01.2027 gilt wieder die reguläre Bezugsdauer von maximal zwölf Monaten.

Höhe

Das Kurzarbeitergeld beträgt für Arbeitnehmer,

- die mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Abs. 1, 3 bis 5 des Einkommensteuergesetzes (EStG) haben, sowie für Arbeitnehmer, deren Ehegatte mindestens ein Kind im Sinne des § 32 Abs. 1, 4 und 5 des EStG hat, wenn beide Ehegatten unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sind und nicht dauernd getrennt leben, 67 % (erhöhter Leistungssatz) und

- für die übrigen Arbeitnehmer 60 % (allgemeiner Leistungssatz)

der Nettoentgeltdifferenz im Anspruchszeitraum (Kalendermonat).

Beiträge zur Sozialversicherung

Für das tatsächlich erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt während des Anspruchs auf Kurzarbeitergeld (Ist-Entgelt) tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Beiträge je zur Hälfte bzw. nach den ansonsten maßgeblichen Regelungen. Für die Arbeitszeit, die durch Kurzarbeit ausfällt, gelten in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung 80 % des Unterschiedsbetrages zwischen dem Soll-Entgelt und dem Ist-Entgelt als Bemessungsgrundlage; die daraus resultierenden Beiträge trägt der Arbeitgeber grundsätzlich allein. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sind für Bezieher von Kurzarbeitergeld lediglich aus dem Ist-Entgelt zu zahlen.

Versicherung

In der Kranken- und Pflegeversicherung bleibt die Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen während des Bezugs von Kurzarbeitergeld erhalten. Ebenso besteht das renten- und arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis fort.

Siehe auch → *Saison-Kurzarbeitergeld*

L

Lohnkonto

Der Arbeitgeber hat am Ort der Betriebsstätte für jeden Arbeitnehmer und jedes Kalenderjahr ein Lohnkonto zu führen. In das Lohnkonto sind die für den Lohnsteuerabzug erforderlichen individuellen Lohnsteuerabzugsmerkmale zu übernehmen. Bei jeder Lohnzahlung für das Kalenderjahr, für das das Lohnkonto gilt, sind im Lohnkonto die Art und Höhe des gezahlten Arbeitslohns einschließlich der steuerfreien Bezüge sowie die einbehaltene oder übernommene Lohnsteuer einzutragen.

Entgeltunterlagen

Entgeltunterlagen (§ 8 Abs. 1 Beitragsverfahrensverordnung – BVV) sowie die Entgeltabrechnung begleitenden und erläuternden Unterlagen (§ 8 Abs. 2 BVV) sind elektronisch vorzuhalten. Allerdings können sich Arbeitgeber für Prüfzeiträume bis zum 31.12.2026 – auf Antrag beim zuständigen Prüfdienst der Deutschen Rentenversicherung – von der Verpflichtung zur elektronischen Führung der begleitenden Entgeltunterlagen befreien lassen.

Lohnnachweis

Der Lohnnachweis dient als Grundlage zur Berechnung des Beitrags für die gesetzliche Unfallversicherung.

Im ausschließlich elektronisch einzureichenden Lohnnachweis sind die angewandten Gefahrtarifstellen sowie die Summen der auf die einzelnen Gefahrtarifstellen entfallenden Unfallversicherungsentgelte, Arbeitsstunden und Arbeitnehmer zu melden. Alle Unternehmen, die Mitglied einer Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse sind, haben zum 01.01.2023 einheitliche Unternehmensnummern zugeteilt bekommen, die die verschiedenartigen Systeme der Mitgliedsnummern bei den UV-Trägern ablösen.

Lohnsteuerpauschalierung

Die Lohnsteuerpauschalierung ist ein Vereinfachungsverfahren im deutschen Steuerrecht, nach dem es für bestimmte, in den §§ 40, 40a, 40b Einkommensteuergesetz (EStG) gesetzlich geregelte Fälle zulässig ist, die Lohnsteuer für steuerpflichtiges Arbeitsentgelt pauschal zu erheben.

Bei dieser Lohnsteuerpauschalierung wird die Lohnsteuer nicht in Abhängigkeit von der Höhe des Arbeitsentgelts und anderer persönlicher Merkmale erhoben, sondern mit einem festgelegten Prozentsatz. Je höher also der individuelle Steuersatz des Arbeitnehmers ist, umso günstiger ist die Pauschalbesteuerung.

Schuldner der pauschalen Lohnsteuer ist der Arbeitgeber – im Gegensatz zum Lohnsteuerabzug, bei dem der Arbeitnehmer die Lohnsteuer schuldet (§ 40 Abs. 3 EStG)

Durch die Pauschalbesteuerung wird die Einkommensteuer (Lohnsteuer) abgegolten. Pauschal besteuerter Arbeitslohn bleibt daher bei der Einkommensteuerveranlagung außer Betracht. Da der Arbeitgeber die Pauschalsteuer trägt, ist der Arbeitslohn für den Arbeitnehmer praktisch steuerfrei. Die pauschal besteuerten Bezüge werden daher auch nicht für die Lohnsteuerbescheinigung des Arbeitnehmers berücksichtigt (Ausnahme: Bescheinigung pauschal besteuerter Fahrtkostenzuschüsse).

Allerdings muss der Arbeitgeber zu Kontrollzwecken die Fälle, in denen für Bezüge des Arbeitnehmers eine Pauschalierung der Lohnsteuer durchgeführt worden ist, im → *Lohnkonto* aufzeichnen.

M

Märzklausel

→*Einmalzahlungen* sind für die Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des Vorjahres zuzuordnen, wenn

- die Einmalzahlung vom 01.01. – 31.03. eines Jahres gezahlt wird und
- das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis bei demselben Arbeitgeber bereits im Vorjahr bestanden hat und
- die Einmalzahlung zusammen mit dem laufenden Arbeitsentgelt die anteilige Jahresbeitragsbemessungsgrenze (Jahres-BBG) übersteigt. Für Arbeitnehmer, die gesetzlich krankenversichert sind, wird bei der Beurteilung, ob die Märzklausel anzuwenden ist, einheitlich für die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung zugrunde gelegt.

BEISPIEL

Eine Arbeitnehmerin ist seit Jahren sozialversicherungspflichtig beschäftigt und erhält ein laufendes Arbeitsentgelt von 4.000,00 Euro. Im März 2026 erhält sie eine Gewinnbeteiligung in Höhe von 8.000,00 Euro.

Es ist die anteilige Jahres-BBG in der Krankenversicherung zu bilden.

Anteilige Jahres-BBG:
KV: 5.812,50 Euro x 3 Monate = 17.437,50 Euro

Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt:
KV: 4.000,00 Euro x 3 Monate = 12.000,00 Euro

Die Differenz zwischen der anteiligen Jahres-BBG und der Gesamtsumme des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts entscheidet über die Zuordnung. In diesem Beispiel beträgt die Differenz in der Krankenversicherung 5.437,50 Euro – die Gewinnbeteiligung in Höhe von 8.000,00 Euro übersteigt die Differenz mit der Folge, dass die Einmalzahlung einheitlich für alle Versicherungszweige dem Entgeltabrechnungszeitraum Dezember 2025 zuzuordnen ist.

Achtung: Es gelten die für Dezember 2025 maßgebenden Beitragsberechnungsfaktoren.

Der letzte abgerechnete Entgeltabrechnungszeitraum des Vorjahres ist in der Regel der Dezember. Hat das Arbeitsverhältnis bei dem Arbeitgeber, der die Einmalzahlung gewährt, nicht im gesamten Vorjahr bestanden, so ist die Zuordnung zum letzten Monat des Beschäftigungsverhältnisses vorzunehmen.

Wird eine Einmalzahlung nach beendetem oder bei ruhendem Beschäftigungsverhältnis nach dem 31.03. eines Jahres gezahlt und ist diese beitragsrechtlich einem Zeitraum von Januar bis März zuzuordnen, findet die Märzklausel keine Anwendung.

Eine Einmalzahlung, die dem Vorjahr zuzuordnen ist, ist ausschließlich mit einer gesonderten Meldung (Abgabegrund 54) zu melden. Als Beschäftigungszeitraum sind der erste und letzte Tag des Kalendermonats der Zuordnung der Einmalzahlung und als beitragspflichtiges Bruttoarbeitsentgelt der beitragspflichtige Teil der Einmalzahlung zu übermitteln.

Medizinischer Dienst

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes (MD) sind in §§ 275 ff. SGB V beschrieben. Hierzu gehören Stellungnahmen und Gutachten für die Krankenkassen z. B. bei Fragen zur

- Arbeitsunfähigkeit,
- Notwendigkeit, Art, Umfang und Dauer von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen in Stichproben,
- Verordnung von Hilfsmitteln,
- Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung,
- Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Krankenpflege.

Im Auftrag der Pflegekassen führt der MD die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit durch; darüber hinaus berät er die Pflegekassen in grundsätzlichen Fragen der pflegerischen Versorgung.

Die letztendliche Entscheidung über eine Leistung liegt aber stets bei den Kranken- und Pflegekassen.

Meldevorschriften

Damit die Träger der Sozialversicherung ihre Aufgaben reibungslos und zügig erledigen können, sind die Arbeitgeber verpflichtet, Meldungen für ihre Beschäftigten (auch für geringfügige Beschäftigungen) bei der zuständigen → *Einzugsstelle* zu erstatten. Zudem haben Arbeitgeber bestimmter Branchen (→ *Mitführungspflicht)* eine Sofortmeldung an die Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) abzugeben; die Sofortmeldung wird nach Eingang der Anmeldung wieder gelöscht.

Die Meldungen sind als gesicherte und verschlüsselte elektronische Daten aus systemgeprüften Programmen oder mittels systemgeprüfter maschinell erstellter Ausfüllhilfen zu übermitteln. Die Krankenkassen bieten den Arbeitgebern als besonderen Service eine entsprechende Ausfüllhilfe an → *SV-Meldeportal*.

Zu melden sind u. a. Beginn und Ende einer Beschäftigung, Beginn und Ende einer Elternzeit sowie Unterbrechungen der Beschäftigung wegen des Bezugs einer Sozialleistung von mindestens einem Kalendermonat.

Für am 31.12. eines jeden Jahres Beschäftigte hat der Arbeitgeber das rentenversicherungspflichtige Arbeitsentgelt dieses Kalenderjahres zu melden (Jahresmeldung). → *Einmalzahlungen* sind ggf. gesondert zu melden. Der Inhalt der Meldungen ist dem Beschäftigten vom Arbeitgeber schriftlich mitzuteilen.

Übersicht über Meldegründe und -fristen:	
Anmeldung	Mit der ersten Lohn- oder Gehaltsabrechnung, spätestens 6 Wochen nach Beginn der Beschäftigung
Abmeldung	Mit der nächsten Lohn- oder Gehaltsabrechnung, spätestens 6 Wochen nach Beendigung der Beschäftigung
Unterbrechungsmeldung	2 Wochen nach Ablauf des ersten vollen Kalendermonats der Unterbrechung
Jahresmeldung	Mit der ersten Lohn- oder Gehaltsabrechnung nach dem 31.12., spätestens bis zum 15.02. des Folgejahres
UV-Jahresmeldung	Spätestens bis zum 16.02. des Folgejahres
Sofortmeldung	Spätestens bei Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses
Sondermeldung (Einmalzahlung)	Mit der nächsten Lohn- oder Gehaltsabrechnung, spätestens innerhalb von 6 Wochen
GKV-Monatsmeldung	Nach Aufforderung durch die Einzugsstelle mit der ersten folgenden Lohn- oder Gehaltsabrechnung, spätestens innerhalb von 6 Wochen nach Aufforderung
Sonstige Meldungen (z. B. BGR-Wechsel)	Mit der nächsten Lohn- oder Gehaltsabrechnung, spätestens innerhalb von 6 Wochen
Änderung der Staatsangehörigkeit	Mit der nächsten Unterbrechungsmeldung, Abmeldung oder Jahresmeldung
Stornierung einer Meldung	Unverzüglich
Beginn und Ende einer Elternzeit	Mit der nächsten Lohn- oder Gehaltsabrechnung (spätestens innerhalb von 6 Wochen nach Beginn bzw. Ende der Elternzeit)

Mindestlohn

Einen allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn gibt es in Deutschland bereits seit 2015. Damit wurde eine Lohnuntergrenze eingeführt, die nicht unterschritten werden darf. Über die Anpassung des Mindestlohns entscheidet alle zwei Jahre eine unabhängige Kommission der Tarifpartner, die sich aus Vertretern der Arbeitgeberverbände sowie den Gewerkschaften zusammensetzt und außerdem von Wissenschaftlern beraten wird.

Seit dem 01.01.2026 gilt ein Mindestlohn von 13,90 Euro. Den entsprechenden Beschluss hat die Mindestlohnkommission im Juni 2025 gefasst.

Mitführungspflicht

Arbeitnehmer der nachfolgenden Gewerbe sind dazu verpflichtet, amtliche Personaldokumente wie den Personalausweis oder Reisepass mitzuführen und auf Verlangen vorzulegen:

- im Baugewerbe,
- im Gaststätten- und Beherbergungsgewerbe,
- im Personenbeförderungsgewerbe,
- im Speditions-, Transport- und damit verbundenen Logistikgewerbe einschließlich der plattformbasierten Lieferdienste,
- im Schaustellergewerbe,
- im Gebäudereinigungsgewerbe,
- bei Unternehmen, die sich am Auf- und Abbau von Messen und Ausstellungen beteiligen,
- in der Fleischwirtschaft mit Ausnahme des Fleischhandwerks nach § 2 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes zur Sicherung von Arbeitnehmerrechten in der Fleischwirtschaft,
- im Prostitutionsgewerbe,

- im Wach- und Sicherheitsgewerbe,
- im Friseur- und Kosmetikgewerbe.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, einmalig und nachweislich ihre Arbeitnehmer schriftlich über ihre Mitführungspflicht zu informieren.

Darüber hinaus haben Arbeitgeber aus den genannten Gewerben bei Neuaufnahme einer Beschäftigung eine Sofortmeldung (→ *Meldevorschriften*) an die Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) zu übermitteln.

Mitwirkungspflicht – Feststellung Versicherungspflicht

Der **Arbeitgeber** hat nach den gesetzlichen Bestimmungen jeden versicherungspflichtigen und jeden geringfügig Beschäftigten zu melden und den → *Gesamtsozialversicherungsbeitrag* zu zahlen.

Hieraus erwächst für den Arbeitgeber die Verpflichtung, das Versicherungsverhältnis des jeweiligen Arbeitnehmers zu beurteilen. Abhängig vom Ergebnis der Beurteilung hat der Arbeitgeber die entsprechenden Meldungen zu erstatten, Beiträge zu berechnen und ggf. vom Arbeitsentgelt einzubehalten und an die zuständige → *Einzugsstelle* abzuführen.

Darüber hinaus hat der Arbeitgeber alle für die Versicherungsfreiheit oder die Befreiung von der Versicherungspflicht maßgebenden Angaben (Personalfragebogen) – z. B. bei geringfügig Beschäftigten – zu den Entgeltunterlagen zu nehmen.

Jeder **Arbeitnehmer** ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die zur Durchführung des Meldeverfahrens und der Beitragszahlung erforderlichen Angaben zu machen. Hierzu gehört auch, dass der Arbeitnehmer seinen Arbeitgeber über eventuelle Vorbeschäftigungen oder über aktuelle weitere Beschäftigungen bei anderen Arbeitgebern informiert, damit der Arbeitgeber die Kurzfristigkeit einer Beschäftigung beurteilen oder aber prüfen kann, ob eine geringfügig entlohnte Beschäftigung mit anderen geringfügig entlohnten Beschäftigungen oder mit einer nicht geringfügigen versicherungspflichtigen Beschäftigung zusammenzurechnen ist. Ist der Arbeitnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig seinen Mitwirkungspflichten nicht nachgekommen, ist der Rückgriff des Arbeitgebers nicht auf den Beitragsabzug der letzten drei Lohn- bzw. Gehaltsabrechnungen beschränkt (§ 28g SGB IV).

Mutterschaftsgeld

Mutterschaftsgeld der gesetzlichen Krankenkassen erhalten nur freiwillig Versicherte oder pflichtversicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen, die Anspruch auf Zahlung von Krankengeld haben oder die aufgrund der Schutzfristen nach § 3 Mutterschutzgesetz kein Arbeitsentgelt erhalten.

Mutterschaftsgeld wird von den gesetzlichen Krankenkassen während der Schutzfrist vor und nach der Entbindung sowie für den Entbindungstag gezahlt. Die Schutzfrist beginnt sechs Wochen vor der Entbindung und endet im Normalfall acht Wochen, bei Frühgeburten oder mehreren lebendgeborenen Kindern sowie bei ärztlich festgestellter Behinderung des Kindes zwölf Wochen nach der Entbindung. Ebenfalls wird Mutterschaftsgeld während der Schutzfristen bei Fehlgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche gezahlt.

