

»
**SCHNELL
UND SICHER
DURCH
DIE SOZIAL-
VERSICHERUNG**

»

SVcompactPlus 2019

Alle wichtigen Regelungen in Kurzform

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE

VORWORT

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 2019 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 **Betriebskrankenkasse Mobil Oil**

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 2019

INHALT

A	8
Abfindung	8
Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz	8
Altersteilzeit	10
Altersvorsorge	11
Arbeitsentgelt	11
Arbeitslosenversicherung	12
Arbeitsunfähigkeit	12
Arbeitsunfall	13
Arbeitszeit	14
Arznei- und Verbandmittel	15
Ärztliche Behandlung	16
Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen	16
Ausstrahlung	17
Auszubildende	18
B	19
Basistarif	19
Behinderte Menschen	19
Beitragsbemessungsgrenzen	22
Beitragsgruppen	22
Beitragsnachweis	23
Beitragspflichtige Einnahmen	24
Beitragssätze	25
Beitragstragung	26
Beitragszuschuss	27
Belastungsgrenze	29
Berufskrankheit	30
Beschäftigungsverbot	30
Betriebliche Altersversorgung	32

Betriebsprüfung	34
Bewertungskosten	35
Bezugsgröße	37
Bindungsfrist	37
Bundesfreiwilligendienst	38
C	40
Chronisch Kranke	40
D	42
Direktversicherung	42
E	43
Ein-Euro-Job	43
Eingliederungszuschuss	43
Einmalzahlungen	44
Einstrahlung	45
Einzugsstelle	46
Elektronische Gesundheitskarte	46
Elterngeld	47
Elternzeit	48
Empfängnisregelung	49
Entgeltfortzahlung	49
Erwerbsminderung	51
Existenzgründer	52
F	54
Fahrkosten	54
Fälligkeit der Beiträge	55
Familienversicherung	56
Flexible Arbeitszeiten	58
Freiwillige Versicherung	59
Fristen und Anspruchsdauer	63

G	66
Gefahrklassen	66
Gefahrtarif	66
Geringfügige Beschäftigung	67
Geringverdienergrenze	68
Gesamtsozialversicherungsbeitrag	68
Gesellschafter	68
Gesundheitsfonds	69
Gleitzone	70
H	71
Härtefälle	71
Haushaltshilfe	71
Häusliche Krankenpflege	72
Heilmittel	73
Hilfsmittel	73
Höchstbeiträge	74
I	75
Insolvenzgeld	75
J	77
Jahresarbeitsentgeltgrenze	77
Jahresarbeitsverdienstgrenze	78
K	79
Kieferorthopädische Behandlung	79
Kinderkrankengeld	79
Kostenerstattung	80
Krankengeld	81
Krankenhausbehandlung	81
Krankenkassenwahl	82
Kündigungsfristen	83
Kündigungsrecht	84
Künstliche Befruchtung	84
Kur	85
Kurzarbeitergeld	86

L	88
Lohnkonto	88
Lohnsteuerpauschalierung	88
M	90
Märzklauseel	90
Medizinischer Dienst	91
Meldevorschriften	92
Mitführungspflicht	93
Mitwirkungspflicht – Feststellung Versicherungspflicht	94
Mutterschaftsgeld	95
Mutterschutz	95
N	98
Nachgehender Leistungsanspruch	98
Nebenberufliche Tätigkeit	98
P	100
Pauschalbeitrag	100
Pflegebedürftigkeit	101
Pflegeleistungen	101
Pflegepersonen	102
Pflegeversicherung	103
Pflegezeit	104
Praktikanten	106
Prävention	107
Progressionsvorbehalt für Entgeltersatzleistungen	108
Psychotherapie	109
R	110
Rehabilitation und Teilhabe	110
Reisekosten	112
Rentnerbeiträge	112
Rentnerkrankenversicherung	114

S	115
Sachbezüge	115
Saisonarbeitnehmer	115
Saison-Kurzarbeitergeld	116
Säumniszuschlag	117
Scheinselbstständigkeit	117
Schüler	118
Schwangerschaftsabbruch	118
Sozialversicherungsnummer	119
Sterbegeld bei Arbeits- und Wegeunfällen	120
Steuerfreie Zuschläge	120
Studenten	120
sv.net	123
U	125
Übergangsbereich	125
Umlagen	127
Unfallversicherung	128
Unständig Beschäftigte	129
V	130
Verpflegungsmehraufwendungen	130
Versicherungsfreiheit	130
Versicherungspflicht	132
Versorgungsbezüge	135
W	137
Wahltarife	137
Wehrdienst	138
Werte der Sozialversicherung	138
Z	140
Zahnärztliche Behandlung	140
Zahnersatz	140
Zusatzbeitrag	141
Zuzahlungen	143

A

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 berücksichtigen.

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.

ALLGEMEINES GLEICHBEHANDLUNGSGESETZ

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz – kurz AGG – soll Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität verhindern und beseitigen.

So müssen Unternehmen z. B. bei Stellenausschreibungen und während des Bewerbungsprozesses das Benachteiligungsverbot beachten. Aber auch bei bestehenden Arbeitsverhältnissen haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Anspruch auf Schutz vor Benachteiligungen. Sie können Schadensersatz oder Entschädigung verlangen und sich bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern über Benachteiligungen beschweren. Dafür muss in allen Betrieben eine entsprechende Beschwerdestelle eingerichtet werden, über deren Existenz alle Beschäftigten informiert sein müssen.

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz verbietet Benachteiligungen nur, soweit diese im Zusammenhang mit einem der folgenden **personenbezogenen Merkmale** stehen:

- Rasse und ethnische Herkunft,
- Geschlecht,
- Religion und Weltanschauung,
- Behinderung,
- Alter (jedes Lebensalter),
- sexuelle Identität.

Dabei sind folgende **Formen der Ungleichbehandlung** zu unterscheiden:

- Unmittelbare Benachteiligung (§ 3 Abs. 1 AGG): weniger günstige Behandlung einer Person gegenüber einer anderen in einer vergleichbaren Situation,
- mittelbare Benachteiligung (§ 3 Abs. 2 AGG): Benachteiligung durch scheinbar neutrale Vorschriften, Maßnahmen, Kriterien oder Verfahren, die sich faktisch diskriminierend auswirken,
- Belästigung (§ 3 Abs. 3 AGG): Verletzung der Würde der Person, insbesondere durch Schaffung eines von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichneten Umfelds,
- sexuelle Belästigung (§ 3 Abs. 4 AGG): unerwünschtes, sexuell bestimmtes Verhalten, wozu u. a. auch unerwünschte sexuelle Handlungen und Aufforderungen zu diesen zählen,
- Anweisung zu einer dieser Verhaltensweisen (§ 3 Abs. 5 AGG).

Die durch das Gesetz geschützten Personen erhalten Rechtsansprüche gegen Arbeitgeber und Privatpersonen, wenn diese ihnen gegenüber gegen die gesetzlichen Diskriminierungsverbote verstoßen.

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 der Unterschiedsbetrag zwischen dem Arbeitsentgelt für die Altersteilzeitarbeit und mindestens 90 % des bisherigen Arbeitsentgelts im Sinne des § 6 Abs. 1 AltersTZG, höchstens jedoch bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung, als Arbeitsentgelt (§ 163 Abs. 5 Satz 1 SGB VI).

ALTERSVORSORGE

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

Die Alterssicherung wird sich in Zukunft daher immer stärker aus folgenden drei Säulen zusammensetzen:

- Gesetzliche Rentenversicherung,
- betriebliche Altersvorsorge,
- 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.

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.

Ausnahmen von der Arbeitsentgelteigenschaft sind in der Sozialversicherungsentgeltverordnung geregelt. So sind z. B. steuerfreie Leistungen des Arbeitgebers zum Lohn oder Gehalt und bestimmte pauschalversteuerte Leistungen kein Arbeitsentgelt. Ebenfalls nicht zum Arbeitsentgelt gehören Aufwandsentschädigungen für nebenberufliche Tätig-

keiten nach § 3 Nr. 26 EStG (sogenannter Übungsleiterfreibetrag) bis zu 2.400,00 Euro jährlich (200,00 Euro monatlich).

Eine Besonderheit gibt es bei steuerfreien Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeitszuschlägen. Diese Zuschläge sind dann Arbeitsentgelt, soweit sie aus einem Grundlohn (Stundenlohn) von mehr als 25,00 Euro berechnet werden.

In der Unfallversicherung sind diese steuerfreien Zuschläge generell Arbeitsentgelt.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG

Die Arbeitslosenversicherung ist ein eigenständiger Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung. Gesetzliche Grundlage ist das Dritte Buch im SGB – Arbeitsförderung.

Aufgaben der Arbeitslosenversicherung 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 arbeitsunfähige Arbeitnehmer zahlen Beiträge (Beiträge aus Entgeltersatzleistungen), 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.

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.

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 nicht als Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit.

Zur Mitteilungs- und Nachweispflicht → **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. Ein solcher Zusammenhang ist z. B. bei einem Unfall im privaten Lebensbereich nicht gegeben. 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).

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 (kurz: ArbZG) definiert Arbeitszeit als die Zeit vom Beginn bis 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 Entgeltes 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.

Darüber hinaus ist die über die werktägliche Arbeitszeit des § 3 Satz 1 ArbZG hinausgehende Arbeitszeit der Arbeitnehmer aufzuzeichnen und ein Verzeichnis der Arbeitnehmer zu führen, die in eine Verlängerung der Arbeitszeit eingewilligt haben. Die Nachweise sind mindestens zwei Jahre aufzubewahren.

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.

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 anerkannten Kriegsleiden sowie gleichgestellter Leiden. Auch Harn- und Blutteststreifen 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, Raucherentwöhnungsmedikamente), 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.

Krankenkassen können für abgegebene Arzneimittel, für die ein Rabattvertrag abgeschlossen wurde, Zuzahlungen der Versicherten ermäßigen oder aufheben.

→ **Belastungsgrenze**

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 alle Arbeitgeber versichert. Zuständig für die Versicherung ist die Krankenkasse, bei der der Arbeitnehmer versichert ist oder, wenn keine Versicherung in der GKV besteht, die Krankenkasse, an die der Arbeitgeber die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung abführt. Für → **geringfügige Beschäftigten** ist die Knappschaft-Bahn-See 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. Arbeitnehmer, die Wehr- oder Bundesfreiwilligendienst leisten und Mitarbeiter in Elternzeit außer Ansatz. Ausdrücklich ausgenommen werden auch Auszubildende, mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, Heimarbeiter, Hausgewerbetreibende, Bezieher von Vorruhestandsgeld und schwerbehinderte Arbeitnehmer. Teilzeitkräfte werden wie folgt berücksichtigt:

- Wöchentliche Arbeitszeit nicht mehr als 10 Stunden mit 25 %
- Wöchentliche Arbeitszeit nicht mehr als 20 Stunden mit 50 %
- Wöchentliche Arbeitszeit nicht mehr als 30 Stunden mit 75 %
- Wöchentliche Arbeitszeit über 30 Stunden mit 100 %

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.net**) abgegeben werden.

AUSSTRAHLUNG

Der Begriff „Ausstrahlung“ bezeichnet den Tatbestand, dass bei einer vorübergehenden Verlagerung des Beschäftigungsortes eines Arbeitnehmers aus dem Inland 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.

Der gegenteilige Sachverhalt zur Ausstrahlung ist die sogenannte → **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. 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.

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 (→ **Beitragsätze**). Erhebt die Krankenkasse einen → **Zusatzbeitrag**, so wird auch dieser seit dem 01.01.2019 je zur Hälfte vom Auszubildenden und vom Arbeitgeber getragen.

Hat der Auszubildende bereits das 23. Lebensjahr vollendet und ist kinderlos, fällt ein Beitragszuschlag von 0,25 % zur Pflegeversicherung an, den der Auszubildende allein tragen muss.

Sollten zur Berufsausbildung Beschäftigte nicht mehr als 325,00 Euro im Monat verdienen, gelten die Regelungen der → **Geringverdiengrenze**.

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

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. Er sieht zudem – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – einen Aufnahmeweg vor.

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) dürfen niemanden zurückweisen, der sich in diesem Tarif versichern kann. Im Basistarif sind Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse nicht erlaubt. Für Beihilfeberechtigte wird ein beihilfekonformer Basistarif angeboten.

Die sogenannte 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 Versicherung mitgenommen werden. Im neuen Unternehmen wird man hierdurch so gestellt, als ob der Eintritt in dem Alter erfolgt wäre, in dem man den ursprünglichen Versicherungsvertrag im alten Unternehmen 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- und Pflegeversicherung** werden die Beiträge im Kalenderjahr vom tatsächlichen Arbeitsentgelt, mindestens von einem Betrag in Höhe von 20 % der monatlichen → **Bezugsgröße** (2019: 623,00 Euro bundeseinheitlich) berechnet (§ 235 Abs. 3 SGB V, § 57 Abs. 1 SGB XI).

In der **Arbeitslosenversicherung** ist, sofern Versicherungspflicht besteht, als beitragspflichtige Einnahme das Arbeitsentgelt, mindestens jedoch ein Betrag in Höhe von 20 % der monatlichen Bezugsgröße (2019: 623,00 Euro West; 574,00 Euro Ost) zu berücksichtigen (§ 344 Abs. 3 SGB III).