Die Höhe des Mutterschaftsgeldes richtet sich nach dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen Arbeitsentgelt der letzten drei vollständig abgerechneten Kalendermonate. Bei einer wöchentlichen Abrechnung handelt es sich um die letzten 13 Wochen vor Beginn der Schutzfrist. Das Mutterschaftsgeld beträgt höchstens 13,00 Euro für den Kalendertag. Übersteigt das durchschnittliche kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt den Betrag von 13,00 Euro, hat der Arbeitgeber den Differenzbetrag als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld zu zahlen.

Arbeitnehmerinnen, die nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind (z. B. privat krankenversicherte oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversicherte Frauen), erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe von insgesamt höchstens 210,00 Euro. Zuständig hierfür ist das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Informationen und Antragsformulare stehen auf der Internetseite des BAS zur Verfügung: www.mutterschaftsgeld.de

Mutterschutz

Werdende Mütter, die beschäftigt sind, genießen einen besonderen Schutz vor Gefahren am Arbeitsplatz sowie einen besonderen Kündigungsschutz.

Die Mutterschutzfristen von sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung (→ *Beschäftigungsverbot*) ermöglichen es der werdenden Mutter, sich völlig unbelastet von einer beruflichen Arbeitsleistung auf ihr Kind einzustellen und sich zu erholen.

Bei Frühgeburten oder mehreren lebendgeborenen Kindern sowie bei ärztlich festgestellter Behinderung des Kindes verlängert sich die Mutterschutzfrist nach der Entbindung auf zwölf Wochen.

Außerdem verlängert sich bei vorzeitigen Entbindungen die Schutzfrist nach der Entbindung um den verlorenen Fristanteil der Schutzfrist vor der Entbindung. Zudem sieht das Gesetz seit dem 01.06.2025 auch gestaffelte Schonfristen bei Fehlgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche vor.

Die Kündigung gegenüber einer Frau ist unzulässig

- während ihrer Schwangerschaft,
- bis zum Ende ihrer Schutzfrist nach der Entbindung, mindestens jedoch bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung, und
- bis zum Ablauf von vier Monaten nach einer Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche,

wenn dem Arbeitgeber zum Zeitpunkt der Kündigung die Schwangerschaft, die Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche oder die Entbindung bekannt ist oder wenn sie ihm innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung mitgeteilt wird.

Die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann in besonderen Fällen, die nicht mit dem Zustand der Frau in der Schwangerschaft, nach der Entbindung oder nach einer Fehlgeburt nach der zwölften Schwangerschaftswoche in Zusammenhang stehen, ausnahmsweise die Kündigung für zulässig erklären. Die Kündigung bedarf hierbei der Schriftform und muss den Kündigungsgrund angeben.

Die Mütter selbst haben das Recht, während der Schwangerschaft und der Schutzfrist nach der Entbindung zum Ende der jeweiligen Schutzfrist zu kündigen. Eine Frist ist dabei nicht einzuhalten.

Der Kündigungsschutz verlängert sich, wenn nach der Schutzfrist die Elternzeit in Anspruch genommen wird. Der Arbeitgeber darf das Arbeitsverhältnis ab dem Zeitpunkt, von dem an Elternzeit verlangt worden ist, höchstens jedoch acht Wochen vor Beginn der Elternzeit und während der Elternzeit nicht kündigen. In besonderen Fällen sind Ausnahmen zulässig.

Die Beschäftigte hat zwei Möglichkeiten, das Arbeitsverhältnis zu kündigen:

- mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Ende der Elternzeit oder aber
- zu einem anderen Zeitpunkt während sowie nach Ende der Elternzeit, wobei gesetzliche bzw. tarifvertragliche oder einzelvertragliche Kündigungsfristen eingehalten werden müssen.

Werdende oder stillende Mütter dürfen während der Schwangerschaft und der Stillzeit bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben. → *Beschäftigungsverbot*

N

Nachgehender Leistungsanspruch

Endet die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger in der GKV, besteht Anspruch auf Leistungen längstens für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, sofern keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird – Achtung: Die Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung wird als Erwerbstätigkeit gewertet, ein nachgehender Leistungsanspruch liegt dann nicht vor.

Die Monatsfrist für den nachgehenden Leistungsanspruch beginnt mit Beginn des Tages nach Beendigung der Mitgliedschaft.

Eine mögliche Familienversicherung nach § 10 SGB V ist stets vorrangig zum nachgehenden Leistungsanspruch. Deshalb können Leistungsansprüche nach dem Beginn einer Familienversicherung nur gegen die Kranken- bzw. Pflegekasse gerichtet werden, die die Versicherung durchführt.

Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erhalten die familienversicherten Angehörigen Leistungen längstens für einen Monat nach dem Tode des Mitglieds.

Wird der Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat ausgeschöpft, ohne dass sich ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anschließt, wird die Versicherung in Form einer obligatorischen Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V) fortgesetzt, und zwar nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht oder Familienversicherung.

Nebenberufliche Tätigkeit

Eine Tätigkeit, bei der Einkünfte erzielt werden, ist eine nebenberufliche Tätigkeit, wenn sie zeitlich nicht mehr als ein Drittel einer vergleichbaren Vollerwerbstätigkeit einnimmt. Dabei wird pauschalierend von einer Wochenarbeitszeit von 14 Stunden (= 1/3 von 42 Stunden) ausgegangen. Dies gilt auch, wenn kein Hauptberuf ausgeübt wird.

Werden mehrere Nebentätigkeiten ausgeübt, so ist jede für sich einzeln zu betrachten. Auch dabei darf eine Nebentätigkeit nicht mehr an Umfang in Anspruch nehmen als ein Drittel des vergleichbaren Vollzeiterwerbs. Mehrere gleichartige Tätigkeiten werden zu einem Nebenerwerb zusammengefasst.

Für Einnahmen aus nebenberuflicher Tätigkeit sieht der Gesetzgeber steuerliche Freibeträge vor. Diese beschränken sich in erster Linie auf die nebenberufliche Tätigkeit als Übungsleiter, Ausbilder, Erzieher, Pfleger
(§ 3 Nr. 26 EStG) und andere ehrenamtliche Tätigkeiten (Ehrenamtspauschale nach § 3 Nr. 26a EStG).

Eine Begrenzung auf bestimmte Tätigkeiten (z. B. auf übungsleitende, ausbildende, erzieherische, betreuende oder künstlerische Tätigkeiten oder die Pflege alter, kranker oder behinderter Menschen) sieht die Übungsleiterpauschale nicht vor. Tätigkeiten als Vereinsvorstand, Vereinskassier, Bürokräfte, Reinigungspersonal, Geräte- oder Platzwart, Ordner, Schiedsrichter usw. fallen dagegen unter die sog. Ehrenamtspauschale des § 3 Nr. 26a EStG.

Die Steuerbefreiung nach § 3 Nr. 26a EStG (Ehrenamtspauschale) ist allerdings ausgeschlossen, wenn für die Einnahmen aus derselben Tätigkeit ganz oder teilweise der Übungsleiterfreibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG gewährt wird oder gewährt werden könnte.

Soweit Steuerfreiheit nach § 3 Nr. 26 bzw. 26a EStG besteht, besteht ebenso Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung (§ 1 Abs. 1 Nr. 16 SvEV).

P

Pauschalbeitrag

Der Arbeitgeber hat für geringfügig entlohnte Beschäftigte, die in dieser Beschäftigung versicherungsfrei oder nicht versicherungspflichtig sind, einen Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung in Höhe von 13 % des Arbeitsentgelts aus dieser Beschäftigung zu zahlen. Wird die geringfügig entlohnte Beschäftigung ausschließlich im Privathaushalt ausgeübt, beträgt der Pauschalbeitrag 5 % des Arbeitsentgelts. Die Zahlung des Pauschalbeitrags setzt voraus, dass der geringfügig Beschäftigte gesetzlich krankenversichert ist. Dabei ist unerheblich, ob es sich bei dieser Versicherung um eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder eine Familienversicherung handelt.

In der Rentenversicherung hat der Arbeitgeber für geringfügig entlohnte Beschäftigte 15 % des Arbeitsentgelts zu zahlen (als Pauschalbeitrag oder Arbeitgeberbeitragsanteil). Wird die geringfügig entlohnte Beschäftigung ausschließlich im Privathaushalt ausgeübt, sind es 5 % des Arbeitsentgelts. Wurde auf die mögliche Befreiung von der Rentenversicherungspflicht verzichtet, hat der geringfügig entlohnte Beschäftigte ebenfalls Beiträge zu zahlen. Sein Beitragssatz liegt dann bei 3,6 % (Differenz zwischen dem Arbeitgeberbeitragsanteil von 15 % und dem Rentenversicherungs-Beitragssatz von 18,6 %). Wird die geringfügig entlohnte Beschäftigung ausschließlich im Privathaushalt ausgeübt, liegt der Beitragssatz des Arbeitnehmers bei 13,6 % (Differenz zwischen dem Arbeitgeberbeitragsanteil von 5 % und dem Rentenversicherungs-Beitragssatz von 18,6 %).

Entrichtet der Arbeitgeber Pauschalbeiträge, führt er auch die Pauschsteuer in Höhe von 2 % ab. Alternativ kann er die individuelle Besteuerung anhand der elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale vornehmen.

Die Beiträge, → *Umlagen* (U1, U2, Insolvenzgeld) sowie die Pauschsteuer in Höhe von 2 % führt der Arbeitgeber zur Knappschaft-Bahn-See (Minijob-Zentrale) ab.

Zahlt der Arbeitgeber keine Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, kann er die Lohnsteuer mit einem Pauschalsteuersatz in Höhe von 20 % des Arbeitsentgelts erheben (§ 40a Abs. 2a EStG). Dies kommt allerdings nur noch in Ausnahmefällen zur Anwendung, wenn für eine Beschäftigung, die für sich allein gesehen eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ist, kein Pauschalbeitrag von 15 % oder 5 % zur Rentenversicherung zu zahlen ist, weil z. B. wegen der Zusammenrechnung von

mehreren geringfügig entlohnten Beschäftigungen der „normale“ Rentenversicherungsbeitrag von 9,3 % vom Arbeitnehmer erhoben wird. Bei Arbeitsentgelten über 603,00 Euro erfolgt eine individuelle Besteuerung anhand der elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Belastungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Pflegeleistungen

Um Leistungen der → *Pflegeversicherung* zu erhalten ist es notwendig, dass eine „Vorversicherungszeit“ erfüllt ist. Nur wer innerhalb der letzten zehn Jahre vor Antragstellung zwei Jahre in der Pflegeversicherung versichert war, kann Leistungen beanspruchen.

Der Umfang der Leistungen richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad:

- Pflegegrad 1:
  Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

- Pflegegrad 2:
  Erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

- Pflegegrad 3:
  Schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

- Pflegegrad 4:
  Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

- Pflegegrad 5:
  Schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Zur Feststellung des Pflegegrades wird ein Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD) oder ein von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter zunächst bewerten, welche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten vorliegen. Hierbei werden sechs verschiedene Bereiche beurteilt:

1. Mobilität (z. B. Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z. B. örtliche und zeitliche Orientierung)

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z. B. nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten)

4. Selbstversorgung (z. B. Körperpflege, Ernährung)

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (z. B. Medikation, Wundversorgung, Arztbesuch)

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (z. B. Gestaltung des Tagesablaufs)

Entsprechend der Beeinträchtigungen wird eine festgelegte Punktzahl vergeben. Grundsätzlich gilt: Je schwerwiegender die Beeinträchtigung, desto höher ist die Punktzahl. Die innerhalb der Bereiche vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Auf Basis des hieraus resultierenden Ergebnisses erfolgt dann die Einstufung in einen der fünf genannten Pflegegrade.

Pflegepersonen

Unfallversicherung

Personen, die einen Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 nicht erwerbsmäßig – also ehrenamtlich – pflegen (Pflegeperson), sind während ihrer Pflegetätigkeit in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Voraussetzung hierfür ist, dass die Pflege mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, durchgeführt wird.

Rentenversicherung

Die Pflegekasse zahlt Rentenbeiträge für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 pflegen und regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Voraussetzung ist auch hier, dass die Pflege mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, durchgeführt wird.

Die Rentenbeiträge steigen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und sind zudem davon abhängig, welche Leistungen die pflegebedürftige Person bezieht.

Arbeitslosenversicherung

Unter den oben beschriebenen Rahmenbedingungen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen zahlt die Pflegekasse für die Dauer der Pflegetätigkeit Arbeitslosenversicherungsbeiträge, wenn die ehrenamtliche Pflegeperson aus dem Beruf aussteigt, um sich um einen Pflegebedürftigen zu kümmern oder für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbricht.

Dieser Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung greift, wenn die Pflegeperson vor der Pflegetätigkeit bereits versicherungspflichtig in der Arbeitslosenversicherung war (z. B. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung) oder Leistungen der Arbeitslosenversicherung (z. B. Arbeitslosengeld) bezogen hat. Zudem darf für die Pflegeperson nicht ohnehin schon eine Absicherung in der Arbeitslosenversicherung bestehen (z. B. sozialversicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung).

Pflegeversicherung

In die → *Versicherungspflicht* der sozialen Pflegeversicherung sind alle Personen einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Ein gesonderter Antrag auf Aufnahme in die Pflegeversicherung ist nicht nötig. Unterhaltsberechtigte Kinder, Ehegatten und eingetragene Lebenspartner, deren monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen die Einkommensgrenze nicht überschreitet, sind im Rahmen der → *Familienversicherung* beitragsfrei mitversichert.

Auch für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung. Sie können sich bei Nachweis einer entsprechenden privaten Versicherung von der Versicherungspflicht befreien lassen, das heißt beim Eintritt einer Befreiungsmöglichkeit haben sie für die Dauer von drei Monaten ein Wahlrecht zwischen sozialer oder privater Pflegeversicherung.

Beamte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, haben anstelle eines anteiligen Arbeitgeberbeitrages den Anspruch auf Beihilfe. Sie werden mit einem Teilbeitrag versichert und erhalten auch nur Teilleistungen.

Seit dem 01.01.2025 liegt der Pflegeversicherungsbeitrag für Mitglieder mit Elterneigenschaft und für Mitglieder vor Vollendung des 23. Lebensjahres bei 3,6 %. Vom 2. bis zum 5. Kind wird der vom Mitglied zu tragende Beitragsanteil bis zum 25. Lebensjahr des Kindes bzw. der Kinder um 0,25 Beitragssatzpunkte je Kind abgesenkt (→ *Beitragstragung*).

Für kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres gilt ein Beitragssatz von 4,2 Prozent. Der hier enthaltene Beitragszuschlag von 0,6 Prozent ist von ihnen allein zu tragen (→ *Beitragstragung*). Für kinderlose Versicherte, die vor dem 01.01.1940 geboren sind, entfällt der Beitragszuschlag. Die Beitragshöhe richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen (Lohn, Gehalt, Rente etc.) der Mitglieder. Die Beitragsbemessungsgrenze 2026 liegt bei monatlich 5.812,50 Euro.

Die Pflegeversicherungsbeiträge aus der Rente, aus Versorgungsbezügen oder Arbeitseinkommen werden von den Rentnern allein getragen.

Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss die Hälfte des Beitrags, der aus dem Arbeitsentgelt zur sozialen Pflegeversicherung zu zahlen ist. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilsmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des → *Beitragszuschusses* verpflichtet.

Pflegezeit

Freistellung für bis zu zehn Arbeitstage

Wenn jemand unerwartet zum Pflegefall wird, müssen sich die Angehörigen kurzfristig darauf einstellen und eine Menge organisieren. Beschäftigte haben in diesem Fall das Recht, sich für bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit freistellen zu lassen, um für einen nahen Angehörigen in einer akuten Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder in dieser Zeit eine pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Die Beschäftigten sind verpflichtet, dem Arbeitgeber die Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Da die kurzzeitige Arbeitsverhinderung durch Akutereignisse verursacht wird und nicht in jedem Fall bereits eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) vorliegt,

hat der Beschäftigte dem Arbeitgeber auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege oder pflegerischen Versorgung vorzulegen.

Für die Zeit dieser kurzzeitigen Arbeitsverhinderung (§ 2 PflegeZG) wird von der Pflegekasse ein Pflegeunterstützungsgeld – der Höhe nach vergleichbar mit dem → *Kinderkrankengeld* – gezahlt.

Bis Ende 2023 war der Anspruch auf insgesamt zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person beschränkt. Seit Anfang 2024 kann Pflegeunterstützungsgeld für bis zu zehn Arbeitstage je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

Pflegezeit für bis zu sechs Monate

Um einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu pflegen, können sich Beschäftigte für die Dauer von bis zu sechs Monaten ganz oder teilweise unbezahlt von der Arbeit freistellen lassen. Zur besseren Absicherung ihres Lebensunterhalts haben sie während dieser Zeit einen Anspruch auf Förderung durch ein zinsloses Darlehen. Dieses Darlehen kann direkt beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden.

Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes (MD) nachzuweisen. Bei in der privaten Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

Der Rechtsanspruch auf Pflegezeit (§ 3 PflegeZG) gilt nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

Familienpflegezeit für bis zu 24 Monate

Außerdem können sich Beschäftigte für bis zu 24 Monate teilweise von der Arbeit freistellen lassen (Familienpflegezeit), wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Auch während dieser Zeit besteht ein Anspruch auf das oben genannte zinslose Darlehen des Bundesamts für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben.

Während der Familienpflegezeit muss die verringerte Arbeitszeit wöchentlich mindestens 15 Stunden betragen. Bei unterschiedlichen wöchentlichen Arbeitszeiten oder einer unterschiedlichen Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit darf die wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt eines Zeitraums von bis zu einem Jahr 15 Stunden nicht unterschreiten (Mindestarbeitszeit).

Der Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit (§ 2 FPfZG) gilt nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 25 oder weniger Beschäftigten (ohne die zur Berufsausbildung Beschäftigten).

Praktikanten

Praktikanten sind Personen, die sich im Zusammenhang mit einer schulischen Ausbildung praktische Kenntnisse in einem Unternehmen aneignen, die der Vorbereitung, Unterstützung oder Vervollständigung der Ausbildung für den künftigen Beruf dienen. Ein Praktikum kann im Rahmen eines Betriebspraktikums in einem Betrieb stattfinden; in Hochschulen kann dies auch im Rahmen eines Kurses der Fall sein.

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung von Praktika ist zwischen Vor-, Zwischen- und Nachpraktika sowie zwischen vorgeschriebenen und nicht vorgeschriebenen Praktika zu unterscheiden.

Vorgeschriebene Praktika liegen nur dann vor, wenn sie in einer Ausbildungs-, Studien- oder Prüfungsordnung festgelegt sind. Ordentlich Studierende, die an einer Hochschule immatrikuliert sind und ein in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebenes Praktikum absolvieren, sind Zwischenpraktikanten.

Ebenfalls ist danach zu unterscheiden, ob für das Praktikum Arbeitsentgelt gezahlt wird oder nicht.

Vorgeschriebenes Praktikum

	Vor-/Nachpraktikum	Zwischenpraktikum
Mit Arbeitsentgelt	Versicherungspflicht als zur Berufsausbildung Beschäftigter	KV-/PV-Pflicht als Student (ggf. Familienversicherung); RV-/ALV-frei
Ohne Arbeitsentgelt	KV-/PV-Pflicht als Praktikant (ggf. Familienversicherung); RV-/ALV-Pflicht als zur Berufsausbildung Beschäftigter	KV-/PV-Pflicht als Student (ggf. Familienversicherung); RV-/ALV-frei

Nicht vorgeschriebenes Praktikum

	Vor-/Nachpraktikum	Zwischenpraktikum
Mit Arbeits-entgelt	Versicherungspflicht als Beschäftigter (Versicherungs-freiheit im Rahmen geringfügiger Beschäftigung möglich)	Versicherungspflicht als Beschäftigter (Versicherungs-freiheit als beschäftigter Student sowie im Rahmen geringfügiger Beschäftigung möglich)
Ohne Arbeits-entgelt	Sozialversicherungsfreiheit	KV-/PV-Pflicht als Student (ggf. Familienversicherung); RV-/ALV-frei

Prävention

Unter dem Oberbegriff Prävention werden im Gesundheitswesen zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten verstanden, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern. Präventive Maßnahmen lassen sich nach dem Zeitpunkt, zu dem sie eingesetzt werden, der primären, der sekundären oder der tertiären Prävention zuordnen.

Die **primäre Prävention** zielt darauf ab, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Gerade „Volkskrankheiten" wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt), aber auch einige psychische Störungen (z. B. Depression) können in vielen Fällen durch eine gesundheitsbewusste Lebensweise – unterstützt von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen – vermieden, verzögert oder in ihrem Verlauf günstig beeinflusst werden. Die **sekundäre Prävention** ist auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtet. Erkrankungen sollen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erkannt werden, um so eine frühzeitige Therapie einleiten zu können. Die **tertiäre Prävention** hat das Ziel, Krankheitsfolgen zu mildern, einen Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten zu vermeiden und die Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern.

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten unterschiedliche Präventionskurse für verschiedene Interessenten- und Zielgruppen an. Darüber hinaus haben sie im Rahmen von Bonusprogrammen die Möglichkeit, ihre Mitglieder für gesundheitsbewusstes Verhalten zu belohnen.

Auch für Unternehmen ist das Thema „Prävention“ von großer Bedeutung. Mit entsprechenden Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können sie angemessen auf die gesundheitlichen Beanspruchungen der Beschäftigten und veränderten psychischen Belastungen, z. B. durch den zunehmenden Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Zeitdruck, reagieren.

Die Förderung der Mitarbeitergesundheit wird steuerlich begünstigt (§ 3 Nr. 34 EStG). Bis zu 600,00 Euro pro Mitarbeiter und Jahr kann ein Unternehmen für bestimmte Maßnahmen der Gesundheitsförderung aufwenden, ohne dass es zur Anrechnung eines geldwerten Vorteils bei dem Arbeitnehmer kommt.

Steuer- und Beitragsfreiheit ist möglich für:

- von den Krankenkassen oder der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Leistungsangebote zur verhaltensbezogenen Prävention i. S. von § 20 Abs. 4 Nr. 1 und Abs. 5 SGB V (Präventionskurse), auf welche der Arbeitgeber zurückgreift und

- sonstige nicht zertifizierungspflichtige verhaltensbezogene Maßnahmen des Arbeitgebers im Zusammenhang mit einem betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess, welche den Vorgaben des Leitfadens Prävention genügen (z. B. „Bewegte Pause“).

Passende Beratungs- und Unterstützungsangebote der Krankenkassen finden interessierte Unternehmen online unter: www.bgf-koordinierungsstelle.de

Progressionsvorbehalt für Entgeltersatzleistungen

Entgeltersatzleistungen wie z. B. → *Krankengeld* oder → *Mutterschaftsgeld* sind zwar steuerfrei, unterliegen jedoch dem Progressionsvorbehalt (§ 32b EStG). Die Entgeltersatzleistung bleibt somit zwar steuerfrei, die weiteren steuerpflichtigen Einnahmen werden jedoch höher besteuert. Zugrunde gelegt wird dabei der Steuersatz, der sich ergäbe, wenn auch die steuerfreien Leistungen besteuert würden.

Die Veranlagung des Progressionsvorbehalts erfolgt ausschließlich im Rahmen der Einkommensteuererklärung. Dabei findet der Progressionsvorbehalt keine Anwendung, wenn die Entgeltersatzleistungen und die steuerfreien Einkünfte, die dem Progressionsvorbehalt unterliegen, nicht mehr als 410,00 Euro im Kalenderjahr betragen (Bagatellgrenze).

Psychotherapie

Psychotherapie wird im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien von der Krankenkasse übernommen, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Als seelische Krankheit gilt auch eine geistige oder seelische Behinderung, bei der Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind. Sie ist keine Leistung der Krankenkasse, wenn sie nicht der Heilung oder der Besserung einer Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation dient. Dies gilt ebenso für Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, für Erziehungsberatung, Sexualberatung, körperbezogene Therapieverfahren, darstellende Gestaltungstherapie sowie heilpädagogische oder ähnliche Maßnahmen.

Nach den Psychotherapie-Richtlinien sind als Behandlungsverfahren derzeit zugelassen:

- Psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie),
- Verhaltenstherapie und
- Systemische Therapie.

Die gelisteten Verfahren können als Einzel- oder Gruppenpsychotherapie (auch im Videoformat) durchgeführt werden.

Wege zur ambulanten Psychotherapie

1. Psychotherapeutische Sprechstunde:
   In der psychotherapeutischen Sprechstunde erhält der Versicherte kurzfristig und ohne Überweisung durch den Hausarzt Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Alle Psychotherapeuten und psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte mit kassenärztlicher Zulassung bieten solche Sprechstunden an.

2. Akutbehandlung:
   Befindet sich der Versicherte in einer Ausnahmesituation oder in einer dringlichen psychischen Krise, kann sich eine Akutbehandlung direkt an die psychotherapeutische Sprechstunde anschließen. Sie muss nicht bei der Krankenkasse beantragt werden. Der Therapeut informiert die Krankenkasse lediglich über den Beginn der Behandlung.

3. Probesitzungen:
   Wenn der Versicherte eine psychotherapeutische Behandlung benötigt, muss diese bei der Krankenkasse beantragt werden. Der eigentlichen Therapie gehen probatorische Sitzungen voraus – auch Probe- oder vorbereitende Sitzungen genannt. Im Anschluss daran stellt der Therapeut die Diagnose und beantragt die Kostenübernahme der ambulanten Psychotherapie im voraussichtlich notwendigen Umfang bei der Krankenkasse.

Q

Qualifizierungsgeld

Seit dem 01.04.2024 haben Unternehmen die Möglichkeit, bei der Bundesagentur für Arbeit ein so genanntes Qualifizierungsgeld für ihre Arbeitnehmer zu beantragen.

Betriebliche Fördervoraussetzungen für das Qualifizierungsgeld sind die Übernahme der Weiterbildungskosten durch den Arbeitgeber, ein strukturwandelbedingter Qualifizierungsbedarf eines nicht unerheblichen Teils der Belegschaft (20 % der Beschäftigten, bei Betrieben mit unter 250 Beschäftigten 10 %) und eine entsprechende Betriebsvereinbarung oder ein entsprechender betriebsbezogener Tarifvertrag, der die nachhaltige Beschäftigung im Betrieb und die Inanspruchnahme des Qualifizierungsgeldes regelt.

Die persönlichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn die Weiterbildung im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses durchgeführt wird, die Beschäftigten in den letzten vier Jahren vor Antragstellung nicht an einer geförderten beruflichen Weiterbildung teilgenommen haben und das Arbeitsverhältnis nicht gekündigt oder durch Aufhebungsvertrag aufgelöst ist.

Das Qualifizierungsgeld wird unabhängig von der Betriebsgröße, dem Alter oder der Qualifikation der Beschäftigten gezahlt und als Entgeltersatz in Höhe von 60 % beziehungsweise 67 % des Nettoentgeltes, das durch die Weiterbildung entfällt, geleistet. Die Höhe und die leistungsrechtliche Ausgestaltung orientieren sich damit am → *Kurzarbeitergeld*.

Die Qualifizierung muss mindestens 120 Stunden umfassen, damit ein Anspruch auf das Qualifizierungsgeld entsteht.

R

Rehabilitation und Teilhabe

Hilfen bei körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung können notwendig sein,

- um die Behinderung (einschließlich chronischer Krankheiten) abzuwenden, zu beseitigen oder zu mindern, bzw.

- um zu verhüten, dass sich die Behinderung verschlimmert, oder um ihre Folgen zu mildern, und zwar unabhängig davon, welche Ursache die Behinderung hat.

Leistungen zur Teilhabe ermöglichen es behinderten Menschen, sich einen Platz in der Gemeinschaft – insbesondere im Arbeitsleben – zu sichern, der ihren Neigungen und Fähigkeiten entspricht.

Folgende Hilfen kommen in Betracht:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation kombiniert eine Vielzahl von Behandlungselementen aus unterschiedlichen Disziplinen. Zum Leistungsumfang gehören insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, Heilmittel einschließlich Physio-, Sprach- und Ergotherapie, Psychotherapie, Schmerzbewältigungsverfahren, Entspannungsverfahren sowie weitere Hilfen zur Krankheitsbewältigung.

Die Behandlungen und Therapien sollen ganzheitlich wirken. Sie sind auf die Erkrankung abgestimmt und individuell gestaltet. Die Rehabilitation soll bestehende Beschwerden lindern und zudem aufzeigen, wie der Alltag auch mit verbleibenden Einschränkungen selbstständig gemeistert werden kann.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere:

- Hilfen, um einen Arbeitsplatz zu erhalten oder zu erlangen, einschließlich Leistungen, um die Arbeitsaufnahme zu fördern, dazu gehören auch Eingliederungshilfen an Arbeitgeber,

- Berufsvorbereitung einschließlich einer Grundausbildung, die wegen der Behinderung erforderlich ist (z. B. für blinde Menschen),

- berufliche Anpassung, Ausbildung, Weiterbildung einschließlich eines schulischen Abschlusses, der erforderlich ist, um an einer beruflichen Weiterbildung teilzunehmen,

- sonstige Hilfen zu Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene Erwerbs- oder Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu ermöglichen.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Hierzu zählen z. B.:

- Heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,

- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,

- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,

- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Finanzielle Leistungen

Zur Sicherung des Lebensunterhaltes erhalten Versicherte während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, je nachdem, welcher Leistungsträger zuständig ist, in der Regel entweder Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld. Darüber hinaus leistet die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen der beruflichen Erstausbildung behinderter Jugendlicher und junger Erwachsener unter bestimmten Voraussetzungen ein Ausbildungsgeld.

Reisekosten

Als Reisekosten werden Aufwendungen bezeichnet, die anlässlich einer beruflich oder betrieblich bedingten Auswärtstätigkeit entstehen.

Zu den Reisekosten, die als Werbungskosten bzw. Betriebsausgaben geltend gemacht bzw. steuerfrei erstattet werden können, zählen Fahrtkosten, Verpflegungsmehraufwand, Übernachtungskosten und Reisenebenkosten.

Zwingende Voraussetzung für die steuerliche Geltendmachung bzw. steuerfreie Zahlung von Reisekosten ist das Vorliegen einer auswärtigen beruflichen Tätigkeit. Diese liegt vor, wenn der Arbeitnehmer vorübergehend außerhalb seiner Wohnung und der ersten Tätigkeitsstätte tätig wird.

Der Begriff der „ersten Tätigkeitsstätte" wird gesetzlich definiert als „die ortsfeste betriebliche Einrichtung des Arbeitgebers ..., der der Arbeitnehmer dauerhaft zugeordnet ist" (siehe § 9 Abs. 4 EStG). Die Zuordnung der ersten Tätigkeitsstätte erfolgt vorrangig durch arbeits- und dienstrechtliche Festlegungen. Von einer dauerhaften Zuordnung wird insbesondere ausgegangen, wenn der Arbeitnehmer unbefristet, für die Dauer des Dienstverhältnisses oder über einen Zeitraum von 48 Monaten hinaus an einer solchen Tätigkeitsstätte tätig werden soll.

Rentnerbeiträge

Der Beitragspflicht in der Krankenversicherung unterliegen bei **pflichtversicherten Rentnern**

- die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie vergleichbare Renten aus dem Ausland,
- die Versorgungsbezüge und
- das Arbeitseinkommen.

Renten – Die Beiträge zur Krankenversicherung bemessen sich nach dem einheitlichen allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 14,6 %. Der Rentenversicherungsträger übernimmt hiervon 7,3 %. Den kassenindividuellen → *Zusatzbeitrag* übernimmt der Rentenversicherungsträger ebenfalls zur Hälfte. Den Beitrag zur → *Pflegeversicherung* trägt allein der Rentner.

Versorgungsbezüge – Pensionen (z. B. Beamtenpensionen) und Renten der betrieblichen Altersversorgung (sog. Betriebsrenten) von pflichtversicherten Rentnern werden grundsätzlich bei der Beitragsberechnung berücksichtigt, sofern die Versorgungsbezüge (ggf. zusammen mit Arbeitseinkommen) insgesamt die Mindesteinnahmegrenze von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (2026: 197,75 Euro) im Monat übersteigen. Darüber hinaus gilt ausschließlich für Betriebsrenten (Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) zusätzlich ein Freibetrag von ebenfalls 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (2026: 197,75 Euro) im Monat; dieser Freibetrag gilt nur in der Krankenversicherung, nicht jedoch in der Pflegeversicherung. Die Beiträge zur Krankenversicherung berechnen sich nach dem einheitlichen allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 14,6 % sowie dem kassenindividuellen → *Zusatzbeitrag.*

In der Pflegeversicherung gilt seit Anfang 2025 ein Beitragssatz von 3,6 % für Mitglieder mit Elterneigenschaft und für Mitglieder vor Vollendung des 23. Lebensjahres. Vom 2. bis zum 5. Kind wird der vom Mitglied zu tragende Beitragsanteil bis zum 25. Lebensjahr des Kindes bzw. der Kinder um 0,25 Beitragssatzpunkte je Kind abgesenkt (→ *Beitragstragung*). Für kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres gilt ein Beitragssatz von 4,2 Prozent. Der hier enthaltene Beitragszuschlag von 0,6 % ist von ihnen allein zu tragen (→ *Beitragstragung*). Für kinderlose Versicherte, die vor dem 01.01.1940 geboren sind, entfällt der Beitragszuschlag. Die Beiträge aus den Versorgungsbezügen werden vom Rentner alleine getragen.