Überschreitet das tatsächliche Arbeitsentgelt nicht den Betrag von 623,00 Euro West bzw. 574,00 Euro Ost, 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 (2019: 2.492,00 Euro West; 2.296,00 Euro Ost; § 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 (2019: 623,00 Euro West; 574,00 Euro Ost) nicht überschreitet. Überschreitet das Arbeitsentgelt den Betrag von 623,00 Euro bzw. 574,00 Euro, so tragen der Arbeitgeber und der behinderte Beschäftigte in Höhe des Arbeitsentgeltes den Beitrag je zur Hälfte. Ist das Arbeitsentgelt niedriger als die Berechnungsgrundlage von 2.492,00 Euro bzw. 2.296,00 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 2.492,00 Euro bzw. 2.296,00 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

Ende 2016 ist das Bundesteilhabegesetz (BTHG) in Kraft getreten. Damit einhergehend wurde Anfang 2018 ein sogenanntes Budget für Arbeit eingeführt. 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 Mindestlohniveau 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 Arbeitsentgeltes, höchstens jedoch 40 % der monatlichen Bezugsgröße nach dem SGB IV (2019: 40 % = 1.246,00 Euro).

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 2019

	West	Ost
monatlich	4.537,50 Euro	4.537,50 Euro
kalendertäglich	151,25 Euro	151,25 Euro

BBG DER RENTEN- UND ARBEITSLOSENVERSICHERUNG 2019

monatlich	6.700,00 Euro	6.150,00 Euro
kalendertäglich	223,33 Euro	205,00 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
Arbeitsförderung	
• voller Beitrag	0010
• halber Beitrag	0020
Insolvenzgeldumlage (Inso)	0050

Beiträge zur	Beitragsgruppe
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 2019

Monat	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni
Abgabe bis	25.	22.	25.	24.	24.	24.

Monat	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Abgabe bis	25.	26.	24.	24./25.**	25.	19.

* Bremen, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen

** Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland

Die Beitragsnachweis-Datensätze dürfen nur per Datenübertragung mittels zugelassener systemgeprüfter Abrechnungsprogramme oder maschineller Ausfüllhilfen übermittelt werden → **sv-net**.

BEITRAGSPFLICHTIGE EINNAHMEN

Bei versicherungspflichtig Beschäftigten wird nach § 226 Abs. 1 SGB V der Beitragsbemessung in der **gesetzlichen Krankenversicherung** Folgendes zu Grunde 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 2019 ein Wert von 155,75 Euro monatlich überschritten wird.

Zu den 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.

In der **gesetzlichen Rentenversicherung** wird nach § 162 Nr. 1 SGB VI bei Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt werden, das Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung zu Grunde gelegt. Bei Personen, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt werden, ist die beitragspflichtige Einnahme mindestens 1 % der Bezugsgröße (2019 monatlich: 31,15 Euro alte Bundesländer bzw. 28,70 Euro neue Bundesländer).

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 2019: 31,15 Euro monatlich alte Bundesländer bzw. 28,70 Euro neue Bundesländer.

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

BEITRAGSSÄTZE

Vor einigen Jahren wurde der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung auf 14,6 % abgesenkt.

Der allgemeine Beitragssatz 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 Personkreise den durchschnittlichen Zusatzbeitrag zu erheben.

Auch in der Renten- und Pflegeversicherung sowie in der Arbeitsförderung (Arbeitslosenversicherung und Insolvenzgeldumlage) sind die Beitragssätze gesetzlich vorge-schrieben.

	2019
Krankenversicherung Für alle Krankenkassen	allgemeiner Beitragssatz 14,6 % ermäßigter Beitragssatz 14,0 %
Zusätzlicher kassenindividueller Beitrag (Zusatzbeitrag)	Satzungsregelung der zuständigen Krankenkasse
Durchschnittlicher Zusatzbeitrag	0,9 %
Pauschalbeitrag geringfügig entlohnte Beschäftigte	13 % (Privathaushalt 5 %)
Rentenversicherung	18,6 %
Pauschalbeitrag geringfügig entlohnte Beschäftigte	15 % (Privathaushalt 5 %)
Arbeitslosenversicherung	2,5 %
Insolvenzgeldumlage	0,06 %

	2019
Pflegeversicherung	
Pflegeversicherung	3,05 %
<ul style="list-style-type: none"> • Beitragszuschlag Kinderlose (gilt nicht für Personen, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben) 	0,25 %

BEITRAGSTRAGUNG

Grundsätzlich werden die Beiträge zur Sozialversicherung zu gleichen Teilen vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer getragen (Ausnahme: → **Geringverdienergrenze**). 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 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 einkommensabhängigen → **Zusatzbeitrag** erheben, wird auch dieser seit dem 01.01.2019 zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Darüber hinaus ist für bestimmte Personengruppen ein durchschnittlicher → **Zusatzbeitrag** zu zahlen.

PFLEGEVERSICHERUNG

Für kinderlose Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, wird ein zusätzlicher Beitrag in Höhe von 0,25 % erhoben. Dieser Beitrag ist grundsätzlich vom Arbeitnehmer 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**.

Eine weitere Ausnahme von der paritätischen Finanzierung der Pflegeversicherung gibt es im Bundesland Sachsen. Hier tragen die Arbeitnehmer einen Beitrag in Höhe von einem Prozent allein. Der verbleibende Teil (mit Ausnahme des Zuschlags für Kinderlose) wird vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils zur Hälfte getragen.

GLEITZONE/ÜBERGANGSBEREICH

Wird ein Arbeitsentgelt von 450,01 Euro bis 850,00 Euro (ab 01.07.2019: 1.300,00 Euro) gezahlt und die Grenze von 850,00 Euro bzw. (ab 01.07.2019) 1.300,00 Euro im Monat regelmäßig nicht überschritten, sind besondere Berechnungsvorschriften anzuwenden (→ **Gleitzone** bzw. → **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).

Wird die geringfügig entlohnte Beschäftigung ausschließlich im Privathaushalt ausgeübt, beträgt der Pauschalbeitrag des Arbeitgebers 5,0 % des Arbeitsentgelts.

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 (2019: 4.537,50 Euro monatlich) zu zahlen. Ein von der Krankenkasse ggf. erhobener → **Zusatzbeitrag** ist bei der Zuschussberechnung zu berücksichtigen.

Höchstbeitragszuschuss im Kalenderjahr 2019:

- Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld: $4.537,50 \text{ Euro} \times 7,3 \%$
+ $4.537,50 \text{ Euro} \times \text{ halber kassenindividueller Zusatzbeitrag}$
- Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld: $4.537,50 \text{ Euro} \times 7,0 \%$
+ $4.537,50 \text{ Euro} \times \text{ halber kassenindividueller Zusatzbeitrag}$

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 unentschuldigtem 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 ist vom Arbeitgeber zu zahlen, wenn der Arbeitnehmer versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze, von der Versicherungspflicht befreit oder von der Versicherungspflicht ausgeschlossen ist und eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat.

Wie bei den freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmern wird auch beim Beitragszuschuss zur privaten Krankenversicherung das Arbeitsentgelt bis zur maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (2019: 4.537,50 Euro monatlich) berücksichtigt. Seit dem 01.01.2019 zusätzlich mit einbezogen wird der halbe durchschnittliche Zusatzbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung.

Höchstbeitragszuschuss im Kalenderjahr 2019:

- Privat krankenversicherte Arbeitnehmer 351,66 Euro
($4.537,50 \text{ Euro} \times 7,3 \% + 4.537,50 \text{ Euro} \times 0,45 \%$)
- Privat krankenversicherte Arbeitnehmer ohne Anspruch auf Krankengeld
(bei Versicherung in der GKV) 338,05 Euro
($4.537,50 \text{ Euro} \times 7,0 \% + 4.537,50 \text{ Euro} \times 0,45 \%$)

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 gesetzlichen Krankenversicherung 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 gesetzlich krankenversicherte oder privat 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.

Höchstbeitragszuschuss im Kalenderjahr 2019:

- Bundeseinheitlich (ohne Sachsen): 69,20 Euro
(4.537,50 Euro x 1,525 %)
- Sachsen: 46,51 Euro
(4.537,50 Euro x 1,025 %)

BELASTUNGSGRENZE

Nach § 62 SGB V haben die Krankenkassen die dem Versicherten während eines Kalenderjahres entstehenden gesetzlichen Zuzahlungen zu übernehmen, soweit sie die 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. Die weitere Dauer der Behandlung ist für jedes weitere Jahr nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ggf. zu prüfen.

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 IPartG) zusammengerechnet. Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den Ehegatten bzw. Lebenspartner des Versicherten, die im gemeinsamen Haushalt leben, um 15 % (2019: 5.607,00 Euro) und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 10 % (2019: 3.738,00 Euro) der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zu vermindern. Für jedes familienversicherte Kind wird ein Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG in Abzug gebracht (2019: 7.620,00 Euro).

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 dem Unfallversicherungsträger 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), werden die Unfallversicherungsträger verpflichtet, auch vor der Aufgabe dieser Tätigkeit verbindlich zu entscheiden, ob die sonstigen Voraussetzungen für die Anerkennung vorliegen.

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. 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 Früh- und Mehrlingsgeburten 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).

Die Beschäftigung von schwangeren und stillenden Frauen darf nur innerhalb bestimmter zeitlicher Grenzen erfolgen. Eine erwachsene Frau darf dann nicht länger als acht einhalb 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 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 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 vor und nach der Entbindung 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

Anfang 2018 ist das Betriebsrentenstärkungsgesetz (BRSG) in Kraft getreten. Ziel des BRSG ist es, die betriebliche Altersversorgung (bAV) insbesondere auch in kleinen und mittleren Unternehmen weiter zu verbreiten und Anreize zur zusätzlichen Altersvorsorge für Beschäftigte mit geringem Einkommen zu schaffen.

BETRIEBSRENTEN UND GRUNDSICHERUNG

Im Rahmen des BRSG wurde ein Freibetrag für die Leistungen der bAV eingeführt. Dieser berechnet sich wie folgt:

- Sockelfreibetrag von 100,00 Euro zuzüglich 30 % des den Sockelfreibetrag übersteigenden Einkommens aus der zusätzlichen Altersvorsorge,
- insgesamt „gedeckt“ auf 50 % der Regelbedarfsstufe 1 nach dem SGB XII (2019: 50 % = 212,00 Euro).

STEUER UND SOZIALVERSICHERUNG

Seit Anfang 2018 können bis zu 8 % der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung (2019: 80.400 Euro) steuerfrei in die bAV eingezahlt werden. Dies entspricht einem steuerfreien Einzahlungsbetrag von maximal 6.432,00 Euro jährlich in 2019. Als Ausgleich für diese Erhöhung der steuerfreien Ansparung ist die bis Ende 2017 bestehende Steuerfreiheit nach § 3 Nr. 63 Satz 3 EStG (1.800,00-Euro-Grenze) ersatzlos entfallen. Sozialversicherungsfrei verbleiben allerdings unverändert maximal 4 % der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung (2019: 3.216,00 Euro).

FÖRDERBETRAG FÜR GERINGVERDIENER

Seit Anfang 2018 werden Arbeitgeber vom Staat gefördert, wenn sie Arbeitnehmern mit einem monatlichen Bruttolohn von maximal 2.200,00 Euro einen Zuschuss zur bAV zahlen. Voraussetzung ist, dass der Arbeitgeber hierzu eine bAV einrichtet und Beiträge von mindestens 240,00 Euro bis maximal 480,00 Euro im Jahr in eine bAV einzahlt (von denen ihm allerdings 30 % erstattet werden – also zwischen 72,00 und 144,00 Euro jährlich).

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 Anfang 2018 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.

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 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 in alleiniger Verantwortung durch (§ 28p Abs. 1 Satz 1 SGB IV). Die Prüfung umfasst insbesondere die vom Arbeitgeber 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.

Beitragszahlungen sind auch die Zahlung der Pflichtbeiträge zur Pflegeversicherung für freiwillig Krankenversicherte sowie die der Umlagen nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz. 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 auch die Künstlersozialkasse 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.

Anstelle der persönlichen Prüfung vor Ort ist eine elektronisch unterstützte Betriebsprüfung (euBP) 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 Prüfungsumfang 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. Wichtig: Die elektronische Prüfung erfolgt auf freiwilliger Basis. Unternehmen können den Prüfer also unverändert in den eigenen Räumen oder beim Steuerberater prüfen lassen.

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 (§ 4 Abs. 4 Einkommensteuergesetz – EStG) sein. Dies gilt auch für körperschaftsteuerpflichtige Kapitalgesellschaften, da sich die Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Körperschaftsteuer 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: Bei Bewirtungen in Restaurants hat der Steuerpflichtige einen besonderen Belegnachweis zu erfüllen. Der Nachweis kann auf einem Vordruck erfolgen, der häufig bereits auf der Rückseite der Restaurantrechnungen entsprechend vorbereitet ist, oder auf einem gesonderten Dokument, das mit der Rechnung zusammengeführt wird. Dieser Nachweis muss folgende Angaben enthalten:

- Anlass der Bewirtung (möglichst genau, allgemeine Angaben wie „Arbeitsgespräch“ genügen nicht),
- Namen der bewirteten Personen,
- Unterschrift des Bewirtenden, also des Gastgebers.

Diesem selbst erstellten Nachweis ist die ebenfalls formal korrekte Rechnung des Restaurants beizufügen. Handschriftliche Rechnungen oder Quittungen genügen nicht. Eine vom Finanzamt zu akzeptierende Rechnung muss stets maschinell erstellt und mit einer Registriernummer (zugleich Rechnungsnummer) versehen sein.

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.

Für die Kranken- und Pflegeversicherung gilt bundeseinheitlich die Bezugsgröße West. Für den Bereich der Renten- und Arbeitslosenversicherung gelten je nach Rechtskreis Ost oder West unterschiedliche Werte.

Bezugsgröße 2019	West	Ost
jährlich	37.380,00 Euro	34.440,00 Euro
monatlich	3.115,00 Euro	2.870,00 Euro

→ Werte der Sozialversicherung

BINDUNGSFRIST

Für alle ausgeübten Krankenkassenwahlrechte gilt eine 18-monatige Bindungswirkung (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Die Bindungsfrist ist ein Zeitraum von 18 zusammenhängenden Zeitmonaten und berechnet sich von dem Zeitpunkt, an dem die Mitgliedschaft bei der gewählten Krankenkasse beginnt und nicht von dem Zeitpunkt der Ausübung der Krankenkassenwahl oder von dem Zeitpunkt der Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse.

Für → **Wahltarife** gelten gesonderte Bindungsfristen.

Das Bundessozialgericht hat in 2007 (AZ: B 12 KR 19/06 R) entschieden, dass ein Arbeitnehmer nach dem Ausscheiden aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis mit der Aufnahme eines neuen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses sofort eine neue Krankenkasse wählen kann, wenn dazwischen keine Mitgliedschaft bestanden hat.

Eine Kündigung der alten Krankenkasse ist in diesem Fall nicht erforderlich – und damit auch keine Kündigungsbestätigung zur Vorlage bei der neuen Krankenkasse.

Voraussetzung hierfür ist eine echte Unterbrechung. Dabei sind alle Zeiten, in denen keine eigene Mitgliedschaft bestanden hat, Unterbrechungszeiten; der Grund für die Unterbrechung ist nicht von Bedeutung. Eine Unterbrechung liegt auch dann vor, wenn der Zeitraum zwischen zwei Mitgliedschaften nur einen Tag umfasst bzw. für mindestens einen Kalendertag eine Familienversicherung oder gar keine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestanden hat. Auch Zeiten eines sogenannten nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V gelten als Unterbrechung.

Eine Unterbrechung liegt nicht vor, wenn zwei (ggf. auch unterschiedliche) Pflichtversicherungen nahtlos aufeinander folgen, sodass durchgehend Versicherungspflicht besteht.

Zur außerordentlichen Kündigung bei erstmaliger Erhebung bzw. Erhöhung eines Zusatzbeitrages → **Kündigungsrecht**.

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 in der → **Gleitzone** bzw. 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 bundesweite Höchstgrenze von 6 % der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze West in der Rentenversicherung (2019: 6 % = 402,00 Euro).

In der Sozialversicherung sind Geld- und → **Sachbezüge** beitragspflichtig. Dabei wird im Jahr 2019 für die Unterkunft ein monatlicher Betrag von 231,00 Euro und für die Verpflegung ein monatlicher Betrag von 251,00 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 2019 monatlich 3.115,00 Euro in den alten bzw. 2.870,00 Euro in den neuen Bundesländern. 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 Zusatzbeitrag (2019: 0,9 %).

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 an

- Brustkrebs,
- koronarer Herzkrankheit,
- Diabetes mellitus Typ 1,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- Asthma bronchiale,
- chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder
- chronischer Herzinsuffizienz

erkrankt sind, können an Disease Management Programmen (DMP) teilnehmen.

Durch eine systematische und vorausschauende medizinische Betreuung soll die Versorgung chronisch kranker Menschen verbessert werden.

Hierzu sind von Wissenschaftlern Behandlungsempfehlungen erarbeitet worden. Diese entsprechen dem neuesten Wissensstand und unterstützen den Arzt, immer die aktuellsten und wirksamsten Behandlungsmethoden anzuwenden.

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

Die akute Behandlung bei Beschwerden kann noch so gut sein, bei chronischen Erkrankungen reicht sie häufig nicht aus. Notwendig ist eine regelmäßige medizinische Betreuung. Sehr oft kann so der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden; viele Beschwerden im Alltag lassen sich verringern oder gar vermeiden.

Die Teilnahme an einem DMP ist freiwillig. Versicherte, die chronisch krank sind, können mit dem behandelnden Arzt die Teilnahme an einem DMP besprechen und sich so die Vorteile einer Programm-Teilnahme sichern. Dies 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 aktive Teilnahme am Alltagsleben,
- Rat und Unterstützung für ihren persönlichen Umgang mit der Krankheit,
- mehr Lebensqualität.

→ **Belastungsgrenze**

D

DIREKTVERSICHERUNG

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

→ Betriebliche Altersversorgung

E

EIN-EURO-JOB

Bei dem durch das sogenannte Hartz-IV-Gesetz eingeführten Ein-Euro-Job handelt es sich um eine Mehraufwandsentschädigung, die Empfänger des Arbeitslosengeldes II zusätzlich zum Arbeitslosengeld II erzielen können, ohne dass dieses Einkommen auf das Arbeitslosengeld angerechnet wird. In der Praxis beträgt diese Entschädigung 1,00 bis 2,00 Euro pro Stunde.

Sozialversicherungsrechtlich werden diese „Jobs“ nicht als Beschäftigung gewertet, so dass eine Beitragspflicht der Ein-Euro-Jobs zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie zur Unfallversicherung nicht vorliegt. Für den Bereich der Unfallversicherung besteht während dieser „Arbeitsgelegenheit“ ein Unfallversicherungsschutz durch den Träger des Arbeitslosengeldes II.

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.

In der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. März einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des vergangenen Kalenderjahres zuzuordnen, wenn es vom Arbeitgeber dieses Entgeltabrechnungszeitraumes gezahlt wird und zusammen mit dem sonstigen für das laufende Kalenderjahr festgestellten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt die anteilige Beitragsbemessungsgrenze übersteigt (→ **Märzklausel**).

2. HÖHE DER ANTEILIGEN BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE

Die anteilige Beitragsbemessungsgrenze ist der Teil der Beitragsbemessungsgrenze, der der Dauer aller Beschäftigungsverhältnisse bei demselben Arbeitgeber im laufenden Kalenderjahr bis zum Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraumes entspricht, 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 Arbeitsentgeltes 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

Zur Berechnung des beitragspflichtigen Anteils der Einmalzahlung wird eine Vergleichsberechnung zwischen der anteiligen Jahresbeitragsbemessungsgrenze und dem bisher beitragspflichtigen Arbeitsentgelt vorgenommen. Die anteilige Jahresbeitragsbemessungsgrenze 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.

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

EINZUGSSTELLE

Der → **Gesamtsozialversicherungsbeitrag** ist an die Einzugsstelle (Krankenkassen, 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 entlohten Beschäftigten zu zahlen sind. Mithin sind auch sämtliche Meldungen für geringfügig entlohnte Beschäftigte gegenüber der Knappschaft-Bahn-See (Minijob-Zentrale) zu erstatten. Entsprechendes gilt für die Meldungen für kurzfristig Beschäftigte.

Einzugsstellen für die Beiträge zur gesetzlichen → Unfallversicherung sind die jeweiligen Unfallversicherungsträger.

ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

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 sogenannte administrative Daten bzw. Verwaltungsdaten gespeichert. Hierzu gehören die Daten des Versicherten (wie z. B. Name, Geburtsdatum, Anschrift und Versichertenstatus) sowie ergänzende Informationen, z. B. zur Teilnahme an bestimmten Behandlungsprogrammen.

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 EU/EWR, in der Schweiz sowie in Montenegro, Mazedonien und Serbien in Anspruch genommen werden. Hierzu ist

die EHIC bei einem Unfall oder bei einer akuten Behandlung einem „Vertrags-Arzt“ (Zahnarzt, Krankenhaus) vorzulegen, der über das staatliche Gesundheitswesen abrechnet. Ausnahme: In Serbien ist die EHIC vor der Behandlung der „Republikanstalt für Krankenversicherung“ vorzulegen. Unabhängig davon empfiehlt sich der Abschluss einer zusätzlichen privaten Auslandsreise-Krankenversicherung.

ELTERNGELD

Elterngeldanspruch hat, wer

- seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat,
- mit seinem Kind in einem Haushalt wohnt und dieses betreut und erzieht und
- keine oder keine volle Erwerbstätigkeit ausübt.

Teilzeitarbeitsverhältnisse dürfen 30 Stunden pro Woche nicht überschreiten.

Die Höhe des Elterngeldes beträgt mindestens 65 % des wegfallenden monatlichen Nettoeinkommens. Der Mindestbetrag (Sockelbetrag) liegt bei monatlich 300,00 Euro, der Höchstbetrag bei monatlich 1.800,00 Euro. Für Nettoeinkommen zwischen 1.200,00 Euro und 1.240,00 Euro vor der Geburt des Kindes sinkt das Elterngeld schrittweise von 67 auf 65 %. Für je zwei Euro, die das Einkommen über 1.200 Euro liegt, sinkt es um 0,1 Prozentpunkte. Für Voreinkommen von über 1.240,00 Euro liegt es bei 65 %.

Unterschreitet das Nettoeinkommen vor der Geburt 1.000,00 Euro monatlich, wird die Höhe des Elterngelds von 67 % um je 0,1 % je 2,00 Euro Unterschreitung des Nettoeinkommens erhöht – auf bis zu 100 %.

Beispiel:

Nettoeinkommen vor der Geburt: 800,00 Euro

Differenz: 1.000,00 Euro - 800,00 Euro = 200,00 Euro

Erhöhung Elterngeld um 10 % (200,00 Euro geteilt durch 2 multipliziert mit 0,1) auf 77 % des in den letzten zwölf Monaten erzielten Nettoeinkommens.

Das Elterngeld 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 bekommen. In besonderen Ausnahmefällen kann ein Elternteil auch für volle 14 Monate Elterngeld erhalten.

Für alle Kinder, die nach dem 01.07.2015 geboren wurden, kann das sogenannte ElterngeldPlus beantragt werden. Damit soll die bisherige Regelung ausgeglichen werden, nach der Eltern, die während des Elterngeldbezugs in Teilzeit arbeiten, zwar den Lohn vom Elterngeld abgezogen bekommen, aber dafür keinen zeitlichen Ausgleich erhalten haben. Seit dem 01.07.2015 gilt: Aus einem Monat Elterngeld werden zwei Monate ElterngeldPlus. Wer also in Teilzeit arbeitet (bis 30 Wochenstunden), erfährt wie gehabt eine Reduktion des Elterngeldes, die Dauer des Elterngeldanspruches verlängert sich aber. Teilen sich beide Elternteile die Betreuung des Kindes und arbeiten parallel für mindestens vier Monate zwischen 25 und 30 Wochenstunden, erhalten sie noch einen Partnerschaftsbonus. Dann können sie für vier weitere Monate ElterngeldPlus beziehen – also insgesamt 28 Monate.

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 30 Wochenstunden (im Durchschnitt des Monats) gearbeitet werden.

Im Rahmen einer gesetzlichen Neuregelung ist die Inanspruchnahme dieser Elternzeit für Geburten nach dem 30.06.2015 deutlich flexibler geworden. Seit diesem Zeitpunkt ist es möglich, die Elternzeit in drei Abschnitte aufzuteilen; vorher war nur eine Aufteilung in zwei Abschnitte möglich.

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 unverändert 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.

Für Eltern, deren Kind vor dem 01.07.2015 geboren wurde, besteht keine Möglichkeit, die Neuregelungen zur Elternzeit zu nutzen. Sie benötigen nach wie vor die Zustimmung des Arbeitgebers, wenn Elternzeit (höchstens zwölf Monate) zwischen dem dritten bis 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.

EMPFÄNGNISREGELUNG

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung zu Fragen der Empfängnisregelung. Für Frauen bis zur Vollendung des 20. 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 vierwöchigen Wartezeit 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 erst 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.

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, seinem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen (Anzeigespflicht) und spätestens am ersten Arbeitstag nach Ablauf des dritten Kalendertages nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraus-

sichtliche Dauer vorzulegen (Nachweispflicht). Der Arbeitgeber kann die Vorlage der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit früher verlangen.

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.

Beispiel Sechs-Monats-Frist

Erste Arbeitsunfähigkeit vom 19.03. bis 08.05.2019. Zweite Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit beginnt am 05.11.2019.

Berechnung der Sechs-Monats-Frist (rückwärtslaufende Frist)

Ereignistag 05.11.2019

Fristbeginn 04.11.2019

Fristende 05.05.2019

Kein sechswöchiger Anspruch auf Entgeltfortzahlung für Arbeitsunfähigkeit ab 05.11.2019.

Beispiel Zwölf-Monats-Frist

Erstmaliger Eintritt von Arbeitsunfähigkeit am 03.05.2019 vor

Arbeitsbeginn

Berechnung der Zwölf-Monats-Frist (vorwärtslaufende Frist)

Fristbeginn 03.05.2019

Fristende 02.05.2020

Für dieselbe Krankheit besteht wieder ein voller Anspruch auf Entgeltfortzahlung, wenn die Arbeitsunfähigkeit nach dem 02.05.2020 eintritt.

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 geringfügiger 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

Existenzgründer müssen für ihre **Krankenversicherung** selbst sorgen. Dabei haben sie zunächst grundsätzlich die Wahl zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung.

Grundsätzlich sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in der **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.

Bis auf einige Ausnahmen sind die meisten Selbstständigen nicht versicherungspflichtig in der **gesetzlichen Rentenversicherung**. Sie können jedoch innerhalb von fünf Jahren nach dem Jahr der Existenzgründung die Pflichtversicherung beantragen. Zudem können sich Existenzgründer gegen 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, die eine Selbstständigkeit anstreben, 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 von mindestens 150 Tagen auf Arbeitslosengeld haben.

Zur **Förderung der Existenzgründung** stellen Bund und Länder Darlehen zur Verfügung. Diese Darlehen bieten unterschiedliche Konditionen, die den Start in die Selbstständigkeit erleichtern sollen – z. B. tilgungsfreie Anlaufzeiten, günstigere Zinsen und teilweise Freistellung von Sicherheiten.

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.