Das **Arbeitseinkommen** aus einer selbstständigen Tätigkeit ist beitragspflichtig, wenn es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einem Versorgungsbezug gezahlt wird. Auch beim Arbeitseinkommen gilt die Mindesteinnahmegrenze von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (ggf. zusammen mit Versorgungsbezügen) sowie der einheitliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beitragsberechnung für **freiwillig versicherte Rentner** wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geregelt. Die demnach festgestellte Beitragsbemessungsgrundlage gilt ebenfalls für die Pflegeversicherung. → *Freiwillige Versicherung*

Bei der **Beitragsberechnung** ist die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwillig versicherten Rentners zu berücksichtigen. Neben der Rente, dem Versorgungsbezug und dem Arbeitseinkommen werden auch Einkünfte aus Miet- und Pachteinnahmen sowie aus Kapitalerträgen und alle anderen Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2026: 5.812,50 Euro monatlich) herangezogen. Dabei werden die Beiträge in 2026 mindestens aus 1.318,33 Euro monatlich berechnet.

Die Beiträge aus Rente, Versorgungsbezug und Arbeitseinkommen berechnen sich nach dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 14,6 %. Für alle anderen Einnahmen (z. B. Kapitalerträge oder Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung) wird der ermäßigte Beitragssatz in Höhe von 14,0 % herangezogen. Hinzu kommt für alle Einkunftsarten der kassenindividuelle → *Zusatzbeitrag,* der vom Rentner allein zu tragen ist.

Analog zu den versicherungspflichtigen Rentnern beteiligt sich der Rentenversicherungsträger bei den freiwillig versicherten Rentnern zur Hälfte an den Krankenversicherungsbeiträgen; sie erhalten auf Antrag einen **Beitragszuschuss**.

Rentnerkrankenversicherung

Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR):

- Rentenanspruch (Rente wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit oder eine Rente wegen Todes) gegeben,
- Rente beantragt und
- Vorversicherungszeit erfüllt.

Die Versicherungspflicht in der KVdR tritt nur ein, wenn die Vorversicherungszeit erfüllt ist. Die Vorversicherungszeit ist erfüllt, wenn in der Zeit von der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung (Rahmenfrist) mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.

Bei der Prüfung der Vorversicherungszeit sind nicht nur Pflichtmitgliedschaftszeiten in der GKV zu berücksichtigen, sondern auch freiwillige Mitgliedschaftszeiten sowie Zeiten einer Familienversicherung. Zudem werden als Vorversicherungszeit auch pauschal drei Jahre für jedes Kind des Rentenantragstellers angerechnet. Hierzu zählen neben leiblichen Kindern auch Pflegekinder sowie – unter bestimmten Voraussetzungen – Adoptivkinder und Stiefkinder.

S

Sachbezüge

Solche Sachbezüge wie freie bzw. verbilligte Verpflegung, Unterkunft und Wohnung sind Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung und grundsätzlich steuer- und beitragspflichtig. Für das Jahr 2026 gelten folgende monatliche Sachbezugswerte:

Sachbezug	Bundesweit
Freie Verpflegung gesamt	345,00 Euro
Frühstück	71,00 Euro
Mittagessen	137,00 Euro
Abendessen	137,00 Euro
Freie Unterkunft (Abschläge bei Mehrfachbelegung und Jugendlichen)	285,00 Euro

Saisonarbeitnehmer

Saisonarbeitnehmer sind Arbeitnehmer, die vorübergehend für eine versicherungspflichtige auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung nach Deutschland kommen, um mit ihrer Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. Für Saisonarbeitnehmer gilt im DEÜV-Meldeverfahren ein besonderes Meldekennzeichen. Diese Kennzeichnung bewirkt, dass nach Ende der Beschäftigung keine obligatorische Anschlussversicherung einsetzt.

Die Beschäftigten müssen, wenn sie weiter versichert sein möchten, von sich aus ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten nach Ende der Versicherungspflicht erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen (§ 188 Abs. 4 Sätze 5 bis 8 SGB V).

Saison-Kurzarbeitergeld

In Betrieben des Baugewerbes kann es im Winter vermehrt zu Arbeitsausfällen kommen. Durch diese Arbeitsausfälle wegfallendes Arbeitsentgelt kann in den Wintermonaten Dezember bis März durch Saison-Kurzarbeitergeld ersetzt werden.

Neben dem Saison-Kurzarbeitergeld haben betroffene Beschäftigte in dieser Zeit Anspruch auf Wintergeld als Zuschuss-Wintergeld (bis zu 2,50 Euro netto für jede aus Arbeitszeitguthaben ausgeglichene Ausfallstunde) und Mehraufwands-Wintergeld (1,00 Euro netto pro tatsächlich geleisteter Arbeitsstunde im Zeitraum vom 15. Dezember bis Ende Februar).

Saison-Kurzarbeitergeld und die ergänzenden Leistungen werden in der Regel durch den Betrieb ausgezahlt und auf Antrag des Arbeitgebers oder der Betriebsvertretung von der zuständigen Agentur für Arbeit erstattet. Zuständig ist die Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die für den Arbeitgeber zuständige Lohnabrechnungsstelle liegt.

Der Antrag auf Saison-Kurzarbeitergeld sowie auf die ergänzenden Leistungen ist innerhalb einer Ausschlussfrist von drei Monaten einzureichen. Die Frist beginnt mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Tage liegen, für die Saison-Kurzarbeitergeld beantragt wird.

Säumniszuschlag

Beitragspflichtige, die ihre Sozialversicherungsbeiträge verspätet zahlen, sollen nicht besser gestellt sein als pünktliche Zahler. Es ist deshalb ein Gebot der Beitragsgerechtigkeit, für den Fall der Säumnis einen Ausgleich herbeizuführen. Dieser Ausgleich wird durch die Erhebung von Säumniszuschlägen (§ 24 SGB IV) geschaffen.

Der Säumniszuschlag für Arbeitgeber (als Schuldner des → *Gesamtsozialversicherungsbeitrags* – kurz: „GSV-Beitrag“) beträgt für jeden angefangenen Monat der Säumnis 1 % des rückständigen, auf 50,00 Euro nach unten abgerundeten Beitrags.

Tag der Zahlung für den GSV-Beitrag ist

- bei Barzahlung der Tag des Geldeingangs,
- bei Zahlung durch Scheck, bei Überweisung oder bei Einzahlung auf ein Konto der Einzugsstelle der Tag der Wertstellung zugunsten der Einzugsstelle. Bei rückwirkend vorgenommener Wertstellung gilt als Tag der Zahlung das Datum des elektronischen Kontoauszuges des Geldinstitutes der Einzugsstelle,
- bei Vorliegen eines SEPA-Lastschriftmandats der Tag der Fälligkeit.

Scheinselbstständigkeit

Der Scheinselbstständige tritt in der Regel als Ein-Personen-Unternehmer auf und zeichnet sich dadurch aus, dass er die Pflichten eines Arbeitnehmers mit den Risiken eines Unternehmers in sich vereinigt. Dabei gehen die vertraglichen oder tatsächlichen Einschränkungen so weit, dass sich der Scheinselbstständige und der abhängig beschäftigte Arbeitnehmer nicht voneinander unterscheiden. Beide sind in den Betriebs- und Arbeitsablauf ihres Auftraggebers eingegliedert und zumeist auch weisungsgebunden. Scheinselbstständige können ihre Tätigkeit im Wesentlichen nicht frei gestalten und ihre Arbeitszeit nicht selbst bestimmen. Ihren „Gewinn“ können sie nur durch eine höhere persönliche Arbeitsleistung steigern.

Wenn Zweifel hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung einer Erwerbstätigkeit als selbstständige Tätigkeit oder abhängige Beschäftigung bestehen, verschafft das optionale Statusfeststellungsverfahren nach § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB IV hierüber Rechtssicherheit für die Beteiligten. Zuständig für die Durchführung des Anfrageverfahrens ist die Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund, Clearingstelle, 10704 Berlin). Unter www.eservice-drv.de > Suchbegriff V0027 steht ein Online-Dienst zur vollelektronischen Antragsübermittlung zur Verfügung.

Schüler

Für Beschäftigungen, die von Schülern ausgeübt werden, sind die Regelungen über die versicherungsrechtliche Beurteilung von Arbeitnehmern anzuwenden. Danach unterliegen Beschäftigungen von Schülern dem Grunde nach der Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung.

In der Arbeitslosenversicherung besteht nach § 27 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB III Versicherungsfreiheit für beschäftigte Schüler von allgemeinbildenden Schulen (z. B. Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Gesamtschule). Dies gilt jedoch nicht, wenn der Schüler schulische Einrichtungen besucht, die der Fortbildung außerhalb der üblichen Arbeitszeit dienen (z. B. Abendschule).

Auch für Schüler gelten grundsätzlich die Regelungen zu den geringfügigen Beschäftigungen, hierbei ist zwischen geringfügig entlohnten und kurzfristigen Beschäftigungen zu unterscheiden. In beiden Fällen besteht Sozialversicherungsfreiheit (Ausnahme: Rentenversicherungspflicht geringfügig entlohnter Beschäftigungen). → *Geringfügige Beschäftigung*

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind auch Schüler während des Besuchs allgemeinbildender Schulen versichert. Sofern eine versicherungspflichtige, eine geringfügig entlohnte oder eine kurzfristige Beschäftigung vorliegt, besteht ebenfalls Versicherungsschutz.

Schwangerschaftsabbruch

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt (§ 24b SGB V). Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn der Abbruch aus medizinischen oder kriminologischen Gründen durchgeführt wird. In diesen Fällen übernimmt die Krankenkasse die gesamten Kosten. Es besteht ggf. Anspruch auf Krankengeld.

Ein Abbruch aus anderen Gründen ist rechtswidrig, aber straffrei unter folgenden Voraussetzungen:

- Beratung bei einer anerkannten Beratungsstelle,
- Abbruch innerhalb von zwölf Wochen nach Empfängnis durch eine Ärztin oder einen Arzt.

Auch in diesen Fällen besteht – sowohl bei ambulanten als auch stationären Schwangerschaftsabbrüchen – ein (in § 24b Abs. 3 SGB V beschriebener) Leistungsanspruch.

Die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs und die damit zusammenhängenden Behandlungskosten zahlt die Versicherte selbst, sofern keine Komplikationen auftreten. Bei Frauen, die diese Kosten nicht aufbringen können, übernimmt die Krankenkasse im Auftrag des Landes unter Berücksichtigung bestimmter Einkommensgrenzen die Kosten.

Frauen, die Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe), Bürgergeld, Ausbildungsförderung (BAföG) oder ähnliche Leistungen beziehen, brauchen die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs nicht selbst aufzubringen.

Sehhilfen

Einen Leistungsanspruch auf Brillen und Sehhilfen haben nur Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sowie Versicherte mit schwerwiegender Sehbeeinträchtigung. Für sie übernimmt die Krankenkasse die Kosten der Sehhilfe in Höhe der vereinbarten Vertragssätze, maximal bis zur Höhe der jeweils geltenden Festbeträge.

Sterbegeld bei Arbeits- und Wegeunfällen

Beim Tode eines Arbeitnehmers aufgrund eines Arbeits- oder Wegeunfalls sowie einer anerkannten Berufskrankheit zahlt die gesetzliche Unfallversicherung Sterbegeld (§ 63 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VII). Das Sterbegeld beträgt 1/7 der zum Todeszeitpunkt geltenden jährlichen Bezugsgröße (2026: 6.780,00 Euro).

Ist der Tod an einem anderen Ort (also nicht am Ort der ständigen Familienwohnung) eingetreten, können grundsätzlich auch die Überführungskosten zum Bestattungsort erstattet werden.

Steuerfreie Zuschläge

Alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus oder im Zusammenhang mit einer Beschäftigung sind mit ihrem Bruttobetrag beitragspflichtiges Arbeitsentgelt in der Sozialversicherung. Es kommt nicht darauf an, ob ein Rechtsanspruch auf diese Einnahmen besteht und unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden.

Einmalige Einnahmen, laufende Zulagen, Zuschläge, Zuschüsse sowie ähnliche Einnahmen, die zusätzlich zu Löhnen oder Gehältern gewährt werden, sind nicht dem Arbeitsentgelt zuzurechnen, soweit sie lohnsteuerfrei sind. Das gilt nicht für steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit, sofern diese aus einem Grundlohn (Stundenlohn) berechnet werden, der 25,00 Euro übersteigt.

Achtung: In § 1 Abs. 2 der Sozialversicherungsentgeltverordnung wird bestimmt, dass steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit in der gesetzlichen Unfallversicherung, abweichend von der übrigen Sozialversicherung, dem Arbeitsentgelt hinzugerechnet werden müssen!

Studierende

Studierende sind in der **Kranken- und Pflegeversicherung** versicherungspflichtig, wenn sie an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland eingeschrieben sind. Die Versicherungspflicht tritt nicht ein, wenn sie in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert sind.

Die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Studierenden beginnt grundsätzlich mit dem Semester. Dieses beginnt an den Hochschulen am 01.04. und am 01.10., an den Fachhochschulen im Allgemeinen am 01.03. und am 01.09. eines jeden Jahres. Für Hochschulen, die keine Semestereinteilung haben, gelten als Semester die Zeiten vom 01.04. bis 30.09. und vom 01.10. bis 31.03.

Die Versicherungspflicht besteht längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Versicherungspflicht dann fortgeführt, wenn besondere Hinderungsgründe (z. B. familiäre oder persönliche) die Überschreitung der Altersgrenze rechtfertigen.

Die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Studierenden endet mit Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind (und sich nicht innerhalb eines Monats an einer staatlichen oder

staatlich anerkannten Hochschule wieder einschreiben) oder bis zum Ablauf dieses Semesters das 30. Lebensjahr vollendet haben. Bei Anerkennung von besonderen Hinderungsgründen endet die Mitgliedschaft mit Ablauf des Verlängerungszeitraums zum Semesterende.

Versicherungspflichtige Studierende haben die Beiträge für das Semester zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung vor der Einschreibung bzw. Rückmeldung im Voraus an die zuständige Krankenkasse zu zahlen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) kann andere Zahlungsweisen regeln. Bei Studierenden, die ihre Verpflichtung zur Beitragszahlung nicht erfüllen, verweigert die Hochschule die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung.

Der Beitrag für die studentische Krankenversicherung errechnet sich aus 7/10 des allgemeinen Beitragssatzes (7/10 von 14,6 % = 10,22 %) und dem kassenindividuellen → *Zusatzbeitrag.* In der Pflegeversicherung gelten die ungekürzten Beitragssätze (seit 01.01.2025: 2,6 % bis 3,6 % – abhängig von der Kinderanzahl – bzw. 4,2 % mit dem Zuschlag für Kinderlose → *Beitragstragung*).

Als beitragspflichtige Einnahme wird der monatliche Bedarf berücksichtigt, der nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) für Studierende festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. Informationen zur genauen Höhe der Beiträge gibt es bei der Krankenkasse.

Beschäftigte Studierende

Studierende, die neben ihrem Studium eine oder mehrere Beschäftigungen ausüben und hierfür insgesamt mehr als 20 Wochenstunden aufwenden, unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung. Versicherungsfreiheit in der **Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung** besteht hingegen, wenn sich die Beschäftigung dem Studium unterordnet (sog. Werkstudentenprivileg).

Personen, die neben ihrem Studium nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich beschäftigt sind, gehören ihrem Erscheinungsbild nach grundsätzlich zu den Studierenden und nicht zu den Arbeitnehmern. Die Höhe des Arbeitsentgelts ist hierbei ohne Bedeutung.

Die Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit ist allerdings dann kein allein entscheidungsrelevantes Kriterium für die versicherungsrechtliche Beurteilung, wenn sie im Einzelfall so liegt, dass sie sich den Erfordernissen des Studiums anpasst und unterordnet. Dementsprechend kann bei Beschäftigungen am Wochenende sowie in

den Abend- und Nachtstunden Versicherungsfreiheit aufgrund des Werkstudentenprivilegs auch bei einer Wochenarbeitszeit von mehr als 20 Stunden in Betracht kommen, vorausgesetzt, dass Zeit und Arbeitskraft des Studierenden überwiegend durch das Studium in Anspruch genommen werden.

Vom Erscheinungsbild eines Studierenden ist jedoch nicht mehr auszugehen, wenn eine derartige Beschäftigung mit einer Wochenarbeitszeit von mehr als 20 Stunden ohne zeitliche Befristung ausgeübt wird oder auf einen Zeitraum von mehr als 26 Wochen befristet ist.

Wird eine Beschäftigung mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 20 Stunden lediglich in den Semesterferien auf mehr als 20 Stunden ausgeweitet, so bleibt auch für diese Zeit das studentische Erscheinungsbild erhalten, sodass grundsätzlich Versicherungsfreiheit aufgrund des Werkstudentenprivilegs anzunehmen ist. Etwas anderes gilt dann, wenn sich derartige Beschäftigungen mit mehr als 20 Wochenstunden im Laufe des Zeitjahres wiederholen und insgesamt mehr als 26 Wochen (182 Kalendertage) ausmachen.

In der **Rentenversicherung** besteht grundsätzlich Versicherungspflicht (kein Werkstudentenprivileg). Versicherungsfreiheit kommt jedoch im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung (drei Monate/70 Arbeitstage im Kalenderjahr) in Betracht.