Neu seit 01.01.2019 (Stand bei Redaktionsschluss): Im Zusammenhang mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) gilt die Genehmigung der Krankenkasse für Krankenfahrten zur ambulanten zahnärztlichen oder ambulant fachärztlichen Behandlung als erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

1. Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“,
2. Pflegegrad 4, 5 oder Pflegegrad 3, wenn gleichzeitig eine dauerhaft eingeschränkte Mobilität festgestellt wurde,
3. eine den Nummern 1 und 2 vergleichbare 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 eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.
- 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 der Versicherten 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.

Diese Regelung bedeutet für jeden Betrieb bei der Entgeltabrechnung und beim Aufführen der abgerechneten Beiträge im → **Beitragsnachweis** Folgendes:

- Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag muss spätestens am drittletzten Banktag des Tätigkeitsmonats bei der Einzugsstelle verfügbar sein, und zwar in Höhe des voraussichtlichen Monatsbeitrags. Der Arbeitgeber hat die voraussichtliche Höhe des Beitrags gewissenhaft zu schätzen.
- Arbeitgeber können die Beiträge nach dem Vormonatssoll zahlen, wenn der tatsächliche Wert für den laufenden Monat noch nicht bekannt ist.
- Der Ausgleich zwischen der voraussichtlichen Beitragshöhe und der „tatsächlichen“ Beitragshöhe erfolgt im Folgemonat.

FÄLLIGKEITSTAGE 2019

Monat	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni
Fällig bis	29.	26.	27.	26.	28.	26.

Monat	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Fällig bis	29.	28.	26.	28./29.**	27.	23.

* Bremen, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen

** Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland

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,
- 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 (Ausnahme geringfügige Beschäftigung nach § 8 SGB IV),
- keine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit,
- kein Gesamteinkommen von mehr als 445,00 Euro, bzw. bei geringfügig entlohnter Beschäftigung von 450,00 Euro monatlich.

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,
- 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 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 in 2019 monatlich 5.062,50 Euro 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 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 Insolvenzversicherung des Wertguthabens, wenn

- das Wertguthaben die monatliche Bezugsgröße (2019: West = 3.115,00 Euro bzw. Ost = 2.870,00 Euro) übersteigt und
- für die beabsichtigte Zeit der Freistellung ein Anspruch auf Insolvenzgeld (ggf. zum Teil) nicht besteht.

Die Insolvenzversicherung 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 Insolvenzversicherungsmaßnahme 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 allerdings 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 Mitgliedschaft in der Krankenversicherung abschließen.

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

Versicherte können ihre freiwillige Mitgliedschaft – unter Einhaltung der → **Bindungsfrist** – durch schriftliche Kündigung beenden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Monats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt. Die Satzung der Krankenkasse kann auch einen früheren Zeitpunkt festlegen.

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 2019 bei freiwilligen Mitgliedern mindestens 1.038,33 Euro monatlich (90. Teil der monatlichen Bezugsgröße von 3.115,00 Euro x 30).

Höchstens werden die monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von freiwilligen Mitgliedern aus der Beitragsbemessungsgrenze – BBG – (2019: 4.537,50 Euro monatlich) berechnet. Dies gilt auch dann, wenn die tatsächlichen Einnahmen darüber liegen.

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 mindestens 17,31 Euro kalendertäglich (180. Teil der monatlichen Bezugsgröße von 3.115,00 Euro).

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.

Personen, die versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind, können sich nur dann freiwillig versichern, wenn sie die allgemeine Wartezeit in der gesetzlichen Rentenversicherung von fünf Jahren erfüllt haben.

Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte ist jeder Betrag zwischen der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage und der Beitragsbemessungsgrenze. Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt für freiwillig Versicherte bundeseinheitlich monatlich 450,00 Euro, die Beitragsbemessungsgrenze in den alten Bundesländern im Jahr 2019 monatlich 6.700,00 Euro und in den neuen Bundesländern monatlich 6.150,00 Euro.

UNFALLVERSICHERUNG (§ 6 SGB VII)

Auf schriftlichen Antrag können sich der **Unternehmer** und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten versichern, sofern die jeweilige Berufsgenossenschaft keine 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.

Die Versicherung beginnt mit dem Tag, der dem Eingang des Antrags folgt.

Die Versicherung erlischt, wenn der Beitrag oder Beitragsvorschuss binnen zwei Monaten nach Fälligkeit nicht gezahlt worden ist. Eine Neuanmeldung bleibt so lange unwirksam, bis der rückständige Beitrag oder Beitragsvorschuss entrichtet worden ist.

Die **Beitragsberechnungsgrundlagen** sind in den jeweiligen Satzungen der Berufsgenossenschaften niedergelegt.

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 und
- Personen in einer beruflichen Weiterbildung, insbesondere einer Aufstiegsfortbildung.

VORAUSSETZUNGEN

Voraussetzung für die Versicherungspflicht auf Antrag ist, dass der Antragsteller

- innerhalb der letzten zwei Jahre vor Aufnahme der Beschäftigung, vor der Elternzeit oder der Fortbildung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat,
- unmittelbar vor diesem Zeitpunkt (Unterbrechung maximal ein Monat) Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III hatte und
- weder versicherungspflichtig noch versicherungsfrei in der Arbeitslosenversicherung ist; wer aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung versicherungsfrei ist, kann jedoch auf Antrag versicherungspflichtig werden.

ANTRAGSFRIST

Der Antrag auf Versicherungspflicht muss innerhalb von drei Monaten gestellt werden

- nach Aufnahme der Tätigkeit,
- nach dem Beginn der Elternzeit oder der beruflichen Weiterbildung oder
- nach dem Ende einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz.

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 des Bürgerlichen Gesetzbuches.

ARBEITSUNFÄHIGKEIT (AU)

- Nachweis gegenüber Arbeitgeber:
an dem Arbeitstag, der auf den dritten Tag des Beginns der AU folgt.

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 STATIONÄRE KRAKENHAUSBEHANDLUNG

- **Anspruchsdauer:**
bis zu vier Wochen je Krankheitsfall; Ausnahme: Verlängerung durch MDK 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 Rehabilitations-einrichtung von Beginn an, ansonsten ab Tag der Feststellung der AU

KRANKENGELD BEI ERKRANKUNG EINES KINDES

- **Anspruchsdauer:**
Alleinerziehende (je Kalenderjahr): 20 Arbeitstage pro Kind, insgesamt max. 50 Arbeitstage.
Gemeinschaftlich Erziehende (je Kalenderjahr): 10 Arbeitstage pro Kind, insgesamt max. 25 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

- **Anmeldung:** mit der nächsten im Unternehmen stattfindenden Lohn- und Gehaltsabrechnung (spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Beginn)
- **Abmeldung:** mit der nächsten im Unternehmen stattfindenden Lohn- und Gehaltsabrechnung (spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Ende)
- **Jahresmeldung:** mit der ersten auf das abgelaufene Jahr folgenden Lohn- und Gehaltsabrechnung, spätestens bis zum 15.02. des Folgejahres

- Sofortmeldung: spätestens bei Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses
- Unterbrechungsmeldung: zwei Wochen nach Ablauf des ersten vollen Kalendermonats der Unterbrechung
- Stornierungsmeldung: unverzüglich
- UV-Jahresmeldung: bis zum 16.02. des Folgejahres

MUTTERSCHAFTSGELD

- Anspruchsdauer:
14 Wochen und Entbindungstag
bei Mehrlings-, 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:
ein Monat nach Ende der Pflichtmitgliedschaft.

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 Berufskrankheitsgefährdung 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 Gesamtentgelt 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 Gewerbebranchen einen Gefahrtarif → **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 Beschäftigten). Die zu erstellenden Meldungen werden vom Arbeitgeber an die Knappschaft-Bahn-See (Minijob-Zentrale) erstattet.

GERINGFÜGIG ENTLOHNTE BESCHÄFTIGUNG

Eine Beschäftigung ist geringfügig entlohnt, wenn das monatliche Arbeitsentgelt nicht mehr als 450,00 Euro beträgt.

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 0,9 % des Bruttoentgelts abzuführen, im Ausgleichsverfahren U2 beträgt der Umlagesatz für geringfügig entlohnte Beschäftigte derzeit 0,24 %. Zusätzlich hat der Arbeitgeber 2 % Pauschalsteuer 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 % Pauschalsteuer.

Anfang 2013 wurde für geringfügig Beschäftigte eine grundsätzliche Rentenversicherungspflicht eingeführt. Hiervon kann man sich allerdings befreien lassen.

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 insgesamt 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt ist oder im Voraus vertraglich (z. B. durch einen auf längstens ein Jahr befristeten Rahmenarbeitsvertrag) begrenzt wird.

Von einem Drei-Monats-Zeitraum ist im Allgemeinen dann auszugehen, wenn die Beschäftigung an mindestens fünf Tagen in der Woche ausgeübt wird. Bei Beschäftigungen von regelmäßig weniger als fünf Tagen in der Woche ist eine monatliche Betrachtungsweise nicht mehr möglich; die Beurteilung ist dann auf den Zeitraum von 70 Arbeitstagen abzustellen.

GERINGVERDIENERGRENZE

Grundsätzlich gelten für zur Berufsausbildung Beschäftigte die gleichen Beitragsberechnungsvorschriften wie bei anderen Arbeitnehmern. Eine Ausnahme stellt die sogenannte Geringverdienergrenze dar. Sie liegt bei 325,00 Euro monatlich und gilt für Auszubildende und 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 0,25 %.

Wird die Geringverdienergrenze durch eine Einmalzahlung überschritten, tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Beitrag aus dem 325,00 Euro überschreitenden Betrag je zur Hälfte. Lediglich der durchschnittliche Zusatzbeitrag und ggf. der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung für Kinderlose ist in diesen Fällen von dem 325,00 Euro übersteigenden Betrag allein vom Arbeitnehmer zu tragen.

GESAMTSOZIALVERSICHERUNGSBEITRAG

Die Beiträge aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung werden in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung als Gesamtsozialversicherungsbeitrag (GSV-Beitrag) an die zuständige → **Einzugsstelle** (Krankenkasse, Minijob-Zentrale) gezahlt. Zusätzlich hat der Arbeitgeber 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 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 (sogenannte Fremdgeschäftsführer), liegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts 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.

GLEITZONE

Für Arbeitnehmer, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone ausüben, gelten besondere Regelungen sowohl für die Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage als auch für die Tragung der Sozialversicherungsbeiträge.

Ein Beschäftigungsverhältnis in der Gleitzone liegt vor, wenn das aus der Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt 450,01 Euro bis 850,00 Euro im Monat beträgt und die Grenze von 850,00 Euro im Monat regelmäßig nicht überschreitet.

Die besonderen Berechnungsvorschriften zur Gleitzone sind nicht anzuwenden

- für Auszubildende, Praktikanten,
- bei Beschäftigungen mit einem fiktiven Arbeitsentgelt (z. B. Beschäftigung behinderter Menschen),
- bei Altersteilzeit bzw. flexiblen Arbeitszeitregelungen, wenn das reduzierte Arbeitsentgelt in die Gleitzone fällt,
- für Fälle der Wiedereingliederung nach Arbeitsunfähigkeit,
- bei der Gewährung von Kurzarbeitergeld oder Saisonkurzarbeitergeld,
- sofern das regelmäßige Arbeitsentgelt über 850,00 Euro liegt und nur durch Arbeitsausfälle gemindert wurde.

Zum 01.07.2019 wird die Gleitzone zu einem sogenannten → **Übergangsbereich** weiterentwickelt.

H

HÄRTEFÄLLE

Der sogenannte 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 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 Sozialstationen bzw. bei selbstbeschafften Kräften in angemessener Höhe (z. B. Fahrkosten, ggf. Verdienstausschlag) 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 besteht aus Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung und 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.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die häusliche Krankenpflege, wenn die Leistungen von ambulanten Pflegediensten erbracht werden, mit denen die Krankenkassen entsprechende Verträge abgeschlossen haben. Kann die Krankenkasse im Ausnahmefall keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

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.

Die Zuzahlung der Versicherten beträgt für die ersten 28 Tage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr pro Tag 10 % der Kosten sowie 10,00 Euro je Verordnung. Die Zuzahlung entfällt für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Liegt Pflegebedürftigkeit vor, werden die ergänzenden Pflegeleistungen von der Pflegekasse übernommen. Versicherte, die nicht auf Dauer in einem Pflegeheim untergebracht sind, erhalten häusliche Krankenpflege auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und sie nur vorübergehend zur Durchführung der Behandlungspflege in einem Pflegeheim untergebracht sind (§ 37 SGB V).

HEILMITTEL

Für ärztlich verordnete Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie sowie Podologie = med. Fußpflege) werden die vertraglichen Kosten von der Krankenkasse übernommen (§ 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 Vertragsätze bzw. bei bestimmten Hilfsmitteln (u. a. Einlagen, Inkontinenzhilfen, Stomaartikel, Kompressionsartikel) in Höhe von Pauschalen oder Festbeträgen.

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.

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 Vertragsätze, 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

Beiträge werden maximal bis zur → **Beitragsbemessungsgrenze** der einzelnen Sozialversicherungszweige erhoben. Daraus ergeben sich (bei hälftiger Beitragstragung) folgende Höchstbeiträge für 2019:

	West	Ost
Krankenversicherung* (Einheitlich für alle Kassen)		
Allgemeiner Beitragssatz 14,6 %	662,48 Euro	662,48 Euro
Ermäßigter Beitragssatz 14,0 %	635,26 Euro	635,26 Euro
Pflegeversicherung (3,05 %) Kinderlose (3,30 %)	138,40 Euro 149,74 Euro	138,40 Euro 149,74 Euro
Rentenversicherung (18,6 %)	1.246,20 Euro	1.143,90 Euro
Arbeitslosenversicherung (2,5 %)	167,50 Euro	153,76 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. Diese liegt zurzeit bei 0,06 % (→ **Beitragssätze**).

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

J

JAHRESARBEITSENTGELTGRENZE

Das Jahresarbeitsentgelt ist für die Beurteilung der Krankenversicherungspflicht maßgebend (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Für das Jahr 2019 beträgt die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) 60.750,00 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 Jahresarbeitsentgeltgrenze 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 für Arbeitnehmer endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das zu berücksichtigende Jahresarbeitsentgelt die maßgebliche JAE-Grenze übersteigt, wenn auch die Jahresarbeitsentgeltgrenze des Folgejahres überschritten wird.

Neben der beschriebenen allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze gibt es noch eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze. Diese gilt für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 wegen Überschreitens der an diesem Tag geltenden Jahresarbeitsentgeltgrenze (= 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 Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt (2019 = 54.450,00 Euro), bleiben sie versicherungsfrei.

Ob die Voraussetzungen für die Anwendung der besonderen Jahresarbeitsentgeltgrenze 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 und Arbeitseinkommen eines Versicherten in den zwölf Kalendermonaten vor dem Monat, in dem der Versicherungsfall in der Unfallversicherung eingetreten ist (§ 82 SGB VII).

Für kraft Gesetzes versicherte selbstständig Tätige, für kraft Satzung versicherte Unternehmer und Ehegatten und für freiwillig Versicherte hat die Satzung des Unfallversicherungsträgers die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes zu bestimmen.

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 (2019: 22.428,00 Euro alte Bundesländer, 20.664,00 Euro neue Bundesländer).

Der gesetzliche Höchstbetrag für den Jahresarbeitsverdienst beträgt höchstens das Zweifache der im Zeitpunkt des Versicherungsfalls in der Unfallversicherung maßgebenden Bezugsgröße (2019: 74.760,00 Euro alte Bundesländer, 68.880,00 Euro neue Bundesländer).

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 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 den von ihm getragenen Kostenanteil von der Krankenkasse zurück.

KINDERKRANKENGELD

Bei Erkrankung ihres Kindes haben Versicherte Anspruch auf → **Krankengeld** 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. Es 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. 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 2019 bei täglich 105,88 Euro (abzüglich der Versichertenanteile zu den Sozialversicherungsbeiträgen).

Der Anspruch besteht pro Kind und Versicherten für maximal zehn Arbeitstage im Kalenderjahr, insgesamt für höchstens 25 Arbeitstage im Kalenderjahr. Alleinerziehende erhalten Kinderkrankengeld für maximal 20 Arbeitstage pro Kind im Kalenderjahr, insgesamt für höchstens 50 Arbeitstage im Kalenderjahr. Bei der Betreuung von Kindern mit begrenzter Lebenserwartung gilt der Anspruch ohne zeitliche Befristung (§ 45 SGB V).

Wird das Kind z. B. durch einen Unfall in der Schule verletzt (sogenannter „Arbeitsunfall“), 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 veranlassete 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, unter Abzug von Verwaltungskosten, Kosten fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie der vorgesehenen Zuzahlungen (§ 13 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 2019 bei täglich 105,88 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 für 28 Kalendertage 10,00 Euro je Tag 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

Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte können nach § 173 SGB V zwischen folgenden Krankenkassen wählen:

- die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
- jede Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt,
- die BKK oder IKK, wenn
 - sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die BKK oder die IKK besteht,
 - oder die Satzung der BKK oder IKK dies vorsieht,
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
- die Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestanden hat,
- die Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Ein Krankenkassenwechsel ist möglich, wenn

- der Versicherte mindestens 18 Monate bei seiner Krankenkasse versichert war,
- die Mitgliedschaft schriftlich zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats gekündigt hat und
- die bisherige Krankenkasse eine Kündigungsbestätigung ausgestellt hat.

Abweichend hiervon besteht für Mitglieder ein besonderes → **Kündigungsrecht**, wenn die Krankenkasse erstmalig einen → **Zusatzbeitrag** erhebt oder diesen erhöht oder eine Unterbrechung zwischen zwei Beschäftigungsverhältnissen vorliegt (→ **Bindungsfrist**).

Die Krankenkassen haben im Zusammenhang mit den Wahl- und Kündigungsmöglichkeiten den Versicherten Mitgliedsbescheinigungen oder Kündigungsbestätigungen unverzüglich auszustellen. Für Kündigungsbestätigungen ist eine Frist von 14 Tagen nach Eingang der Kündigung einzuhalten (§ 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V).

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 zu Ungunsten 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.

Nach § 622 Abs. 2 Satz 2 BGB sind dabei Zeiten, die vor der Vollendung des 25. Lebensjahrs des Arbeitnehmers liegen, bei der Berechnung der Beschäftigungsdauer

nicht zu berücksichtigen. Jedoch hat der Europäische Gerichtshof (kurz: EuGH) bereits vor längerer Zeit entschieden, dass mit dieser Vorschrift eine unzulässige Diskriminierung der jüngeren Arbeitnehmer vorliegt und sie daher nicht mehr anzuwenden ist.

KÜNDIGUNGSRECHT

Versicherte sind an die Wahl ihrer Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden → **Bindungsfrist** (§ 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Die Krankenkasse kann nur gewechselt werden, wenn die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wirksam gekündigt wurde. Die neu gewählte Krankenkasse darf die Mitgliedschaft erst nach Vorlage der Kündigungsbestätigung der bisherigen Krankenkasse begründen. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt (§ 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Wird die Kündigung für einen Zeitpunkt ausgesprochen, zu dem ein Krankenkassenwechsel noch nicht möglich ist, weil z. B. die Bindungsfrist noch nicht abgelaufen ist, ist die Kündigung von der Krankenkasse entsprechend den Grundsätzen des § 140 BGB in eine Kündigung zum nächstmöglichen Zeitpunkt umzudeuten.

Bei einem **Arbeitgeberwechsel** hat der Versicherte dafür Sorge zu tragen, dass der neue Arbeitgeber eine Mitgliedsbescheinigung seiner Krankenkasse erhält. Dies gilt auch, wenn aufgrund der Bindungsfrist noch kein neues Krankenkassenwahlrecht besteht.

Für Mitglieder, deren Krankenkasse erstmals einen → **Zusatzbeitrag** erhebt oder diesen erhöht, besteht ein **Sonderkündigungsrecht** (§ 175 Abs. 4 Satz 5 SGB V). Sie können ihre Mitgliedschaft bis zum Ablauf des Monats kündigen, in dem der (erhöhte) Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird. Die 18-monatige Bindungsfrist gilt in diesem Fall nicht; die Kündigung wird zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam. Während der laufenden Kündigungsfrist ist der von der Krankenkasse erstmals erhobene oder erhöhte Zusatzbeitrag vom Mitglied zu zahlen.

KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

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

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 Allergiej-

erkrankungen, 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

Kurzarbeitergeld wird für bis zu zwölf Monate gezahlt, wenn in Betrieben oder Betriebsabteilungen die regelmäßige betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit infolge wirtschaftlicher Ursachen oder eines unabwendbaren Ereignisses vorübergehend verkürzt wird.

Das Kurzarbeitergeld ist dazu bestimmt, den Betrieben die eingearbeiteten Arbeitnehmer und den Arbeitnehmern die Arbeitsplätze zu erhalten sowie den Arbeitnehmern einen Teil des durch die Kurzarbeit bedingten Lohnausfalls zu ersetzen.

Arbeitnehmer haben **Anspruch** auf Kurzarbeitergeld, wenn ein erheblicher Arbeitsausfall mit Entgeltausfall vorliegt, die betrieblichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind und der Arbeitsausfall angezeigt worden ist.

Kurzarbeitergeld wird nur solchen Betrieben gewährt, in denen regelmäßig mindestens ein Arbeitnehmer (auch Auszubildender) beschäftigt ist.

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).

Das Kurzarbeitergeld wird berechnet aus dem Unterschiedsbetrag (Nettoentgeltdifferenz) zwischen

- dem pauschalierten Nettoentgelt aus dem Sollentgelt und
- dem pauschalierten Nettoentgelt aus dem Istentgelt.

Sollentgelt ist das Bruttoarbeitsentgelt, das der Arbeitnehmer ohne den Arbeitsausfall vermindert um das Entgelt für Mehrarbeit in dem Anspruchszeitraum (Kalendermonat) bei Vollarbeit erzielt hätte, soweit dieser Verdienst beitragspflichtige Einnahme im Sinne des § 342 ff. SGB III ist und als Entgelt im Sinne der Sozialversicherung anzusehen ist.

Istentgelt ist das im jeweiligen Anspruchszeitraum erzielte Bruttoarbeitsentgelt zuzüglich aller zustehenden Entgeltanteile (einschließlich der Entgelte für Mehrarbeit).

Einmalig gezahlte Arbeitsentgelte bleiben bei der Berechnung des Sollentgelts und des Istentgelts außer Betracht.

Das Kurzarbeitergeld wird frühestens von dem Kalendermonat an geleistet, in dem die Anzeige über den Arbeitsausfall bei der Arbeitsagentur eingegangen ist.

In der **Kranken- und Pflegeversicherung** bleibt die Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen während des Bezugs von Kurzarbeitergeld erhalten. Ebenso besteht das renten- und arbeitslosenversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis fort. Für das tatsächlich erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt während der Anspruchsdauer auf Kurzarbeitergeld (Kurzlohn) tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer die Beiträge grundsätzlich je zur Hälfte.

→ **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.

Bei jeder Lohnabrechnung ist im Lohnkonto Folgendes aufzuzeichnen:

- der Tag der Lohnzahlung und der Lohnzahlungszeitraum,
- für mindestens fünf aufeinander folgende Arbeitstage, in denen der Anspruch auf Arbeitslohn weggefallen ist, der Großbuchstabe U,
- der Arbeitslohn, getrennt nach Barlohn und Sachbezügen, und die davon einbehaltene Lohnsteuer,
- steuerfreie Bezüge,
- Bezüge, die nach einem Abkommen zur Vermeidung der Doppelbesteuerung oder unter Progressionsvorbehalt von der Lohnsteuer freigestellt sind,
- außerordentliche Einkünfte und die davon einbehaltene Lohnsteuer,
- pauschalbesteuerte Bezüge und die darauf entfallende Lohnsteuer.

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 besteuertes 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 besteuerten 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 dem letzten Entgeltabrechnungszeitraum des Vorjahres zuzuordnen, wenn

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

Beispiel

Eine Arbeitnehmerin ist seit Jahren sozialversicherungspflichtig beschäftigt und erhält ein laufendes Arbeitsentgelt von 3.500,00 Euro. Im März 2019 erhält sie eine Gewinnbeteiligung am Erfolg des Unternehmens in Höhe von 4.000,00 Euro. Es ist die anteilige Jahres-BBG in der Krankenversicherung zu bilden.

anteilige Jahres-BBG vom 01.01. bis 31.03.2019:

KV: 4.537,50 Euro x 3 Monate = 13.612,50 Euro

beitragspflichtiges Arbeitsentgelt

KV: 3.500,00 Euro x 3 Monate = 10.500,00 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 3.112,50 Euro – die Gewinnbeteiligung in Höhe von 4.000,00 Euro übersteigt die Differenz mit der Folge, dass die Einmalzahlung dem Entgeltabrechnungszeitraum Dezember des Vorjahres zuzuordnen ist.

Achtung: Es gelten dann die Beitragsberechnungsfaktoren von Dezember 2018!

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 Märzklausele 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 des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts und das beitragspflichtige einmalig gezahlte Arbeitsentgelt einzutragen.

MEDIZINISCHER DIENST

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der MDK ist eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Krankenkassen.

Im Einzelnen sind die Aufgaben des MDK in § 275 SGB V beschrieben. Hierzu gehören Stellungnahmen für die Krankenkassen z. B. bei Fragen zur

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

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

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

MELDEVORSCHRIFTEN

Damit die Träger der Sozialversicherung ihre Aufgaben reibungslos und zügig erledigen können, sind die Arbeitgeber verpflichtet, Meldungen für ihre Beschäftigten (auch für geringfügige Beschäftigten) 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 aus maschinellen Ausfüllhilfen zu übermitteln. Die Krankenkassen bieten den Arbeitgebern als besonderen Service eine entsprechende Ausfüllhilfe an → **sv.net**.

Zu melden sind der Beginn und das Ende einer Beschäftigung und Unterbrechungen der Beschäftigung wegen des Bezugs einer Sozialleistung von mindestens einem Kalendermonat.

Zum 31.12. eines jeden Jahres hat der Arbeitgeber das rentenversicherungspflichtige Arbeitsentgelt des vergangenen Jahres 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
Änderungen – des Namens – der Staatsangehörigkeit – der Anschrift	Mit der nächsten Unterbrechungsmeldung, Abmeldung oder Jahresmeldung
Stornierung einer Meldung	Unverzüglich

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,
- im Schaustellergewerbe,
- bei Unternehmen der Forstwirtschaft,
- im Gebäudereinigungsgewerbe,
- bei Unternehmen, die sich am Auf- und Abbau von Messen und Ausstellungen beteiligen,

- in der Fleischwirtschaft,
- im Prostitutionsgewerbe.

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

Darüber hinaus haben Arbeitgeber aus den genannten Gewerben 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, Beiträge zu berechnen und ggf. vom Arbeitsentgelt einzubehalten und an die Einzugsstelle abzuführen.