Sofern es sich um eine geringfügig entlohnte Beschäftigung handelt, besteht die Möglichkeit zur Befreiung von der Rentenversicherungspflicht.

In der **Unfallversicherung** besteht für beschäftigte Studierende – unabhängig von einer evtl. Versicherungsfreiheit in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung – grundsätzlich immer ein Versicherungsschutz und demnach Beitragspflicht für die erzielten Arbeitsentgelte.

Duale Studiengänge

Teilnehmer an dualen Studiengängen sind einheitlich in allen Versicherungszweigen versicherungspflichtig – und dabei den zur Berufsausbildung Beschäftigten gleichgestellt. Hierzu wurde der Versicherungsschutz der Betroffenen dahingehend geregelt, dass einheitlich alle Teilnehmer an allen Formen von dualen Studiengängen während der gesamten Dauer des Studienganges (also sowohl während der Praxisphasen als auch während der Studienphasen) als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte gelten.

SV-Meldeportal

Arbeitgeber, die kein systemgeprüftes Entgeltabrechnungsprogramm einsetzen, müssen Meldungen, Beitragsnachweise, Entgeltbescheinigungen etc. mittels systemgeprüfter maschineller Ausfüllhilfen an die Einzugsstellen übermitteln. Seit Anfang Oktober 2023 steht Arbeitgebern hierfür das SV-Meldeportal zur Verfügung.

Zielgruppe

Das SV-Meldeportal soll vorrangig kleine Arbeitgeber bei der Erfüllung der Meldepflichten und dem Abruf von Bescheinigungen unterstützen. Aber auch mittelständische und große Unternehmen, Selbstständige, die öffentliche Verwaltung sowie Zahlstellen können das SV-Meldeportal nutzen.

Online-Datenspeicher

Das SV-Meldeportal bietet mit dem Online-Speicher – optional – einen elektronischen Aktenschrank für die Speicherung von Firmen-, Mitarbeiter- und Meldedaten an. Der Aktenschrank ist verschlüsselt, eindeutig einer Betriebsnummer zugeordnet und damit kann der Zugriff zum Schreiben und Lesen nur von den jeweils registrierten Nutzern eines Unternehmens verwaltet werden. Ein Zugriff ohne Legitimation eines Nutzers, der eigenständig die Zugriffsrechte verwaltet, ist nicht möglich. Der Datenbestand eines Aktenschranks wird für fünf Jahre vorgehalten.

Registrierung der Benutzer

Die Nutzung des SV-Meldeportals ist nach einer umfassenden Registrierung in Verbindung mit einem ELSTER-Unternehmenszertifikats möglich, das auch für das Login genutzt wird. Im Zuge der Registrierung für ein ELSTER-Unternehmenskonto erhält das Unternehmen oder ein Selbstständiger ein oder ggf. mehrere Unternehmenszertifikate, die von einem Nutzer für die einmalige Registrierung und danach für jede Anmeldung auch am SV-Meldeportal genutzt werden können.

Nutzungsgebühr

Für die Nutzung des SV-Meldeportals ist vom Nutzer eine Nutzungsgebühr zu zahlen. Die Laufzeit der kostenpflichtigen Nutzungsdauer ist auf 36 Monate beschränkt und kann danach verlängert werden.

Die Nutzungsgebühr wird bezogen auf zwei Anwendergruppen erhoben:

- Anwendergruppe 1 – Single-Mandant:
  Abgabe von Meldungen nur für eine Betriebsnummer = 36,00 Euro für die gesamte Laufzeit (1,00 Euro mtl.) netto.

- Anwendergruppe 2 – Multi-Mandanten:
  Abgabe von Meldungen für mehrere Betriebsnummern = 99,00 Euro für die gesamte Laufzeit (2,75 Euro mtl.) netto.

Die Nutzungsgebühr kann im Rahmen einer Überweisung oder über PayPal entrichtet werden.

Weitere Informationen

Die Krankenkassen und die übrigen Sozialversicherungsträger werden die Arbeitgeber über die Änderungen zur Nutzung der Ausfüllhilfe auf dem Laufenden halten. Darüber hinaus können alle Informationen von der zentralen Plattform www.sv-meldeportal.de abgerufen werden.

U

Übergangsbereich

Der Übergangsbereich, in dem Beschäftigte als Midijobber bezeichnet werden und von reduzierten Arbeitnehmerbeiträgen profitieren, beginnt bei einem Arbeitsentgelt oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze und endet bei 2.000,00 Euro. Der Übergangsbereich beginnt somit aktuell bei einem Arbeitsentgelt von 603,01 Euro und endet bei 2.000,00 Euro.

Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge und die Verteilung der Beiträge für Arbeitgeber und Arbeitnehmer erfolgt gesondert für jeden Versicherungszweig. Hierbei wird der Arbeitnehmerbeitragsanteil über eine gesonderte Formel berechnet und vom Gesamtbeitrag abgezogen, um so den Arbeitgeberbeitragsanteil zu ermitteln:

1. Fiktive beitragspflichtige Einnahme für Gesamtbeitrag (anhand Formel 1)

2. Gesamtbeitrag aus der fiktiven beitragspflichtigen Einnahme (aus Schritt 1)

3. Fiktive beitragspflichtige Einnahme für Arbeitnehmeranteil (anhand Formel 2)

4. Arbeitnehmeranteil aus der fiktiven beitragspflichtigen Einnahme (aus Schritt 3)

5. Arbeitgeberanteil als Differenz aus den Ergebnissen von Schritt 2 und Schritt 4

DEÜV-Meldungen

Im DEÜV-Meldeverfahren sind Entgeltmeldungen gesondert zu kennzeichnen, wenn der zu meldende Zeitraum Arbeitsentgelt nach den Vorschriften des Übergangsbereichs enthält.

Hierfür gibt es drei Kennzeichen (Euro-Werte gültig für 2026):

0 = Kein Arbeitsentgelt innerhalb des Übergangsbereichs.

1 = Arbeitsentgelt durchgehend innerhalb des Übergangsbereichs; tatsächliche Arbeitsentgelte betragen in allen Entgeltabrechnungszeiträumen von 603,01 Euro bis 2.000,00 Euro monatlich.

2 = Arbeitsentgelt sowohl innerhalb als auch außerhalb des Übergangsbereichs; die Meldung umfasst sowohl Entgeltabrechnungszeiträume mit Arbeitsentgelten von 603,01 Euro bis 2.000,00 Euro monatlich als auch solche mit Arbeitsentgelten unter 603,01 Euro oder über 2.000,00 Euro monatlich.

Bei Angabe des Kennzeichens 1 oder 2 ist in die Meldungen als beitragspflichtiges Bruttoarbeitsentgelt die reduzierte beitragspflichtige Einnahme einzutragen. Zusätzlich ist in diesen Fällen das der Rentenberechnung zugrunde zu legende Entgelt anzugeben. Dabei handelt es sich um das tatsächliche Entgelt, das ohne Anwendung der Regelungen zum Übergangsbereich beitragspflichtig wäre.

Umlagen

Die für die Durchführung des Erstattungsverfahrens nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz erforderlichen Mittel werden durch Umlagen von den am Ausgleich beteiligten Arbeitgebern aufgebracht.

Umlage U1

Die Umlage U1 ist für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit (→ *Entgeltfortzahlung*) zu entrichten. Sie errechnet sich nach den Bruttoarbeitsentgelten aller im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer und Auszubildenden, nach denen die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu bemessen sind. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist nicht umlagepflichtig. Den Umlagesatz setzt die jeweilige Ausgleichskasse in ihrer Satzung fest. Das Arbeitsentgelt von Arbeitnehmern, die einen befristeten Arbeitsvertrag bis zu vier Wochen haben, bleibt bei der Berechnung der Umlage außer Ansatz, da für diese Arbeitnehmer keine

gesetzliche Entgeltfortzahlung geleistet werden muss und somit keine Erstattung in Betracht kommt. Für geringfügig Beschäftigte liegt der Beitrag zur Umlage U1 bei 0,8 %; für diese Arbeitnehmer ist die Umlage an die Knappschaft-Bahn-See (Minijob-Zentrale) abzuführen.

Umlage U2

Die Umlage U2 ist für den Ausgleich der Aufwendungen nach dem Mutterschutzgesetz zu entrichten. Sie errechnet sich nach den Bruttoarbeitsentgelten aller im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer und Auszubildenden, nach denen die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu bemessen sind. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist nicht umlagepflichtig. Den Umlagesatz setzt die jeweilige Krankenkasse in ihrer Satzung fest, für geringfügig Beschäftigte (Minijob-Zentrale) liegt er bei 0,22 %.

→ *Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen*

Umlage zur Unfallversicherung

Die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung werden nach Ablauf des Kalenderjahres im Wege der Umlage festgesetzt. Die Umlage muss das Umlagesoll (= Finanzbedarf des UV-Trägers) des abgelaufenen Kalenderjahres decken.

Neben der Eigenumlage berechnen die Berufsgenossenschaften auch die Ausgleichsumlage.

Zweck der Ausgleichsumlage ist es, die einer Berufsgenossenschaft angehörenden Unternehmen vor übermäßiger Beitragsbelastung zu schützen, wenn durch besondere Ereignisse die Arbeitsentgelte im Verhältnis zu den Entschädigungsleistungen extrem sinken.

Insolvenzgeldumlage

Durch die Regelungen zum → *Insolvenzgeld* wird der Arbeitsentgeltanspruch des Arbeitnehmers für die letzten dem Insolvenzereignis vorausgehenden drei Monate des Arbeitsverhältnisses gesichert. Die Mittel für die Erstattung der Aufwendungen für das Insolvenzgeld werden durch die Insolvenzgeldumlage der Arbeitgeber aufgebracht. Der Umlagesatz für 2026 beträgt unverändert 0,15 %. Die Insolvenzgeldumlage wird von den Einzugsstellen mit dem → *Gesamtsozialversicherungsbeitrag* eingezogen und an die Bundesagentur für Arbeit weitergeleitet.

Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung (geregelt im SGB VII) ist ein Zweig der Sozialversicherung. Sie sichert im Wesentlichen die gesundheitlichen Risiken des Arbeitslebens ab und erbringt Leistungen bei einem → *Arbeitsunfall* und einer → *Berufskrankheit.* Eine wesentliche Aufgabe der Unfallversicherung ist es auch, Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und sonstigen arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen.

Dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung unterliegen neben den Arbeitnehmern aber auch andere Personengruppen, wie z. B. Kindergartenkinder, Schüler und Studierende.

Die Leistungen der Unfallversicherung umfassen neben der Prävention u. a. Heilbehandlung (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung), Entgeltersatzleistungen (Verletztengeld, Übergangsgeld) und Rentenleistungen wie Verletzten- und Hinterbliebenenrente. Auch → *Sterbegeld* gehört zu den Leistungen.

Der Unternehmer und die Mitarbeiter sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von Schadenersatzansprüchen wegen des Personenschadens grundsätzlich freigestellt.

Träger der Unfallversicherung sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Spitzenverband aller Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). Neben einer Vielzahl von Aufgaben für seine Mitglieder nimmt der Verband zahlreiche öffentlich-rechtliche Aufgaben wahr.

Unständig Beschäftigte

Unständig Beschäftigte sind Personen, die Beschäftigungen von weniger als einer Woche ausüben. Bei berufsmäßig unständig Beschäftigten handelt es sich um Personen, deren Erwerbstätigkeit wirtschaftlich und zeitlich durch diese Beschäftigungen bestimmt wird (im Hauptberuf). Unständig ist eine Beschäftigung, die auf weniger als eine Woche entweder von der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im Voraus durch Arbeitsvertrag beschränkt ist.

Unständig sind Beschäftigungen nur dann, wenn es sich nicht tatsächlich um regelmäßig wiederkehrende Beschäftigungen oder Dauerbeschäftigungen handelt. Eine Dauerbeschäftigung liegt dann vor, wenn sich einzelne Arbeitseinsätze von Beginn an in gewissen Abständen vereinbarungsgemäß wiederholen.

Bei unständig Beschäftigten werden der Beginn und das Ende der Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung durch die Regelungen über die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bestimmt. Im Übrigen gelten die allgemeinen Regelungen für abhängig Beschäftigte gleichermaßen. Für die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung gelten die allgemeinen Regelungen für abhängig Beschäftigte ebenfalls. In der Arbeitslosenversicherung sind berufsmäßig unständig Beschäftigte versicherungsfrei.

Für den Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz sind die unständig Beschäftigten bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Arbeitnehmer zu berücksichtigen (→ *Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen*).

Beitragspflichtige Einnahme unständig Beschäftigter ist das gesamte innerhalb eines Kalendermonats erzielte Arbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung (2026:
5.812,50 Euro) bzw. der Rentenversicherung (2026: 8.450,00 Euro).

Unständig Beschäftigte haben wegen der Befristung ihrer Beschäftigungsverhältnisse keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens sechs Wochen. Der Krankengeldanspruch für unständig Beschäftigte ist daher grundsätzlich ausgeschlossen. Allerdings kann ein gesetzlicher Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit gewählt werden. Für die ersten sechs Wochen bieten die Krankenkassen einen → *Wahltarif* an.

Abhängig davon, ob er sich für einen Krankengeldanspruch entscheidet, gilt für den unständig Beschäftigten ein Beitragssatz von 14,6 % (allgemeiner Beitragssatz – bei Anspruch auf Krankengeld) bzw. von 14,0 % (ermäßigter Beitragssatz – kein Krankengeldanspruch). Die Beiträge hieraus werden, wie auch ein möglicher → *Zusatzbeitrag* der Krankenkasse, je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer getragen.

Meldeverfahren: Für berufsmäßig unständig Beschäftigte (Personengruppe 118) sind die Beschäftigungszeiten verpflichtend in einer An- und Abmeldung zusammenzufassen, wenn der Zeitraum der Unterbrechung zwischen den einzelnen unständigen Beschäftigungen nicht mehr als drei Wochen beträgt. Für nicht berufsmäßig unständig Beschäftigte (Personengruppe 117) gilt dies nicht.

V

Verpflegungsmehraufwendungen

Vergütungen für Verpflegungsmehraufwendungen anlässlich einer Auswärtstätigkeit im Inland sind insoweit steuerfrei, wie bestimmte Pauschbeträge nicht überschritten werden:

Dauer der Abwesenheit	Pauschbetrag
Weniger als 24 Stunden, aber mindestens 8 Stunden	14,00 Euro
24 Stunden	28,00 Euro
An- und Abreisetage einer Auswärtstätigkeit, die sich über mehrere Tage erstreckt	Jeweils 14,00 Euro

Versicherungsfreiheit

Arbeitnehmer sind in ihrer Beschäftigung grundsätzlich sozialversicherungspflichtig. Allerdings führen bestimmte Ausschlusstatbestände zur Versicherungsfreiheit.

Krankenversicherung

Krankenversicherungsfrei (§ 6 SGB V) sind u. a. Personen wegen Überschreitens der → *Jahresarbeitsentgeltgrenze* sowie Beamte, Richter und ähnlich versorgte Personen – auch wenn sie Anspruch auf Ruhegehalt haben – und Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind (Werkstudentenprivileg).

Rentenversicherung

Rentenversicherungsfrei in einer Beschäftigung sind nach § 5 SGB VI besondere Personengruppen, z. B. Beamte und Richter auf Lebenszeit, in dieser Beschäftigung und in weiteren Beschäftigungen. Der Grund für die Versicherungsfreiheit besteht in der Anwartschaft dieser Personen auf Versorgung im Alter und bei Erwerbsminderung durch den Dienstherrn. Die Gewährleistung von Anwartschaften begründet die Versicherungsfreiheit daher von Beginn des Monats an, in dem die Zusicherung der Anwartschaften vertraglich erfolgt. Aus dem gleichen Grund sind Personen

versicherungsfrei, die einen Anspruch auf Versorgung durch ein berufsständisches Versorgungswerk haben.

Ebenfalls rentenversicherungsfrei sind Personen, die bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht rentenversichert waren oder danach eine Beitragserstattung erhalten haben.

Darüber hinaus waren Rentner, die eine Vollrente wegen Alters beziehen, bis zum 31.12.2016 rentenversicherungsfrei, wenn sie eine Beschäftigung ausübten. Um zu verhindern, dass ihre Vollrente in eine Teilrente umgewandelt wurde, waren hier allerdings Hinzuverdienstgrenzen zu beachten.

Seit 2017 ist ein Altersvollrentner bei Neuaufnahme einer Beschäftigung nur dann rentenversicherungsfrei, wenn er bereits die Regelaltersgrenze erreicht hat – andernfalls ist die Beschäftigung rentenversicherungspflichtig.

Arbeitslosenversicherung

Auch hier sind besondere Personengruppen versicherungsfrei (§§ 27, 28 SGB III):

- Beamte, Richter, usw. unter bestimmten Voraussetzungen,
- Lehrer an privaten genehmigten Ersatzschulen unter bestimmten Voraussetzungen,
- satzungsmäßige Mitglieder von geistlichen Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen unter bestimmten Voraussetzungen,
- Mitglieder des Vorstandes einer Aktiengesellschaft für das Unternehmen, dessen Vorstand sie angehören,
- berufsmäßig unständig Beschäftigte,
- Beschäftigung als Heimarbeiter, die gleichzeitig mit einer Tätigkeit als Zwischenmeister ausgeübt wird, wenn der überwiegende Teil des Verdienstes aus der Tätigkeit als Zwischenmeister bezogen wird,
- Beschäftigung als ausländischer Arbeitnehmer zur beruflichen Aus- oder Fortbildung unter bestimmten Voraussetzungen,
- Beschäftigung als ehrenamtlicher Bürgermeister oder ehrenamtlicher Beigeordneter,

- Schüler und ordentlich Studierende, die während dieser Zeit eine Beschäftigung ausüben,

- Personen, die das Lebensjahr für den Anspruch auf die Regelaltersrente vollendet haben, mit Ablauf des Monats, in dem sie dieses Lebensjahr vollenden,

- Personen, die wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit dauernd nicht mehr verfügbar sind, von dem Zeitpunkt an, an dem die Arbeits-agentur diese Minderung der Leistungsfähigkeit und der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung volle Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung festgestellt haben,

- Personen während der Zeit, für die ihnen eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung vergleichbare Leistung eines ausländischen Leistungsträgers zuerkannt ist.

Geringfügige Beschäftigung

Bei → *geringfügigen Beschäftigungen* ist zwischen einer geringfügig entlohnten Beschäftigung und einer kurzfristigen Beschäftigung zu unterscheiden. Beide Beschäftigungsarten sind grundsätzlich versicherungsfrei (Ausnahme: Rentenversicherungspflicht für geringfügig entlohnte Beschäftigungen).

Versicherungsnummer

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) vergibt die Versicherungsnummer. Diese setzt sich zusammen aus

1. der Bereichsnummer des zuständigen Trägers der Rentenversicherung (zwei Stellen),

2. dem Geburtsdatum (sechs Stellen),

3. dem Anfangsbuchstaben des Geburtsnamens (eine Stelle),

4. der Seriennummer (zwei Stellen) und

5. der Prüfziffer (eine Stelle).

Früher war es üblich, bei Aufnahme einer neuen Beschäftigung den Sozialversicherungsausweis vorzulegen. Aus diesem konnte der Arbeitgeber die Versicherungsnummer für Meldungen zur Sozialversicherung entnehmen. Mittlerweile sind neu eingestellte Beschäftigte nicht mehr dazu verpflichtet, diesen (weiterhin gültigen) Ausweis oder dessen Nachfolger, den Versicherungsnummernnachweis, vorzulegen.

Weisen neue Mitarbeiter keine Versicherungsnummer nach, erfolgt über das Entgeltabrechnungssystem des Arbeitgebers eine entsprechende Abfrage bei der Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV). Aus der Rückmeldung der DSRV wird die Versicherungsnummer dann systemseitig übernommen.

Arbeitnehmer bestimmter Branchen, die früher zur Mitführung des SV-Ausweises verpflichtet waren, haben schon seit Jahren nur noch amtliche Personaldokumente mitzuführen (→ *Mitführungspflicht*).

Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht ergibt sich in

- der Krankenversicherung aus § 5 SGB V,
- der Rentenversicherung aus §§ 1 ff. SGB VI,
- der Arbeitslosenversicherung aus §§ 25 ff. SGB III,
- der Pflegeversicherung aus §§ 20 ff. SGB XI,
- der Unfallversicherung aus §§ 2 ff. SGB VII.

Versicherungspflichtig in allen Zweigen der Sozialversicherung sind grundsätzlich Arbeitnehmer, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt werden, es sei denn, sie sind aufgrund gesetzlicher Regelungen versicherungsfrei (→ *Versicherungsfreiheit*). In der Arbeitslosen- und Rentenversicherung sind zur Berufsausbildung Beschäftigte auch ohne Zahlung von Arbeitsentgelt versicherungspflichtig. In der → *Unfallversicherung* sind Arbeitnehmer und zur Berufsausbildung Beschäftigte unabhängig von der Zahlung von Arbeitsentgelt kraft Gesetzes versichert.

Darüber hinaus gibt es weitere Personengruppen, die nur in einzelnen Versicherungszweigen versicherungspflichtig sind:

Krankenversicherung

Der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen z. B. auch

- Arbeitslosengeldbezieher,
- Bezieher von Leistungen nach dem SGB II,
- Landwirte und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen,
- Künstler und Publizisten,
- bestimmte behinderte Menschen,
- Studierende,
- Praktikanten,
- Rentenbezieher (nach Erfüllung einer Vorversicherungszeit),
- Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben.

Nicht versicherungspflichtig sind Personen, die eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben (§ 5 Abs. 5 SGB V).

Pflegeversicherung

In der sozialen Pflegeversicherung sind grundsätzlich alle Personen versichert, die auch gesetzlich krankenversichert sind.

Rentenversicherung

Rentenversicherungspflichtig sind z. B. bei Erfüllung der geforderten Voraussetzungen

- behinderte Menschen,
- Bezieher von Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld),
- nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen,
- Bezieher von Leistungen nach dem SGB II,
- bestimmte selbstständig Tätige.

Arbeitslosenversicherung

Der Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegen z. B. bei Erfüllung der geforderten Voraussetzungen

- Jugendliche, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten,
- Freiwilligendienstleistende (sofern sie nicht als Arbeitnehmer versichert sind),
- Gefangene, die Arbeitsentgelt erhalten,
- Bezieher von Entgeltersatzleistungen,
- Personen, die in Elternzeit sind und ein Kind bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres erziehen,
- Personen, die eine Pflegezeit in Anspruch nehmen.

Unfallversicherung

Der Unfallversicherungspflicht unterliegen z. B. bei Erfüllung der geforderten Voraussetzungen

- behinderte Menschen,
- Personen in der Landwirtschaft,
- Kinder während des Besuchs von Kindergärten,
- Schüler,
- Studierende,
- ehrenamtlich Tätige,
- Personen, die bei Unglücksfällen Hilfe leisten,
- Blut- und Organspender,
- Pflegepersonen.

Versicherungspflicht tritt kraft Gesetzes ein und ist unabhängig von der Erstattung von Meldungen und/oder einer Beitragszahlung.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann zu den einzelnen Sozialversicherungszweigen → *Versicherungsfreiheit* vorliegen.

Versorgungsbezüge

Für die der Rente vergleichbaren Einnahmen wird im Sozialgesetzbuch der Begriff „Versorgungsbezüge" verwendet. Diese Versorgungsbezüge werden nur insoweit für die Beitragsbemessung in der Kranken- und Pflegeversicherung herangezogen, als sie wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Alters- oder Hinterbliebenenversorgung erzielt werden. Der Grad der Erwerbsminderung sowie das Alter des Versorgungsempfängers spielen dabei keine Rolle.

Die Versorgungsbezüge werden – ebenso wie die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung – mit ihrem Zahlbetrag bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt. Unter Zahlbetrag ist dabei der unter Anwendung aller Versagens-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften zur Auszahlung gelangende Betrag zu verstehen. Die auf die Versorgungsbezüge entfallende Steuer darf ebenso wenig abgezogen werden wie eventuelle Abzweigungsbeträge infolge einer Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung bzw. Abzweigungsbeträge nach § 94 Abs. 5 ALG (geteilte Auszahlung der Rente). Unterhaltszahlungen an den geschiedenen Ehegatten mindern ebenfalls nicht den Zahlbetrag der Versorgungsbezüge.

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen sind nur zu entrichten, wenn sie insgesamt die Mindesteinnahmegrenze von 1/20 der monatlichen Bezugsgröße (2026: 197,75 Euro) im Monat übersteigen. Darüber hinaus gilt seit 2020 ausschließlich für Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V (sog. Betriebsrenten) zusätzlich ein Freibetrag von ebenfalls 1/20 der monatlichen Bezugsgröße.

Wird die Mindesteinnahmegrenze lediglich durch eine Einmalzahlung überschritten, besteht aufgrund des für Einmalzahlungen geltenden Zuflussprinzips im Zahlungsmonat Beitragspflicht (für Betriebsrenten nur oberhalb des zusätzlichen Freibetrages). Dies gilt selbst dann, wenn die Mindesteinnahmegrenze bei Umrechnung der Einmalzahlung auf das Kalenderjahr nicht überschritten würde.

Einmalige Abfindungen von Versorgungsbezügen, wie z. B. eine Direktversicherung, sind mit 1/120 der Leistung für den Kalendermonat anzurechnen, längstens jedoch für 120 Monate (§ 229 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

W

Wahltarife

Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Wahltarife anzubieten. Die Versicherten haben dadurch mehr Wahlmöglichkeiten und eine bessere Vergleichbarkeit der Angebote. Sie sollen so von einem umfassenden Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen profitieren. Es gibt Wahltarife, die von allen Krankenkassen anzubieten sind und darüber hinaus optionale Wahltarife, die angeboten werden können.

Tarife für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (Besondere Versorgung, Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten, Teilnahme an Modellvorhaben, Hausarztzentrierte Versorgung) müssen die Krankenkassen anbieten. Als Bonus für die Teilnahme an einem dieser Programme können entweder Prämienzahlungen oder eine Ermäßigung der Zuzahlungen vorgesehen werden.

Freiwillig können die Krankenkassen Wahltarife mit Selbstbehalt anbieten. Das Mitglied verpflichtet sich hierbei, einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten selbst zu übernehmen und erhält im Gegenzug von seiner Krankenkasse eine im Wahltarif vereinbarte Prämie.

Zudem können Versicherte durch einen Wahltarif die Übernahme der Kosten für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel absichern. Für den erweiterten Leistungsanspruch kann die Krankenkasse spezielle Prämienzahlungen vorsehen.

Darüber hinaus haben die Krankenkassen ihren Mitgliedern, soweit diesen bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkommen entgeht, einen Wahltarif Krankengeld anzubieten, der auch individuell den Beginn der Krankengeldzahlung festlegen kann.

Zu beachten ist allerdings, dass sich Versicherte – abhängig vom gewählten Tarif – für ein Jahr bzw. drei Jahre an ihre Krankenkasse binden (Ausnahme: Sonderkündigungsrecht z. B. wegen einer Erhöhung des → *Zusatzbeitrags*).

Wehrdienst

Mitte 2011 wurde die Wehrpflicht ausgesetzt. Seitdem besteht die Möglichkeit, einen freiwilligen Wehrdienst abzuleisten.

Sozialversicherung

Eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung besteht – auf Kosten des Bundes – während des freiwilligen Wehrdienstes weiter. Auch in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht Versicherungspflicht. Darüber hinaus zahlt der Bund Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, sodass die freiwilligen Dienstzeiten einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gleichgestellt sind.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung werden für Personen, deren Mitgliedschaft während des freiwilligen Wehrdienstes fortbesteht, pauschal berechnet.

Werte der Sozialversicherung

Rechengrößen 2026 (in Euro)	Bundesweit
Beitragsbemessungsgrenzen	
KV, PV	5.812,50
RV, ALV	8.450,00
Bezugsgröße	3.955,00
Jahresarbeitsentgeltgrenze	
Allgemeine	77.400,00
Besondere (Bestandsfälle PKV)	69.750,00
Geringfügigkeitsgrenze	603,00
Geringverdienergrenze Zur Berufsausbildung Beschäftigte	325,00
Sachbezugswerte	
Frühstück	71,00
Mittagessen	137,00
Abendessen	137,00
Verpflegung gesamt	345,00
Freie Unterkunft	285,00
Gesamtsachbezugswert	630,00
Beitragssätze	
KV allgemeiner Beitragssatz	14,6 %
KV ermäßigter Beitragssatz	14,0 %
KV durchschnittlicher Zusatzbeitrag	2,9 %
PV (Mitglieder mit einem Kind)	3,6 %
PV (Beitragsabschlag ab dem 2. Kind – je Kind)*	0,25 %
PV (Beitragszuschlag Kinderlose)**	0,6 %
RV	18,6 %
ALV	2,6 %

* gilt für das 2. bis 5. Kind bis zum 25. Lebensjahr (→ *Beitragstragung*)
** gilt u. a. nicht für Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Z

Zahnärztliche Behandlung

Versicherte haben Anspruch auf zahnärztliche Behandlung, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Die Kostenübernahme erfolgt für alle anerkannten vertraglich vereinbarten Behandlungs- und Heilmethoden durch die gesetzlichen Krankenkassen. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen aufwendigere Versorgungen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen (§ 28 SGB V).

Zahnersatz

Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Zahnersatz, der dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

Beim Zahnersatz zahlen die Krankenkassen grundsätzlich einen befundorientierten Festzuschuss zu den „Vertragskosten" für alle Zahnersatzleistungen (z. B. Prothesen, Brücken oder Kronen). Die restlichen Kosten muss der Versicherte grundsätzlich selbst tragen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt auf der Grundlage der Zahnersatz-Richtlinien die Befunde, für die Festzuschüsse gewährt werden und ordnet diesen Befunden eine prothetische Regelversorgung zu.

Wählt ein Versicherter die Regelversorgung, erhält er von seiner Krankenkasse den entsprechenden befundorientierten Festzuschuss in Höhe von 60 %. Wählt ein Versicherter eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung – eine „aufwendigere gleichartige" oder eine „aufwendigere andersartige" Versorgung – erhält er ebenfalls den entsprechenden befundorientierten Festzuschuss wie bei der Regelversorgung.

Der gesetzliche Festzuschuss erhöht sich auf 70 %, wenn Versicherte sich regelmäßig um die Gesunderhaltung ihrer Zähne bemühen. Die Voraussetzung für diesen Bonus ist erfüllt, wenn sich ein Versicherter nachweislich (Eintrag im Bonusheft) in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung mindestens einmal im

Jahr zahnärztlich untersuchen ließ. Der Zuschuss erhöht sich auf 75 % bei einem jährlichen Kontrolltermin in den letzten zehn Jahren. Das Jahr, in dem die Behandlung stattfindet, zählt bei der Berechnung des Bonus nicht mit.

Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen (§ 136a Abs. 4 SGB V).

Bei einer unzumutbaren Belastung des Versicherten übernimmt die Krankenkasse die Kosten für den Zahnersatz in Höhe von 100 % für die Regelversorgung bzw. maximal bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten.

Eine unzumutbare Belastung liegt u. a. vor, wenn der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt oder ähnliche Leistungen erhält oder wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 1.582,00 Euro (2026) nicht übersteigen. Die Einkünfte der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen werden hinzugerechnet. Die Belastungsgrenze erhöht sich für den ersten Angehörigen um 593,25 Euro, für jeden weiteren um 395,50 Euro. Außerdem erstattet die Krankenkasse bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Betrag, soweit die Festzuschüsse das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der maßgebenden Einnahmegrenze (für Alleinstehende 1.582,00 Euro, erster Haushaltsangehöriger 593,25 Euro, jeder weitere Haushaltsangehörige 395,50 Euro) übersteigen, maximal aber 100 % des Regelversorgungsbetrages bzw. die tatsächlichen Kosten.

Zusatzbeitrag

Die Krankenkassen müssen einen individuellen, einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben, wenn ihr Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt wird.

Bis Ende 2018 wurde dieser kassenindividuelle Zusatzbeitrag vom Arbeitnehmer allein getragen. Im Zusammenhang mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) wurde diese Regelung Anfang 2019 geändert. Zwar setzt sich der Krankenversicherungsbeitrag auch seit diesem Zeitpunkt aus dem allgemeinen (bzw. ermäßigten) und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag zusammen, allerdings wird auch dieser nun von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen gemeinsam getragen.

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

Anstelle des individuellen Zusatzbeitragssatzes hat die Krankenkasse für bestimmte Personenkreise einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag (2026: 2,9 %) zu erheben. Diesen legt das Bundesministerium für Gesundheit nach Auswertung der Ergebnisse des GKV-Schätzerkreises fest und gibt ihn jeweils bis zum 01.11. für das gesamte Folgejahr im Bundesanzeiger bekannt.

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist u. a. bei den sog. Geringverdienern (zur Berufsausbildung Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt bis 325,00 Euro) anzuwenden. Für sie trägt der Arbeitgeber den Krankenversicherungsbeitrag (14,6 %) und den durchschnittlichen Zusatzbeitrag allein.

Zu den weiteren Personenkreisen, auf die der durchschnittliche Zusatzbeitrag anzuwenden ist, zählen

- versicherungspflichtige Bezieher von Bürgergeld,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen sowie
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Mitteilungspflichten der Krankenkassen

Spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben bzw. für den der Zusatzbeitrag erhöht wird, ist jedes Mitglied von seiner Krankenkasse schriftlich auf das Sonderkündigungsrecht, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen hinzuweisen.

Liegt der erstmals erhobene oder erhöhte Zusatzbeitragssatz über dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, hat die Krankenkasse ihre Versicherten zusätzlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass sie in eine günstigere Krankenkasse wechseln können.