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

Vor diesem Hintergrund hat der Arbeitgeber bei allen Beschäftigungsverhältnissen ab Beginn der Beschäftigung zu prüfen, ob Versicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit in dieser Beschäftigung besteht. Abhängig von dieser Beurteilung hat der Arbeitgeber die entsprechenden Meldungen zu erstatten und auch Beiträge abzuführen.

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 Früh- und Mehrlingsgeburten sowie bei ärztlich festgestellter Behinderung des Kindes zwölf Wochen nach der Entbindung.

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.

Ändert sich die Höhe des Arbeitsentgelts während der Schutzfrist, wird auch die Höhe des Mutterschaftsgeldes angepasst. Arbeitgeber müssen in diesen Fällen die neue Entgelthöhe an die zuständige Krankenkasse übermitteln.

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 Bundesversicherungsamt (Mutterschaftsgeldstelle). Informationen und Antragsformulare stehen auf der Internetseite des Bundesversicherungsamts zur Verfügung.

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 ermöglichen es der werdenden Mutter, sich völlig unbelastet von einer beruflichen Arbeitsleistung auf ihr Kind einzustellen und sich zu erholen.

Bei Früh-, Mehrlingsgeburten oder ärztlich festgestellter Behinderung des Kindes verlängert sich die Mutterschutzfrist auf zwölf Wochen nach der Entbindung.

Außerdem verlängert sich bei vorzeitigen Entbindungen die Schutzfrist nach der Entbindung um den verlorenen Fristanteil der Schutzfrist vor der Entbindung.

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 Versicherungsschutz 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. 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 und andere ehrenamtliche Tätigkeiten (§ 3 Nr. 26 EStG).

Der Steuerfreibetrag für diesen Personenkreis liegt bei 2.400,00 Euro jährlich; dieser Betrag ist gleichzeitig beitragsfrei zur Sozialversicherung.

Für Einnahmen aus nebenberuflicher Tätigkeit im gemeinnützigen, mildtätigen oder kirchlichen Bereich wird ein Freibetrag von 720,00 Euro jährlich gewährt (Ehrenamtpauschale – § 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 Ehrenamtpauschale nicht vor. Begünstigt sind demnach z. B. die Tätigkeiten der Vorstandsmitglieder, des Kassierers, der Bürokräfte, des Reinigungspersonals, des Platzwartes, des Aufsichtspersonals.

Die Steuerbefreiung nach § 3 Nr. 26a EStG 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.

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 Pauschalsteuern in Höhe von 2 % ab. Alternativ kann er die individuelle Besteuerung anhand der elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale vornehmen.

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

Zahlt der Arbeitgeber keine Pauschalbeiträge, kann er die Lohnsteuer mit einem Pauschalsteuersatz in Höhe von 20 % des Arbeitsentgelts erheben (§ 40a Abs. 2a EStG). Bei Arbeitsentgelten über 450,00 Euro sind sie individuell anhand der elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale zu besteuern.

PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

Durch das Pflegestärkungsgesetz II wurde Anfang 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt; dieser ist wie folgt definiert:

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 (unverändert) 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 MDK 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

Seit Anfang 2017 zahlt die Pflegekasse Rentenbeiträge für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen in den neuen 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. Für ehrenamtliche Pflegepersonen, die bereits vor Inkrafttreten der Neuregelung Anfang 2017 aufgrund einer Pflege Tätigkeit rentenversichert waren, gilt für die Dauer dieser Pflege Tätigkeit das alte Recht weiter – es sei denn, die Neuregelung ist günstiger für sie. Dieser Bestandsschutz gilt jedoch nur, solange sich in den Pflegeverhältnissen nichts ändert. Ändert sich z. B. die Leistungsart, entfällt der Bestandsschutz und es gilt das neue Recht.

ARBEITSLOSENVERSICHERUNG

Unter den oben beschriebenen Rahmenbedingungen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen zahlt die Pflegekasse für die Dauer der Pflege Tätigkeit 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 Pflege Tätigkeit 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. Unterhaltsberechtigter Kinder, Ehegatten und Lebenspartner, deren monatliches regelmäßiges Gesamteinkommen nicht höher als 445,00 Euro bzw. bei geringfügig entlohnter Beschäftigung 450,00 Euro ist, 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.

Der Beitragssatz liegt seit Anfang 2019 bei 3,05 %. Für kinderlose Versicherte ab Vollendung des 23. Lebensjahres fällt ein Beitragszuschlag von 0,25 % an. Dieser ist vom Versicherten allein zu tragen (→ **Beitragsätze**). Für 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 2019 liegt für die alten und neuen Bundesländer bei monatlich 4.537,50 Euro.

Die Pflegeversicherungsbeiträge aus der Rente, aus Versorgungsbezügen oder Arbeits-einkommen 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 anteilmäßig 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 freustellen 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 der Krankenversicherung (MDK) 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 sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld – der Höhe nach vergleichbar mit dem Kinderkrankengeld – gezahlt.

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 der Krankenversicherung 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.

Bei Praktika unterscheidet man zwischen Vor-, Zwischen- und Nachpraktika sowie zwischen vorgeschriebenen und nicht vorgeschriebenen Praktika.

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-/AIV-frei
Ohne Arbeitsentgelt	KV- / PV-Pflicht als Praktikant; RV-/AIV-Pflicht als zur Berufsausbildung Beschäftigter	KV-/PV-Pflicht als Student (ggf. Familienversicherung); RV-/AIV-frei

NICHT VORGESCHRIEBENES PRAKTIKUM

	Vor-/Nachpraktikum	Zwischenpraktikum
Mit Arbeitsentgelt	Versicherungspflicht als Beschäftigter (Versicherungsfreiheit im Rahmen geringfügiger Beschäftigung möglich)	Versicherungspflicht als Beschäftigter (Versicherungsfreiheit als beschäftigter Student sowie im Rahmen geringfügiger Beschäftigung möglich)
Ohne Arbeitsentgelt	Sozialversicherungsfreiheit	KV-/PV-Pflicht als Student (ggf. Familienversicherung); RV-/AV-frei

PRÄVENTION

Unter Prävention versteht man im Gesundheitswesen ein Oberbegriff für zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, 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 psychi-

schen 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 500,00 Euro pro Mitarbeiter und Jahr kann ein Unternehmen für entsprechende Maßnahmen der Gesundheitsförderung aufwenden, ohne dass es zur Anrechnung eines geldwerten Vorteils bei dem Arbeitnehmer kommt.

Voraussetzung für die Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit ist, dass die gewählten

- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung die vom Spitzenverband Bund festgelegten Kriterien erfüllen,
- Maßnahmen zur verhaltensbedingten Prävention über den Spitzenverband Bund zertifiziert sind.

Passende Beratungs- und Unterstützungsangebote der Krankenkassen finden interessierte Unternehmen online unter www.bgf-koordinierungsstelle.de. Die Beratung erfolgt telefonisch oder auf Wunsch persönlich vor Ort nach vereinbarten Standards auf der Grundlage des GKV-Leitfadens Prävention.

PROGRESSIONSVORBEHALT FÜR ENTGELTERSATZLEISTUNGEN

Die sogenannten Entgeltersatzleistungen (z. B. → **Krankengeld** oder → **Mutterschaftsgeld**), sind zwar steuerfrei, unterliegen jedoch einem sogenannten 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 im Rahmen der Einkommensteuererklärung. Dabei findet der Progressionsvorbehalt keine Anwendung, wenn die steuerfreien Leistungen, die dem Progressionsvorbehalt unterliegen, nicht mehr als 410,00 Euro im Kalenderjahr betragen.

PSYCHOTHERAPIE

Psychotherapie kann nur im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien von der Krankenkasse erbracht werden, 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 GKV, 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) und
- Verhaltenstherapie.

Der Versicherte kann den zugelassenen Psychotherapeuten ohne vorherigen Besuch eines Arztes direkt aufsuchen.

Das Erstzugangsrecht ist allerdings verknüpft mit der Verpflichtung des behandelnden Psychotherapeuten, spätestens nach den probatorischen Sitzungen, deren Anzahl der Gemeinsame Bundesausschuss in den Psychotherapie-Richtlinien regelt, den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes einzuholen, der in diesem Bericht das Ergebnis seiner Abklärung einer eventuell vorliegenden somatischen Erkrankung niederlegt und, sofern er es für erforderlich hält, auch die Abklärung durch einen Psychiater (ggf. durch einen Kinder- und Jugendpsychiater) veranlasst, der den Konsiliarbericht dann entsprechend ergänzt.

→ Ärztliche Behandlung

R

REHABILITATION UND TEILHABE

LEISTUNGEN/VORAUSSETZUNGEN

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 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen unter anderem:

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- Hilfsmittel,
- Arznei- und Verbandmittel,
- Früherkennung und Frühförderung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder,
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant oder stationär in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt und schließen bei Bedarf die erforderliche Unterkunft und Verpflegung ein.

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 Einrichtung des Arbeitgebers, der der Arbeitnehmer dauerhaft zugeordnet ist“ (s.a. § 9 Abs. 4 EStG). Die Zuordnung der ersten Tätigkeitsstätte erfolgt vorrangig durch arbeits- und dienstrechtliche Festlegung. 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 der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 14,6 %. Der Rentenversicherungsträger übernimmt hiervon 7,3 %. Den individuellen → **Zusatzbeitrag** der Krankenkasse übernimmt der Rentenversicherungsträger seit dem 01.01.2019 ebenfalls zur Hälfte. Den Beitrag zur → **Pflegeversicherung** trägt allein der Rentner.

Versorgungsbezüge – Pensionen (z. B. Beamtenpensionen) und Renten der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrenten) – von pflichtversicherten Rentnern werden grundsätzlich bei der Beitragsberechnung berücksichtigt, sofern die Versorgungsbezüge monatlich insgesamt $\frac{1}{20}$ der monatlichen Bezugsgröße (2019: 155,75 Euro bundeseinheitlich) übersteigen. Die Beiträge zur Krankenversicherung berechnen sich aus dem einheitlichen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 14,6 % sowie dem individuellen → **Zusatzbeitrag**. In der Pflegeversicherung wird grundsätzlich der Beitragssatz von 3,05 %, für kinderlose Versicherte ab Vollendung des 23. Lebensjahres 3,30 %, zu Grunde gelegt (→ **Beitragsätze**). Für kinderlose Versicherte, die vor dem 01.01.1940 geboren sind, entfällt der Beitragszuschlag von 0,25 %. 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 Grenze von $\frac{1}{20}$ der monatlichen Bezugsgröße sowie der einheitliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen.

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 (2019: 4.537,50 Euro monatlich) herangezogen. Dabei werden die Beiträge in 2019 mindestens aus 1.038,33 Euro monatlich berechnet.

Die Beiträge aus Rente, Versorgungsbezug und Arbeitseinkommen berechnen sich nach dem allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen 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 Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei einer Krankenkasse bestanden hat. Den Mitgliedschaftszeiten stehen unter bestimmten Voraussetzungen bis zum 31.12.1988 die Zeiten einer Ehe mit einem Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gleich.

Bei der Prüfung der Vorversicherungszeit sind nicht nur Pflichtmitgliedschaftszeiten in der GKV zu berücksichtigen, sondern auch freiwillige Mitgliedschaftszeiten sowie Zeiten einer Familienversicherung. Zudem werden seit dem 01.08.2017 pauschal drei Jahre pro Kind als Vorversicherungszeit für die KVdR angerechnet.

S

SACHBEZÜGE

Sachbezüge wie freie bzw. verbilligte Verpflegung, Unterkunft und Wohnung sind Arbeitsentgelt im Sinne der Sozialversicherung und grundsätzlich steuer- und beitragspflichtig.

Für das Jahr 2019 gelten folgende monatliche Sachbezugswerte:

Sachbezug	bundeseinheitlich
Freie Verpflegung gesamt	251,00 Euro
Frühstück	53,00 Euro
Mittagessen	99,00 Euro
Abendessen	99,00 Euro
Freie Unterkunft (Abschläge bei Mehrfachbelegung und Jugendlichen)	231,00 Euro

SAISONARBEITNEHMER

Saisonarbeiter 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 Saisonarbeiter 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 erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen (§ 188 Abs. 4 SGB V).

SAISON-KURZARBEITERGELD

Das Saison-Kurzarbeitergeld wird durch die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung finanziert.

Das Saison-Kurzarbeitergeld wird bei saisonbedingtem Arbeitsausfall in der Schlechtwetterzeit (Dezember bis März) gewährt, also bei Arbeitsausfall wegen Witterungsgründen oder Auftragsmangel. Arbeitnehmer haben dadurch in den Wintermonaten Anspruch auf Entgeltersatz. Die Bundesagentur für Arbeit zahlt aus Beitragsmitteln 60 % oder, bei mindestens einem Kind, 67 % der pauschalierten Nettoentgelt-Einbußen, wenn der Arbeitnehmer ein angespartes Arbeitszeitguthaben aufgelöst hat.

Während des Bezugs von Saison-Kurzarbeitergeld müssen die Arbeitgeber für ihre Arbeitnehmer abgesenkte Sozialversicherungsbeiträge abführen, die sich aus 80 % des ausgefallenen Entgelts errechnen.

Neben dem Saison-Kurzarbeitergeld werden umlagefinanzierte, ergänzende Leistungen gewährt:

1. Erstattung der Sozialversicherungsbeiträge an die Arbeitgeber

Die Unternehmen werden dadurch von den Kosten der Weiterbeschäftigung der Beschäftigten bei Arbeitsausfällen in den Wintermonaten fast völlig entlastet. Dadurch sollen Entlassungen aus Kostengründen in der Schlechtwetterzeit vermindert werden.

2. Zuschuss-Wintergeld

Für jede aus Arbeitszeitguthaben eingesetzte Arbeitsstunde zur Vermeidung von Arbeitsausfällen wird ein Zuschlag in Höhe von bis zu 2,50 Euro gezahlt.