Sonderkündigungsrecht

Wählt der Arbeitnehmer eine Krankenkasse, ist er 12 Monate an diese Wahl gebunden (→ *Bindungsfrist*). Erhebt jedoch die Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht diesen, kann die Mitgliedschaft bis zum Ablauf des Monats gekündigt werden, in dem der (erhöhte) Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird. Die 12-monatige Bindungsfrist gilt in diesem Fall nicht; die Kündigung wird zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam (→ *Kündigungsrecht*).

Kein Zahlungsaufschub bei Sonderkündigung

Der von der Krankenkasse erstmals erhobene oder erhöhte Zusatzbeitrag muss auch während der laufenden Kündigungsfrist vom Mitglied gezahlt werden.

Zuzahlungen

Leistungen	Zuzahlung
Arznei- und Verbandmittel	10 % der Kosten, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Fahrkosten	10 % der Kosten, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Haushaltshilfe	10 % der Kosten kalendertäglich, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten und 10,00 Euro je Verordnung*
Heilmittel	10 % der Kosten und 10,00 Euro je Verordnung
Hilfsmittel	10 % der Kosten, mindestens 5,00 Euro, höchstens 10,00 Euro, nicht mehr als die tatsächlichen Kosten
Krankenhausbehandlung, Anschlussrehabilitation	10,00 Euro täglich**
Stationäre Vorsorge-, Stationäre Rehabilitations-, Ambulante Rehabilitationsleistungen	10,00 Euro kalendertäglich bzw. 10,00 Euro je Behandlungstag (bei ambulanten Rehabilitationsleistungen)
Zahnersatz	→ *Zahnersatz*
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	10 % der Kosten, höchstens 10,00 Euro für den gesamten Monatsbedarf

→ *Belastungsgrenze*

Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs sind von den Zuzahlungen befreit (Ausnahme Fahrkosten, Zahnersatz und grds. kieferorthopädische Behandlung). Einige Arzneimittel mit einem Abgabepreis bis zum Festbetrag sind auch für Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres zuzahlungsfrei. Informationen dazu erhalten Sie beim Arzt oder Apotheker.

Jahreskalender 2026

Januar							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1				1	2	3	4
2	5	6	7	8	9	10	11
3	12	13	14	15	16	17	18
4	19	20	21	22	23	24	25
5	26	27	28	29	30	31	

Februar							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
5							1
6	2	3	4	5	6	7	8
7	9	10	11	12	13	14	15
8	16	17	18	19	20	21	22
9	23	24	25	26	27	28	

März							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
9							1
10	2	3	4	5	6	7	8
11	9	10	11	12	13	14	15
12	16	17	18	19	20	21	22
13	23	24	25	26	27	28	29
14	30	31					

April							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
14			1	2	3	4	5
15	6	7	8	9	10	11	12
16	13	14	15	16	17	18	19
17	20	21	22	23	24	25	26
18	27	28	29	30			

Mai							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
18					1	2	3
19	4	5	6	7	8	9	10
20	11	12	13	14	15	16	17
21	18	19	20	21	22	23	24
22	25	26	27	28	29	30	31

Juni							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
23	1	2	3	4	5	6	7
24	8	9	10	11	12	13	14
25	15	16	17	18	19	20	21
26	22	23	24	25	26	27	28
27	29	30					

Juli							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
27			1	2	3	4	5
28	6	7	8	9	10	11	12
29	13	14	15	16	17	18	19
30	20	21	22	23	24	25	26
31	27	28	29	30	31		

August							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
31						1	2
32	3	4	5	6	7	8	9
33	10	11	12	13	14	15	16
34	17	18	19	20	21	22	23
35	24	25	26	27	28	29	30
36	31						

September							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
36		1	2	3	4	5	6
37	7	8	9	10	11	12	13
38	14	15	16	17	18	19	20
39	21	22	23	24	25	26	27
40	28	29	30				

Oktober							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
40				1	2	3	4
41	5	6	7	8	9	10	11
42	12	13	14	15	16	17	18
43	19	20	21	22	23	24	25
44	26	27	28	29	30	31	

November							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
44							1
45	2	3	4	5	6	7	8
46	9	10	11	12	13	14	15
47	16	17	18	19	20	21	22
48	23	24	25	26	27	28	29
49	30						

Dezember							
KW	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
49		1	2	3	4	5	6
50	7	8	9	10	11	12	13
51	14	15	16	17	18	19	20
52	21	22	23	24	25	26	27
53	28	29	30	31			

Bundeseinheitliche, gesetzliche Feiertage

Ges. Feiertage in einigen Bundesländern / in Regionen einiger Bundesländer

Gesetzliche Feiertage im Kalender 2026

1.1.	Neujahrstag	bundesweiter Feiertag
6.1.	Heilige Drei Könige	nur in Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen-Anhalt
8.3.	Internationaler Frauentag	nur in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern
3.4.	Karfreitag	bundesweiter Feiertag
5.4.	Ostersonntag	nur in Brandenburg
6.4.	Ostermontag	bundesweiter Feiertag
1.5.	1. Mai / Tag der Arbeit	bundesweiter Feiertag
14.5.	Christi Himmelfahrt	bundesweiter Feiertag
24.5.	Pfingstsonntag	nur in Brandenburg
25.5.	Pfingstmontag	bundesweiter Feiertag
4.6.	Fronleichnam	nur in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, NRW, Rheinland-Pfalz, Saarland sowie regional in Sachsen, Thüringen
8.8.	Friedensfest	nur in Augsburg (Bayern)
15.8.	Mariä Himmelfahrt	nur im Saarland sowie regional in Bayern
20.9.	Weltkindertag	nur in Thüringen
3.10.	Tag der Deutschen Einheit	bundesweiter Feiertag
31.10.	Reformationstag	nur in Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
1.11.	Allerheiligen	nur in Baden-Württemberg, Bayern, NRW, Rheinland-Pfalz, Saarland
18.11.	Buß- und Bettag	nur in Sachsen
25.12.	1. Weihnachtstag	bundesweiter Feiertag
26.12.	2. Weihnachtstag	bundesweiter Feiertag

Ferienkalender 2026

Land	Winter	Ostern	Himmelfahrt/ Pfingsten	Sommer	Herbst	Weihnachten
Baden-Württemberg	–	30.03. - 11.04.	26.05. - 05.06.	30.07. - 12.09.	26.10. - 30.10. + 31.10.	23.12. - 09.01.
Bayern	16.02. - 20.02.	30.03. - 10.04.	26.05. - 05.06.	03.08. - 14.09.	02.11. - 06.11. + 18.11.	24.12. - 08.01.
Berlin	02.02. - 07.02.	30.03. - 10.04. + 15.05.	26.05.	09.07. - 22.08.	19.10. - 31.10.	23.12. - 02.01.
Brandenburg	02.02. - 07.02.	30.03. - 10.04. + 15.05.	26.05.	09.07. - 22.08.	19.10. - 30.10.	23.12. - 02.01.
Bremen	02.02. - 03.02.	23.03. - 07.04.	15.05. + 26.05.	02.07. - 12.08.	12.10. - 24.10.	23.12. - 09.01.
Hamburg	30.01.	02.03. - 13.03.	11.05. - 15.05.	09.07. - 19.08.	19.10. - 30.10.	21.12. - 01.01.
Hessen	–	30.03. - 10.04.	-	29.06. - 07.08.	05.10. - 17.10.	23.12. - 12.01.
Mecklenburg-Vorpommern	09.02. - 20.02.	30.03. - 08.04.	15.05. + 22.05. - 26.05.	13.07. - 22.08.	19.10. - 24.10. + 26.11. - 27.11.	19.12. - 02.01.
Niedersachsen	02.02. - 03.02.	23.03. - 07.04.	15.05. + 26.05.	02.07. - 12.08.	12.10. - 24.10.	23.12. - 09.01.
Nordrhein-Westfalen	–	30.03. - 11.04.	26.05.	20.07. - 01.09.	17.10. - 31.10.	23.12. - 06.01.
Rheinland-Pfalz	–	30.03. - 10.04.	–	29.06. - 07.08.	05.10. - 16.10.	23.12. - 08.01.
Saarland	16.02. - 20.02.	07.04. - 17.04.	–	29.06. - 07.08.	05.10. - 16.10.	21.12. - 31.12.
Sachsen	09.02. - 21.02.	03.04. - 10.04. + 15.05.	–	04.07. - 14.08.	12.10. - 24.10.	23.12. - 02.01.
Sachsen-Anhalt	31.01. - 06.02.	30.03. - 04.04.	26.05. - 29.05.	04.07. - 14.08.	19.10. - 30.10.	21.12. - 02.01.
Schleswig-Holstein	02.02. - 03.02.	26.03. - 10.04.	15.05.	04.07. - 15.08.	12.10. - 24.10.	21.12. - 06.01.
Thüringen	16.02. - 21.02.	07.04. - 17.04.	15.05.	04.07. - 14.08.	12.10. - 24.10.	23.12. - 02.01.

Erster und letzter Ferientag. Alle Angaben ohne Gewähr.

Fristenkalender 2026

Mutterschaftsgeld · Krankengeld · Entgeltfortzahlung

JANUAR					FEBRUAR					MÄRZ					APRIL					MAI					JUNI				
20.11.	**1 Do**	31	12. 2.	26. 2.	21.12.	**1 So**	28	15. 3.	29. 3.	18. 1.	**1 So**	31	12. 4.	26. 4.	18. 2.	**1 Mi**	30	13. 5.	27. 5.	20. 3.	**1 Fr**	31	12. 6.	26. 6.	20. 4.	**1 Mo**	30	13. 7.	27. 7.
21.11.	**2 Fr**	30	13. 2.	27. 2.	22.12.	**2 Mo**	27	16. 3.	30. 3.	19. 1.	**2 Mo**	30	13. 4.	27. 4.	19. 2.	**2 Do**	29	14. 5.	28. 5.	21. 3.	**2 Sa**	30	13. 6.	27. 6.	21. 4	**2 Di**	29	14. 7.	28. 7.
22.11.	**3 Sa**	29	14. 2.	28. 2.	23.12.	**3 Di**	26	17. 3.	31. 3.	20. 1.	**3 Di**	29	14. 4.	28. 4.	20. 2.	**3 Fr**	28	15. 5.	29. 5.	22. 3.	**3 So**	29	14. 6.	28. 6.	22. 4.	**3 Mi**	28	15. 7.	29. 7.
23.11.	**4 So**	28	15. 2.	1. 3.	24.12.	**4 Mi**	25	18. 3.	1. 4.	21. 1.	**4 Mi**	28	15. 4.	29. 4.	21. 2.	**4 Sa**	27	16. 5.	30. 5.	23. 3.	**4 Mo**	28	15. 6.	29. 6.	23. 4.	**4 Do**	27	16. 7.	30. 7.
24.11.	**5 Mo**	27	16. 2.	2. 3.	25.12.	**5 Do**	24	19. 3.	2. 4.	22. 1.	**5 Do**	27	16. 4.	30. 4.	22. 2.	**5 So**	26	17. 5.	31. 5.	24. 3.	**5 Di**	27	16. 6.	30. 6.	24. 4.	**5 Fr**	26	17. 7.	31. 7.
25.11.	**6 Di**	26	17. 2.	3. 3.	26.12.	**6 Fr**	23	20. 3.	3. 4.	23. 1.	**6 Fr**	26	17. 4.	1. 5.	23. 2.	**6 Mo**	25	18. 5.	1. 6.	25. 3.	**6 Mi**	26	17. 6.	1. 7.	25. 4.	**6 Sa**	25	18. 7.	1. 8.
26.11.	**7 Mi**	25	18. 2.	4. 3.	27.12.	**7 Sa**	22	21. 3.	4. 4.	24. 1.	**7 Sa**	25	18. 4.	2. 5.	24. 2.	**7 Di**	24	19. 5.	2. 6.	26. 3.	**7 Do**	25	18. 6.	2. 7.	26. 4.	**7 So**	24	19. 7.	2. 8.
27.11.	**8 Do**	24	19. 2.	5. 3.	28.12.	**8 So**	21	22. 3.	5. 4.	25. 1.	**8 So**	24	19. 4.	3. 5.	25. 2.	**8 Mi**	23	20. 5.	3. 6.	27. 3.	**8 Fr**	24	19. 6.	3. 7.	27. 4.	**8 Mo**	23	20. 7.	3. 8.
28.11.	**9 Fr**	23	20. 2.	6. 3.	29.12.	**9 Mo**	20	23. 3.	6. 4.	26. 1.	**9 Mo**	23	20. 4.	4. 5.	26. 2.	**9 Do**	22	21. 5.	4. 6.	28. 3.	**9 Sa**	23	20. 6.	4. 7.	28. 4.	**9 Di**	22	21. 7.	4. 8.
29.11.	**10 Sa**	22	21. 2.	7. 3.	30.12.	**10 Di**	19	24. 3.	7. 4.	27. 1.	**10 Di**	22	21. 4.	5. 5.	27. 2.	**10 Fr**	21	22. 5.	5. 6.	29. 3.	**10 So**	22	21. 6.	5. 7.	29. 4.	**10 Mi**	21	22. 7.	5. 8.
30.11.	**11 So**	21	22. 2.	8. 3.	31.12.	**11 Mi**	18	25. 3.	8. 4.	28. 1.	**11 Mi**	21	22. 4.	6. 5.	28. 2.	**11 Sa**	20	23. 5.	6. 6.	30. 3.	**11 Mo**	21	22. 6.	6. 7.	30. 4.	**11 Do**	20	23. 7.	6. 8.
1.12.	**12 Mo**	20	23. 2.	9. 3.	1. 1.	**12 Do**	17	26. 3.	9. 4.	29. 1.	**12 Do**	20	23. 4.	7. 5.	1. 3.	**12 So**	19	24. 5.	7. 6.	31. 3.	**12 Di**	20	23. 6.	7. 7.	1. 5.	**12 Fr**	19	24. 7.	7. 8.
2.12.	**13 Di**	19	24. 2.	10. 3.	2. 1.	**13 Fr**	16	27. 3.	10. 4.	30. 1.	**13 Fr**	19	24. 4.	8. 5.	2. 3.	**13 Mo**	18	25. 5.	8. 6.	1. 4.	**13 Mi**	19	24. 6.	8. 7.	2. 5.	**13 Sa**	18	25. 7.	8. 8.
3.12.	**14 Mi**	18	25. 2.	11. 3.	3. 1.	**14 Sa**	15	28. 3.	11. 4.	31. 1.	**14 Sa**	18	25. 4.	9. 5.	3. 3.	**14 Di**	17	26. 5.	9. 6.	2. 4.	**14 Do**	18	25. 6.	9. 7.	3. 5.	**14 So**	17	26. 7.	9. 8.
4.12.	**15 Do**	17	26. 2.	12. 3.	4. 1.	**15 So**	14	29. 3.	12. 4.	1. 2.	**15 So**	17	26. 4.	10. 5.	4. 3.	**15 Mi**	16	27. 5.	10. 6.	3. 4.	**15 Fr**	17	26. 6.	10. 7.	4. 5.	**15 Mo**	16	27. 7.	10. 8.
5.12.	**16 Fr**	16	27. 2.	13. 3.	5. 1.	**16 Mo**	13	30. 3.	13. 4.	2. 2.	**16 Mo**	16	27. 4.	11. 5.	5. 3.	**16 Do**	15	28. 5.	11. 6.	4. 4.	**16 Sa**	16	27. 6.	11. 7.	5. 5.	**16 Di**	15	28. 7.	11. 8.
6.12.	**17 Sa**	15	28. 2.	14. 3.	6. 1.	**17 Di**	12	31. 3.	14. 4.	3. 2.	**17 Di**	15	28. 4.	12. 5.	6. 3.	**17 Fr**	14	29. 5.	12. 6.	5. 4.	**17 So**	15	28. 6.	12. 7.	6. 5.	**17 Mi**	14	29. 7.	12. 8.
7.12.	**18 So**	14	1. 3.	15. 3.	7. 1.	**18 Mi**	11	1. 4.	15. 4.	4. 2.	**18 Mi**	14	29. 4.	13. 5.	7. 3.	**18 Sa**	13	30. 5.	13. 6.	6. 4.	**18 Mo**	14	29. 6.	13. 7.	7. 5.	**18 Do**	13	30. 7.	13. 8.
8.12.	**19 Mo**	13	2. 3.	16. 3.	8. 1.	**19 Do**	10	2. 4.	16. 4.	5. 2.	**19 Do**	13	30. 4.	14. 5.	8. 3.	**19 So**	12	31. 5.	14. 6.	7. 4.	**19 Di**	13	30. 6.	14. 7.	8. 5.	**19 Fr**	12	31. 7.	14. 8.
9.12.	**20 Di**	12	3. 3.	17. 3.	9. 1.	**20 Fr**	9	3. 4.	17. 4.	6. 2.	**20 Fr**	12	1. 5.	15. 5.	9. 3.	**20 Mo**	11	1. 6.	15. 6.	8. 4.	**20 Mi**	12	1. 7.	15. 7.	9. 5.	**20 Sa**	11	1. 8.	15. 8.
10.12.	**21 Mi**	11	4. 3.	18. 3.	10. 1.	**21 Sa**	8	4. 4.	18. 4.	7. 2.	**21 Sa**	11	2. 5.	16. 5.	10. 3.	**21 Di**	10	2. 6.	16. 6.	9. 4.	**21 Do**	11	2. 7.	16. 7.	10. 5.	**21 So**	10	2. 8.	16. 8.
11.12.	**22 Do**	10	5. 3.	19. 3.	11. 1.	**22 So**	7	5. 4.	19. 4.	8 2.	**22 So**	10	3. 5.	17. 5.	11. 3.	**22 Mi**	9	3. 6.	17. 6.	10. 4.	**22 Fr**	10	3. 7.	17. 7.	11. 5.	**22 Mo**	9	3. 8.	17. 8.
12.12.	**23 Fr**	9	6. 3.	20. 3.	12. 1.	**23 Mo**	6	6. 4.	20. 4.	9. 2.	**23 Mo**	9	4. 5.	18. 5.	12. 3.	**23 Do**	8	4. 6.	18. 6.	11. 4.	**23 Sa**	9	4. 7.	18. 7.	12. 5.	**23 Di**	8	4. 8.	18. 8.
13.12.	**24 Sa**	8	7. 3.	21. 3.	13. 1.	**24 Di**	5	7. 4.	21. 4.	10. 2.	**24 Di**	8	5. 5.	19. 5.	13. 3.	**24 Fr**	7	5. 6.	19. 6.	12. 4.	**24 So**	8	5. 7.	19. 7.	13. 5.	**24 Mi**	7	5. 8.	19. 8.
14.12.	**25 So**	7	8. 3.	22. 3.	14. 1.	**25 Mi**	4	8. 4.	22. 4.	11. 2.	**25 Mi**	7	6. 5.	20. 5.	14. 3.	**25 Sa**	6	6. 6.	20. 6.	13. 4.	**25 Mo**	7	6. 7.	20. 7.	14. 5.	**25 Do**	6	6. 8.	20. 8.
15.12.	**26 Mo**	6	9. 3.	23. 3.	15. 1.	**26 Do**	3	9. 4.	23. 4.	12. 2.	**26 Do**	6	7. 5.	21. 5.	15. 3.	**26 So**	5	7. 6.	21. 6.	14. 4.	**26 Di**	6	7. 7.	21. 7.	15. 5.	**26 Fr**	5	7. 8.	21. 8.
16.12.	**27 Di**	5	10 3.	24. 3.	16. 1.	**27 Fr**	2	10. 4.	24. 4.	13. 2.	**27 Fr**	5	8. 5.	22. 5.	16. 3.	**27 Mo**	4	8. 6.	22. 6.	15. 4.	**27 Mi**	5	8. 7.	22. 7.	16. 5.	**27 Sa**	4	8. 8.	22. 8.
17.12.	**28 Mi**	4	11. 3.	25. 3.	17. 1.	**28 Sa**	1	11. 4.	25. 4.	14. 2.	**28 Sa**	4	9. 5.	23. 5.	17. 3.	**28 Di**	3	9. 6.	23. 6.	16. 4.	**28 Do**	4	9. 7.	23. 7.	17. 5.	**28 So**	3	9. 8.	23. 8.
18.12.	**29 Do**	3	12. 3.	26. 3.						15. 2.	**29 So**	3	10. 5.	24. 5.	18. 3.	**29 Mi**	2	10. 6.	24. 6.	17. 4.	**29 Fr**	3	10. 7.	24. 7.	18. 5.	**29 Mo**	2	10. 8.	24. 8.
19.12.	**30 Fr**	2	13. 3.	27. 3.						16. 2.	**30 Mo**	2	11. 5.	25. 5.	19. 3.	**30 Do**	1	11. 6.	25. 6.	18. 4.	**30 Sa**	2	11. 7.	25. 7.	19. 5.	**30 Di**	1	11. 8.	25. 8.
20.12.	**31 Sa**	1	14. 3.	28. 3.						17. 2.	**31 Di**	1	12. 5.	26. 5.						19. 4.	**31 So**	1	12. 7.	26. 7.					

JULI					AUGUST					SEPTEMBER					OKTOBER					NOVEMBER					DEZEMBER				
20. 5.	**1 Mi**	31	12. 8.	26. 8.	20. 6.	**1 Sa**	31	12. 9.	26. 9.	21. 7.	**1 Di**	30	13.10.	27.10.	20. 8.	**1 Do**	31	12.11.	26.11.	20. 9.	**1 So**	30	13.12.	27.12.	20.10.	**1 Di**	31	12. 1.	26. 1.
21. 5.	**2 Do**	30	13. 8.	27. 8.	21. 6.	**2 So**	30	13. 9.	27. 9.	22. 7.	**2 Mi**	29	14.10.	28.10.	21. 8.	**2 Fr**	30	13.11.	27.11.	21. 9.	**2 Mo**	29	14.12.	28.12.	21.10	**2 Mi**	30	13. 1.	27. 1.
22. 5.	**3 Fr**	29	14. 8.	28. 8.	22. 6.	**3 Mo**	29	14. 9.	28. 9.	23. 7.	**3 Do**	28	15.10.	29.10.	22. 8.	**3 Sa**	29	14.11.	28.11.	22. 9.	**3 Di**	28	15.12.	29.12.	22.10.	**3 Do**	29	14. 1.	28. 1.
23. 5.	**4 Sa**	28	15. 8.	29. 8.	23. 6.	**4 Di**	28	15. 9.	29. 9.	24. 7.	**4 Fr**	27	16.10.	30.10.	23. 8.	**4 So**	28	15.11.	29.11.	23. 9.	**4 Mi**	27	16.12.	30.12.	23.10.	**4 Fr**	28	15. 1.	29. 1.
24. 5.	**5 So**	27	16. 8.	30. 8.	24. 6.	**5 Mi**	27	16. 9.	30. 9.	25. 7.	**5 Sa**	26	17.10.	31.10.	24. 8.	**5 Mo**	27	16.11.	30.11.	24. 9.	**5 Do**	26	17.12.	31.12.	24.10.	**5 Sa**	27	16. 1.	30. 1.
25. 5.	**6 Mo**	26	17. 8.	31. 8.	25. 6.	**6 Do**	26	17. 9.	1.10.	26. 7.	**6 So**	25	18.10.	1.11.	25. 8.	**6 Di**	26	17.11.	1.12.	25. 9.	**6 Fr**	25	18.12.	1. 1.	25.10.	**6 So**	26	17. 1.	31. 1.
26. 5.	**7 Di**	25	18. 8.	1. 9.	26. 6.	**7 Fr**	25	18. 9.	2.10.	27. 7.	**7 Mo**	24	19.10.	2.11.	26. 8.	**7 Mi**	25	18.11.	2.12.	26. 9.	**7 Sa**	24	19.12.	2. 1.	26.10.	**7 Mo**	25	18. 1.	1. 2.
27. 5.	**8 Mi**	24	19. 8.	2. 9.	27. 6.	**8 Sa**	24	19. 9.	3.10.	28. 7.	**8 Di**	23	20.10.	3.11.	27. 8.	**8 Do**	24	19.11.	3.12.	27. 9.	**8 So**	23	20.12.	3. 1.	27.10.	**8 Di**	24	19. 1.	2. 2.
28. 5.	**9 Do**	23	20. 8.	3. 9.	28. 6.	**9 So**	23	20. 9.	4.10.	29. 7.	**9 Mi**	22	21.10.	4.11.	28. 8.	**9 Fr**	23	20.11.	4.12.	28. 9.	**9 Mo**	22	21.12.	4. 1.	28.10.	**9 Mi**	23	20. 1.	3. 2.
29. 5.	**10 Fr**	22	21. 8.	4. 9.	29. 6.	**10 Mo**	22	21. 9.	5.10.	30. 7.	**10 Do**	21	22.10.	5.11.	29. 8.	**10 Sa**	22	21.11.	5.12.	29. 9.	**10 Di**	21	22.12.	5. 1.	29.10.	**10 Do**	22	21. 1.	4. 2.
30. 5.	**11 Sa**	21	22. 8.	5. 9.	30. 6.	**11 Di**	21	22. 9.	6.10.	31. 7.	**11 Fr**	20	23.10.	6.11.	30. 8.	**11 So**	21	22.11.	6.12.	30. 9.	**11 Mi**	20	23.12.	6. 1.	30.10.	**11 Fr**	21	22. 1.	5. 2.
31. 5.	**12 So**	20	23. 8.	6. 9.	1. 7.	**12 Mi**	20	23. 9.	7.10.	1. 8.	**12 Sa**	19	24.10.	7.11.	31. 8.	**12 Mo**	20	23.11.	7.12.	1.10.	**12 Do**	19	24.12.	7. 1.	31.10.	**12 Sa**	20	23. 1.	6. 2.
1. 6.	**13 Mo**	19	24. 8.	7. 9.	2. 7.	**13 Do**	19	24. 9.	8.10.	2. 8.	**13 So**	18	25.10.	8.11.	1. 9.	**13 Di**	19	24.11.	8.12.	2.10.	**13 Fr**	18	25.12.	8. 1.	1.11.	**13 So**	19	24. 1.	7. 2.
2. 6.	**14 Di**	18	25. 8.	8. 9.	3. 7.	**14 Fr**	18	25. 9.	9.10.	3. 8.	**14 Mo**	17	26.10.	9.11.	2. 9.	**14 Mi**	18	25.11.	9.12.	3.10.	**14 Sa**	17	26.12.	9. 1.	2.11.	**14 Mo**	18	25. 1.	8. 2.
3. 6.	**15 Mi**	17	26. 8.	9. 9.	4. 7.	**15 Sa**	17	26. 9.	10.10.	4. 8.	**15 Di**	16	27.10.	10.11.	3. 9.	**15 Do**	17	26.11.	10.12.	4.10.	**15 So**	16	27.12.	10. 1.	3.11.	**15 Di**	17	26. 1.	9. 2.
4. 6.	**16 Do**	16	27. 8.	10. 9.	5. 7.	**16 So**	16	27. 9.	11.10.	5. 8.	**16 Mi**	15	28.10.	11.11.	4. 9.	**16 Fr**	16	27.11.	11.12.	5.10.	**16 Mo**	15	28.12.	11. 1.	4.11.	**16 Mi**	16	27. 1.	10. 2.
5. 6.	**17 Fr**	15	28. 8.	11. 9.	6. 7.	**17 Mo**	15	28. 9.	12.10.	6. 8.	**17 Do**	14	29.10.	12.11.	5. 9.	**17 Sa**	15	28.11.	12.12.	6.10.	**17 Di**	14	29.12.	12. 1.	5.11.	**17 Do**	15	28. 1.	11. 2.
6. 6.	**18 Sa**	14	29. 8.	12. 9.	7. 7.	**18 Di**	14	29. 9.	13.10.	7. 8.	**18 Fr**	13	30.10.	13.11.	6. 9.	**18 So**	14	29.11.	13.12.	7.10.	**18 Mi**	13	30.12.	13. 1.	6.11.	**18 Fr**	14	29. 1.	12. 2.
7. 6.	**19 So**	13	30. 8.	13. 9.	8. 7.	**19 Mi**	13	30. 9.	14.10.	8. 8.	**19 Sa**	12	31.10.	14.11.	7. 9.	**19 Mo**	13	30.11.	14.12.	8.10.	**19 Do**	12	31.12	14. 1.	7.11.	**19 Sa**	13	30. 1.	13. 2.
8. 6.	**20 Mo**	12	31. 8.	14. 9.	9. 7.	**20 Do**	12	1.10.	15.10.	9. 8.	**20 So**	11	1.11.	15.11.	8. 9.	**20 Di**	12	1.12.	15.12.	9.10.	**20 Fr**	11	1. 1.	15. 1.	8.11.	**20 So**	12	31. 1.	14. 2.
9. 6.	**21 Di**	11	1. 9.	15. 9.	10. 7.	**21 Fr**	11	2.10.	16.10.	10. 8.	**21 Mo**	10	2.11.	16.11.	9. 9.	**21 Mi**	11	2.12.	16.12.	10.10.	**21 Sa**	10	2. 1.	16. 1.	9.11.	**21 Mo**	11	1. 2.	15. 2.
10. 6.	**22 Mi**	10	2. 9.	16. 9.	11. 7.	**22 Sa**	10	3.10.	17.10.	11. 8.	**22 Di**	9	3.11.	17.11.	10. 9.	**22 Do**	10	3.12.	17.12.	11.10.	**22 So**	9	3. 1.	17. 1.	10.11.	**22 Di**	10	2. 2.	16. 2.
11. 6.	**23 Do**	9	3. 9.	17. 9.	12. 7.	**23 So**	9	4.10.	18.10.	12. 8.	**23 Mi**	8	4.11.	18.11.	11. 9.	**23 Fr**	9	4.12.	18.12.	12.10.	**23 Mo**	8	4. 1.	18. 1.	11.11.	**23 Mi**	9	3. 2.	17. 2.
12. 6.	**24 Fr**	8	4. 9.	18. 9.	13. 7.	**24 Mo**	8	5.10.	19.10.	13. 8.	**24 Do**	7	5.11.	19.11.	12. 9.	**24 Sa**	8	5.12.	19.12.	13.10.	**24 Di**	7	5. 1.	19. 1.	12.11.	**24 Do**	8	4. 2.	18. 2.
13. 6.	**25 Sa**	7	5. 9.	19. 9.	14. 7.	**25 Di**	7	6.10.	20.10.	14. 8.	**25 Fr**	6	6.11.	20.11.	13. 9.	**25 So**	7	6.12.	20.12.	14.10.	**25 Mi**	6	6. 1.	20. 1.	13.11.	**25 Fr**	7	5. 2.	19. 2.
14. 6.	**26 So**	6	6. 9.	20. 9.	15. 7.	**26 Mi**	6	7.10.	21.10.	15. 8.	**26 Sa**	5	7.11.	21.11.	14. 9.	**26 Mo**	6	7.12.	21.12.	15.10.	**26 Do**	5	7. 1.	21. 1.	14.11.	**26 Sa**	6	6. 2.	20. 2.
15. 6.	**27 Mo**	5	7. 9.	21. 9.	16. 7.	**27 Do**	5	8.10.	22.10.	16. 8.	**27 So**	4	8.11.	22.11.	15. 9.	**27 Di**	5	8.12.	22.12.	16.10.	**27 Fr**	4	8. 1.	22. 1.	15.11.	**27 So**	5	7. 2.	21. 2.
16. 6.	**28 Di**	4	8. 9.	22. 9.	17. 7.	**28 Fr**	4	9.10.	23.10.	17. 8.	**28 Mo**	3	9.11.	23.11.	16. 9.	**28 Mi**	4	9.12.	23.12.	17.10.	**28 Sa**	3	9. 1.	23. 1.	16.11.	**28 Mo**	4	8. 2.	22. 2.
17. 6.	**29 Mi**	3	9. 9.	23. 9.	18. 7.	**29 Sa**	3	10.10.	24.10.	18. 8.	**29 Di**	2	10.11.	24.11.	17. 9.	**29 Do**	3	10.12.	24.12.	18.10.	**29 So**	2	10. 1.	24. 1.	17.11.	**29 Di**	3	9. 2.	23. 2.
18. 6.	**30 Do**	2	10. 9.	24. 9.	19. 7.	**30 So**	2	11.10.	25.10.	19. 8.	**30 Mi**	1	11.11.	25.11.	18. 9.	**30 Fr**	2	11.12.	25.12.	19.10.	**30 Mo**	1	11. 1.	25. 1.	18.11.	**30 Mi**	2	10. 2.	24. 2.
19. 6.	**31 Fr**	1	11. 9.	25. 9.	20. 7.	**31 Mo**	1	12.10.	26.10.						19. 9.	**31 Sa**	1	12.12.	26.12.						19.11.	**31 Do**	1	11. 2.	25. 2.

6 Wochen vor Entbindung | Tage bis zum Monatsletzten | Beginn der 7. Woche | 8 Wochen nach Entbindung

Gern beraten wir Sie auch persönlich.
Besuchen Sie einen unserer Service-Points in Celle, Hamburg, München oder Neu-Isenburg. Einen Termin vereinbaren Sie bitte telefonisch unter **0800 255 0800** oder online unter **mobil-krankenkasse.de/termin**

Service-Points

- **Celle**, Burggrafstraße 1, 29221 Celle
- **Hamburg**, Hühnerposten 2, 20097 Hamburg
- **München**, Friedenheimer Brücke 29, 80639 München
- **Neu-Isenburg**, Martin-Behaim-Straße 8, 63263 Neu-Isenburg

---

Oder rufen Sie uns unter der kostenlosen Service-Hotline an:

0800 255 0800

---

mobil-krankenkasse.de