3. Mehraufwands-Wintergeld

Es wird ein Zuschlag von 1,00 Euro für jede zwischen Mitte Dezember und Ende Februar geleistete Arbeitsstunde gezahlt, in der Summe jedoch nicht mehr als für 450 Stunden.

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. Die Möglichkeit des Ausgleichs schafft die Erhebung von Säumniszuschlägen für Beiträge (§ 24 SGB IV).

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 zu Gunsten der Einzugsstelle. Bei rückwirkend vorgenommener Wertstellung gilt als Tag der Zahlung das Datum des elektronischen Kontoauszuges des Geldinstitutes der Einzugsstelle,
- bei Vorliegen der Einzugsermächtigung 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 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).

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.

Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind Beschäftigungen, die geringfügig entlohnt oder kurzfristig ausgeübt werden.

Danach sind Schüler, die im Laufe eines Kalenderjahres nicht mehr als drei Monate oder 70 Arbeitstage arbeiten, grundsätzlich sozialversicherungsfrei.

Für versicherungsfreie geringfügig entlohnte Beschäftigungen hat der Arbeitgeber Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung in Höhe von 13 % (KV) und 15 % (RV) zu zahlen. Zur Pflege- und Arbeitslosenversicherung fallen solche Pauschalbeiträge nicht an.

Schüler, die während der Dauer der Ausbildung an einer allgemeinbildenden Schule eine Beschäftigung aufnehmen, sind in der Arbeitslosenversicherung versicherungsfrei. Versicherungsfreiheit kommt jedoch nur in Betracht, wenn der Schüler bzw. Arbeitnehmer eine schulische Einrichtung besucht, die nicht der Fortbildung außerhalb der üblichen Arbeitszeit dient.

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

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Gesetzlich Versicherte 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, Arbeitslosengeld, Ausbildungsförderung (BAföG) oder ähnliche Leistungen beziehen, brauchen die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs nicht selbst aufzubringen.

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER

Unter anderem bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung erhält jeder Arbeitnehmer eine Sozialversicherungsnummer. 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), die auch eine Aussage über das Geschlecht einer Person enthalten darf, und
5. der Prüfziffer (eine Stelle).

Die Versicherungsnummer findet sich auf dem Sozialversicherungsausweis (SV-Ausweis), der bis Ende 2010 vom zuständigen Rentenversicherungsträger ausgestellt wurde. Anfang 2011 ist der SV-Ausweis in der früheren Form entfallen; seitdem wird er in Form eines Schreibens des Rentenversicherungsträgers verschickt.

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

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. (2019 = 5.340,00 Euro West/4.920,00 Euro Ost).

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

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!

STUDENTEN

Studenten 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 Studenten 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 bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zum Ende des Semesters, in dem das 30. Lebensjahr vollendet wird. Über diesen Zeitpunkt hinaus wird die Versicherungspflicht dann fortgeführt, wenn besondere Gründe (z. B. familiäre oder persönliche) die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen.

Die Mitgliedschaft der versicherungspflichtigen Studenten endet einen Monat nach Ablauf des Semesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben.

Versicherungspflichtige Studenten 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 Studenten, 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 $\frac{7}{10}$ des allgemeinen Beitragssatzes ($\frac{7}{10}$ von 14,6 % = 10,22 %) und dem kassenindividuellen → **Zusatzbeitrag**. In der Pflegeversicherung gelten die ungekürzten Beitragssätze (2019: 3,05 % bzw. 3,30 % mit dem Zuschlag für Kinderlose).

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

BESCHÄFTIGTE STUDENTEN

Studenten, die neben ihrem Studium eine oder mehrere Beschäftigungen ausüben und hierfür insgesamt mehr als 20 Wochenstunden aufwenden, unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherungsfreiheit 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 Studenten 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 Studenten überwiegend durch das Studium in Anspruch genommen werden.

Vom Erscheinungsbild eines Studenten 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 Jahres wiederholen und insgesamt mehr als 26 Wochen 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 Studenten – 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 nun 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.NET

Arbeitgeber, die kein systemgeprüftes Entgeltabrechnungsprogramm einsetzen, müssen Meldungen, Beitragsnachweise und Entgeltbescheinigungen mittels systemgeprüfter maschineller Ausfüllhilfen an die Einzugsstellen übermitteln. Ein hierfür gut geeignetes Programm steht den Arbeitgebern kostenfrei zur Verfügung – sv.net („Sozialversicherung im Internet“).

sv.net wurde von den Krankenkassen zusammen mit der Informationstechnischen Service-stelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) entwickelt und unterstützt den Arbeitgeber dabei, die erforderlichen Daten manuell zu erfassen und sicher elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln.

Umfangreiche Informationen zum sv.net finden Arbeitgeber online unter svnet.info.

Wichtig: sv.net ist kein Ersatz für ein Entgeltabrechnungsprogramm. Die Entgelte sowie die Sozialversicherungs- und Steueranteile werden nicht errechnet. Das Produkt konkurriert also nicht mit ggf. vorhandenen Anwendungen, sondern bietet die Möglichkeit, Meldungen und Beitragsnachweise manuell zu erstellen und via Internet an die Krankenkassen zu übermitteln.

sv.net steht in zwei unterschiedlichen Varianten zur Verfügung. sv.net/standard als browserbasierte Web-Anwendung, die keinerlei Daten zwischenspeichern kann, sowie sv.net/comfort mit der Möglichkeit, Firmen-, Personalstamm- und Meldedaten auf den jeweiligen Systemen der Anwender zu speichern.

SV.NET/STANDARD

sv.net/standard ist eine Betriebssystem-unabhängige Internetanwendung, mit deren Hilfe Arbeitgeber mittels ihrer Betriebsnummer Sozialversicherungsmeldungen, Beitragsnachweise etc. schnell „online“ erstellen und an die gesetzlichen Sozialversicherungsträger übermitteln können. Hierbei werden programmseitig umfangreiche Plausibilitätsprüfungen durchgeführt.

Es erfolgt keine lokale Installation des Programms auf dem PC. Zur Nutzung sind lediglich ein aktueller Internet-Browser, ein gültiges E-Mail-Postfach und die Betriebsnummer erforderlich. Die Anwendung kann direkt im Internet unter der Adresse <https://standard.gkvnet-ag.de/svnet/> gestartet werden. Für die elektronische Datenübermittlung werden kein Arbeitgeber-Zertifikat und keine elektronische Signatur benötigt.

SV.NET/COMFORT

Die PC-basierte Lösung sv.net/comfort bietet die Möglichkeit, Meldungen sowie Firmen- und Personalstammdaten auf den lokalen Windows-PC-Systemen der Anwender zu speichern. Die Installation erfolgt über einen Download der Software und die Ausführung einer entsprechenden Installationsroutine.

KOSTENPFLICHTIGE PREMIUM-VARIANTE

Sowohl bei sv.net/standard als auch bei sv.net/comfort wird zwischen kostenlosen Normal-Benutzer- und kostenpflichtigen Premium-Benutzer-Accounts unterschieden. Hintergrund ist die immer stärkere Nutzung der Produktvarianten durch Anwender mit kommerzieller Ausrichtung oder durch große Arbeitgeber, die sv.net für die massenhafte Abgabe von Meldungen nutzen.

Normal-Benutzer sind im Funktionsumfang begrenzt. Sie können sv.net/comfort oder sv.net/standard kostenlos nutzen, wenn

- sie ausschließlich bis zu 100 Transaktionen im Kalenderjahr durchführen und
- Meldungen ausschließlich für eine Betriebsnummer durchführen.

Zur Abgabe von mehr als 100 Meldungen, zur Nutzung durch mehr als einen Benutzer oder zur Abgabe von Meldungen für weitere Betriebsnummern ist die Registrierung als Premium-Benutzer in sv.net/standard oder sv.net/comfort erforderlich.

Für die Nutzung der kostenpflichtigen Premiumfunktionalität können sich Anwender durch eine erweiterte Premium-Registrierung freischalten lassen. Diese Möglichkeit besteht sowohl für sv.net/standard als auch für sv.net/comfort.

Die Laufzeit der Premiummitgliedschaft beträgt drei Jahre und verlängert sich automatisch um weitere drei Jahre, wenn der Zugang nicht 90 Tage vor Ende der Vertragslaufzeit gekündigt wird. Die Kosten für die ersten drei Jahre liegen bei insgesamt 60,00 Euro (36,00 Euro Nutzungsgebühr plus 24,00 Euro Registrierungsgebühr). Eine Verlängerung um weitere drei Jahre kostet 36,00 Euro.

U

ÜBERGANGSBEREICH

Die bisherige → **Gleitzone** wird zum 01.07.2019 zu einem sogenannten Übergangsbereich weiterentwickelt. Dieser Übergangsbereich zwischen geringfügiger Beschäftigung und dem Einsetzen der vollen Beitragslast auf Arbeitnehmerseite erfasst dann regelmäßige monatliche Entgelte von 450,01 Euro bis 1.300,00 Euro (bis 30.06.2019: 450,01 Euro bis 850,00 Euro).

Die bis 30.06.2019 geltenden Regeln zur Beitragsberechnung in der Gleitzone bleiben unverändert (zum Beispiel die Art und Weise der Berechnung des reduzierten Arbeitnehmeranteils, die Anwendung einer gesetzlich festgelegten Formel zur Ermittlung der besonderen Bemessungsgrundlage mit dem „Faktor F“ sowie der progressive Anstieg der Beitragslast des Arbeitnehmers).

BESCHÄFTIGUNGS-AUFNAHME VOR DEM 01.07.2019

Die neuen Regelungen des Übergangsbereichs gelten ab dem 01.07.2019 uneingeschränkt für mehr als geringfügige Beschäftigungen, die bereits vor dem 01.07.2019 aufgenommen wurden und deren regelmäßiges Arbeitsentgelt die Entgeltgrenze von 1.300,00 Euro im Monat nicht (mehr) überschreitet.

Demzufolge gelten auch für die Beschäftigungen, die bis zum 30.06.2019 innerhalb der Gleitzone-Regelungen ausgeübt werden, ab dem 01.07.2019 die Regelungen des neuen Übergangsbereichs.

ZUSÄTZLICHE RENTENANSPRÜCHE

Aufgrund der geringeren Abgabenlast haben Arbeitnehmer in der Gleitzone auch niedrigere Rentenansprüche. Dies können sie vermeiden, indem sie – schriftlich – auf die besonderen Berechnungsvorschriften zur Gleitzone in der Rentenversicherung verzichten und somit RV-Beiträge aus dem tatsächlichen Arbeitsentgelt entrichten.

Ab dem 01.07.2019 werden die Entgeltpunkte aus einer Beschäftigung im Übergangsbereich aus dem tatsächlichen Arbeitsentgelt ermittelt, obwohl die betreffenden Arbeitnehmer RV-Beiträge aus einem geringeren Entgelt zahlen.

Die Folge: Im Übergangsbereich führen die reduzierten Rentenversicherungsbeiträge für die Arbeitnehmer nicht mehr zu geringeren Rentenansprüchen. Daher ist für Beschäftigungen im Übergangsbereich ein möglicher Verzicht auf die Reduzierung der Rentenversicherungsbeiträge nicht mehr vorgesehen.

Auch Arbeitnehmer, die für ihre vor dem 01.07.2019 aufgenommene(n) Beschäftigung(en) innerhalb der Gleitzone den Verzicht auf die Zahlung reduzierter Rentenversicherungsbeiträge erklärt hatten, zahlen für Zeiten ab dem 01.07.2019 reduzierte Rentenversicherungsbeiträge. Die für die Gleitzonebeschäftigungen erteilten Verzichtserklärungen verlieren für die Zeit nach dem 30.06.2019 ihre Wirkung.

DEÜV-MELDUNGEN

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

Aufgrund der Begriffsänderung von „Gleitzone“ in „Übergangsbereich“ werden zum 01.07.2019 im DEÜV-Meldeverfahren im Datenbaustein Meldesachverhalt (DBME) das Feld „Kennzeichen Gleitzone“ und im Datenbaustein Bestandsabweichung Meldeverfahren (DBBM) das Feld „Änderung Kennzeichen Gleitzone“ in „Kennzeichen Midijob“ bzw. „Änderung Kennzeichen Midijob“ umbenannt. Eine inhaltliche Änderung der bestehenden Attribute erfolgt nicht:

- 0 = kein Arbeitsentgelt innerhalb der Grenzen des § 20 Abs. 2 SGB IV/Verzicht (Hinweis: Ein Verzicht ist nur noch für Meldezeiträume bis zum 30.06.2019 relevant.)
- 1 = Arbeitsentgelt durchgehend innerhalb der Grenzen des § 20 Abs. 2 SGB IV
- 2 = Arbeitsentgelt sowohl innerhalb als auch außerhalb der Grenzen des § 20 Abs. 2 SGB IV

Werden die Beiträge – im Rahmen der Neuregelung ab dem 01.07.2019 – aus einem reduzierten Entgelt berechnet, hat der Arbeitgeber zusätzlich das Arbeitsentgelt zu melden, das ohne Anwendung dieser Regelung zu berücksichtigen wäre (neues Datenfeld „Tatsächliches Entgelt“), damit die Deutsche Rentenversicherung auf dieser Basis die Entgeltpunkte ermitteln kann.

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 Krankenkasse 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 Arbeitnehmer liegt der Beitrag zur Umlage U1 bei 0,9 %; für diese Personen 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 Arbeitnehmer beträgt er zurzeit 0,24 %.

→ 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 sogenannte Insolvenzgeldumlage der Arbeitgeber aufgebracht. Seit Anfang 2018 beträgt diese 0,06 %. Sie wird von den Einzugsstellen mit dem → **Gesamtsozialversicherungsbeitrag** eingezogen und an die Bundesagentur für Arbeit überwiesen.

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. Kinder in Kindergärten, Schüler und Studenten.

Die Leistungen der Unfallversicherung umfassen neben der Prävention u. a. Heilbehandlung (z. B. ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung), Lohnersatzleistungen (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 Arbeitnehmer, deren „berufsmäßige“ Beschäftigung entweder von der Natur der Sache oder im Voraus durch Arbeitsvertrag auf weniger als eine Beschäftigungswoche beschränkt ist. Es handelt sich um Personen, die in ihrem Hauptberuf Beschäftigungen nur von sehr kurzer Dauer (weniger als eine Woche) verrichten und nach ihrem Berufsbild ohne festes Arbeitsverhältnis beschäftigt sind.

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 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 (2019: 4.537,50 Euro) bzw. der Rentenversicherung (2019: 6.700,00 Euro alte Bundesländer; 6.150,00 Euro neue Bundesländer).

Unständig Beschäftigte haben wegen der Befristung ihrer Beschäftigungsverhältnisse keinen Anspruch auf Lohn- oder Gehaltsfortzahlung für mindestens sechs Wochen. Der Krankengeldanspruch für unständig Beschäftigte ist daher grundsätzlich ausgeschlossen. Allerdings kann ein gesetzlicher Krankengeldanspruch ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit gewährt 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.

V

VERPFLEGUNGSMEHRAUFWENDUNGEN

Vergütungen für Verpflegungsmehraufwendungen bei einer Dienstreise, bei Fahrtätigkeit und Einsatzwechseltätigkeit, die Arbeitnehmer innerhalb und außerhalb des öffentlichen Dienstes von ihrem Arbeitgeber erhalten, sind insoweit steuerfrei, wie bestimmte Pauschbeträge nicht überschritten werden.

Dauer der Abwesenheit	Pauschbetrag
Weniger als 24 Stunden, aber mindestens 8 Stunden	12,00 Euro
24 Stunden	24,00 Euro
An- und Abreisetage einer Dienstreise, die sich über mehrere Tage erstreckt	Jeweils 12,00 Euro

Weitere Informationen zum Reisekostenrecht geben die örtlichen Finanzämter, Steuerberater und Lohnsteuerhilfvereine.

VERSICHERUNGSFREIHEIT

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

KRANKENVERSICHERUNG

Krankenversicherungsfrei (§ 6 SGB V) sind unter anderem 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 kurzfristig Beschäftigte (in dieser Beschäftigung) sowie 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 dem 01.01.2017 ist ein Altersvollrentner bei Neuaufnahme einer Beschäftigung nur dann rentenversicherungsfrei, wenn er bereits die Regelaltersgrenze erreicht hat – andernfalls ist die Beschäftigung rentenversicherungspflichtig.

Altersvollrentner, die am 31.12.2016 aufgrund der bis dahin geltenden gesetzlichen Regeln rentenversicherungsfrei beschäftigt waren, bleiben in dieser Beschäftigung versicherungsfrei. Sie können allerdings durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber auf die Versicherungsfreiheit verzichten.

ARBEITSLÖSENVERSICHERUNG

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,
- unständig berufsmäßig 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 Arbeitsagentur 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).

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 alle 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
- Studenten
- Praktikanten
- Rentenbezieher (nach Erfüllung einer Vorversicherungszeit)
- Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben

Nicht versicherungspflichtig sind Personen, die eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ausüben.

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 Arbeitslosenversicherung 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 Unfallversicherung 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 die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen insgesamt ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße übersteigen. Im Jahr 2019 sind dies 155,75 Euro monatlich. Die Beitragsentrichtung entfällt jedoch nicht, wenn die Beitragsuntergrenze lediglich durch die Gewährung einer Einmalzahlung

(auch Nachzahlung) überschritten wird. Erhält ein Versicherter mehrere Versorgungsbezüge oder mehrere Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen, dann sind diese für die Beurteilung der Frage, ob die Grenze von einem Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße überschritten wird, zusammenzurechnen.

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, ihren Versicherten 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 (Integrierte Versorgung, Besondere ambulante ärztliche Versorgung, Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten, Teilnahme an Modellvorhaben, Hausarztzentrierte Versorgung) müssen die Krankenkassen anbieten. Als Bonus für die Teilnahme an einem dieser Programme gibt es entweder Prämienzahlungen oder eine Ermäßigung der Zuzahlungen.

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.

Daneben gibt es Wahltarife, wenn das Mitglied und seine Familienangehörigen ein Jahr lang keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen haben. Als Gegenleistung zahlt die Krankenkasse eine vereinbarte Prämie, maximal ein Zwölftel des Jahresbeitrags.

Ferner kann die Krankenkasse Kostenerstattungstarife anbieten. Die Krankenkassen können hierbei Tarife anbieten, die die Kostenerstattung für die Leistungen ärztliche Behandlung, zahnärztliche Behandlung oder die stationäre Krankenhausbehandlung umfassen. Die Höhe der Kostenerstattung an den Versicherten kann tariflich vereinbart werden und es können entsprechende Prämienzahlungen vereinbart werden.

Zuletzt kann der 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

Zum 01.07.2011 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

Werte 2019 monatlich	West	Ost
Beitragsbemessungsgrenzen		
KV, PV	4.537,50	4.537,50
RV, ALV	6.700,00	6.150,00
Beitragsätze		
KV allgemeiner Beitragssatz	14,6 %	14,6 %
KV ermäßigter Beitragssatz	14,0 %	14,0 %
KV durchschnittlicher Zusatzbeitrag	0,9 %	0,9 %
PV	3,05 %	3,05 %
PV (Beitragszuschlag Kinderlose)*	0,25 %	0,25 %
RV	18,6 %	18,6 %
ALV	2,5 %	2,5 %
Insolvenzgeldumlage	0,06 %	0,06 %
Bezugsgröße		
KV/PV	3.115,00	3.115,00
RV/ALV	3.115,00	2.870,00

Werte 2019 monatlich	West	Ost
Einkommensgrenze		
Familienversicherung	445,00	445,00
bei geringfüg. Beschäftigung	450,00	450,00
Geringfügigkeitsgrenze	450,00	450,00
Geringverdienergrenze		
Zur Berufsausbildung Beschäftigte	325,00	325,00
Jahresarbeitsentgeltgrenze		
Allgemeine	60.750,00	60.750,00
Besondere (Bestandsfälle PKV)	54.450,00	54.450,00
Sachbezugswerte		
Frühstück	53,00	53,00
Mittagessen	99,00	99,00
Abendessen	99,00	99,00
Verpflegung gesamt	251,00	251,00
Freie Unterkunft	231,00	231,00
Gesamtsachbezugswert	482,00	482,00

Z

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Versicherte haben zeitlich unbegrenzten 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 Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen (§ 28 SGB V).

→ Belastungsgrenze / → Zahnersatz / → Zuzahlungen

ZAHNERSATZ

Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen 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. 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. Für Versicherte, die sich regelmäßig um die Gesunderhaltung ihrer Zähne bemühen, erhöht sich der Festzuschuss der Krankenkasse um 20 %. Die Voraussetzung für diesen Bonus ist erfüllt, wenn sich ein Versicherter nachweislich (Nachweis im Bonusheft) in den letzten fünf Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung mindestens einmal im Jahr (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres einmal im Halbjahr) zahnärztlich untersuchen ließ. Wenn jemand nachweislich zehn Kalenderjahre regelmäßig beim Zahnarzt war, erhöht sich der Festzuschuss der Krankenkasse um weitere 10 %.

Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zwei-jährige 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).

Die Krankenkasse übernimmt bei einer unzumutbaren Belastung des Versicherten die Kosten bis zur Höhe des doppelten Festzuschusses, aber maximal bis zur Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten.

Eine unzumutbare Belastung liegt unter anderem vor, wenn der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt oder ähnliche Leistungen erhält oder wenn die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 1.246,00 Euro (2019) nicht übersteigen. Die Einkünfte der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen werden hinzugerechnet. Die Belastungsgrenze erhöht sich für den ersten Angehörigen um 467,25 Euro, für jeden weiteren um 311,50 Euro. Außerdem erstattet die Krankenkasse bei der Versorgung mit Zahnersatz den von den Versicherten zu tragenden Betrag, soweit die Festzuschüsse in Höhe von 50 % das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der maßgebenden Einnahmegrenze (für Alleinstehende 1.246,00 Euro, erster Haushaltsangehöriger 467,25 Euro, jeder weitere Haushaltsangehörige 311,50 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 zum 01.01.2019 geändert. Zwar setzt sich der Krankenversicherungsbeitrag auch seit Anfang 2019 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 (2019: 0,9 %) 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 sogenannten 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 Arbeitslosengeld II, 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 BEI ZUSATZBEITRAG

Wählt der Arbeitnehmer eine Krankenkasse, ist er 18 Monate an diese Wahl gebunden. 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 18-monatige Bindungsfrist gilt in diesem Fall nicht; die Kündigung wird zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam (→ **Kündigungsrecht**).

KEIN ZAHLUNGS-AUFSCHEUB BEI SONDERKÜNDIGUNG

Der von der Krankenkasse erstmals erhobene oder erhöhte Zusatzbeitrag muss auch während der laufenden Kündigungsfrist vom Mitglied gezahlt werden.

ZUZÄHLUNGEN

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.

* maximal für 28 Tage der Leistungsanspruchnahme

** maximal für 28 Kalendertage

JAHRESKALENDER 2018

	Januar					Februar					März					April				
Wo.	1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Mo		7	14	21	28		4	11	18	25		4	11	18	25	1	8	15	22	29
Di	1	8	15	22	29		5	12	19	26		5	12	19	26	2	9	16	23	30
Mi	2	9	16	23	30		6	13	20	27		6	13	20	27	3	10	17	24	
Do	3	10	17	24	31		7	14	21	28		7	14	21	28	4	11	18	25	
Fr	4	11	18	25		1	8	15	22		1	8	15	22	29	5	12	19	26	
Sa	5	12	19	26		2	9	16	23		2	9	16	23	30	6	13	20	27	
So	6	13	20	27		3	10	17	24		3	10	17	24	31	7	14	21	28	

	Mai					Juni					Juli					August				
Wo.	18	19	20	21	22	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	31	32	33	34	35
Mo		6	13	20	27		3	10	17	24	1	8	15	22	29		5	12	19	26
Di		7	14	21	28		4	11	18	25	2	9	16	23	30		6	13	20	27
Mi	1	8	15	22	29		5	12	19	26	3	10	17	24	31		7	14	21	28
Do	2	9	16	23	30		6	13	20	27	4	11	18	25		1	8	15	22	29
Fr	3	10	17	24	31		7	14	21	28	5	12	19	26		2	9	16	23	30
Sa	4	11	18	25		1	8	15	22	29	6	13	20	27		3	10	17	24	31
So	5	12	19	26		2	9	16	23	30	7	14	21	28		4	11	18	25	

	September						Oktober						November						Dezember					
Wo.	35	36	37	38	39	40	40	41	42	43	44	44	45	46	47	48	48	49	50	51	52	1		
Mo		2	9	16	23	30		7	14	21	28		4	11	18	25		2	9	16	23	30		
Di		3	10	17	24		1	8	15	22	29		5	12	19	26		3	10	17	24	31		
Mi		4	11	18	25		2	9	16	23	30		6	13	20	27		4	11	18	25			
Do		5	12	19	26		3	10	17	24	31		7	14	21	28		5	12	19	26			
Fr		6	13	20	27		4	11	18	25		1	8	15	22	29		6	13	20	27			
Sa		7	14	21	28		5	12	19	26		2	9	16	23	30		7	14	21	28			
So	1	8	15	22	29		6	13	20	27		3	10	17	24		1	8	15	22	29			

Feiertag

kein einheitlicher Feiertag

FERIENKALENDER 2018

Land	Winter	Ostern	Himmelf./Pfingst.	Sommer	Herbst	Weihnachten
Baden-Württemberg	04.03. – 08.03.	15.04. – 27.04.	11.06. – 21.06.	29.07. – 10.09.	28.10. – 30.10.	23.12. – 04.01.
Bayern	04.03. – 08.03.	15.04. – 27.04.	11.06. – 21.06.	29.07. – 09.09.	28.10. – 31.10./20.11.	23.12. – 04.01.
Berlin	04.02. – 09.02.	15.04. – 26.04.	31.05./11.06.	20.06. – 02.08.	04.10./07.10. – 19.10.	23.12. – 04.01.
Brandenburg	04.02. – 09.02.	15.04. – 26.04.	–	20.06. – 03.08.	04.10. – 18.10.	23.12. – 03.01.
Bremen	31.01. – 01.02.	06.04. – 23.04.	31.05./11.06.	04.07. – 14.08.	04.10. – 18.10.	21.12. – 06.01.
Hamburg	01.02.	04.03. – 15.03.	13.05. – 17.05./31.05.	27.06. – 07.08.	04.10. – 18.10./1.11.	20.12. – 03.01.
Hessen	–	15.04. – 27.04.	–	01.07. – 09.08.	30.09. – 12.10.	23.12. – 11.01.
Mecklenburg-Vorp.	04.02. – 15.02.	15.04. – 27.04.	31.05./07.06. – 11.06.	01.07. – 10.08.	04.10./07.10. – 12.10./01.11.	23.12. – 04.01.
Niedersachsen	31.01. – 01.02.	08.04. – 23.04.	31.05./11.06.	04.07. – 14.08.	04.10. – 18.10.	23.12. – 06.01.
Nordrhein-Westfalen	–	15.04. – 27.04.	11.06.	15.07. – 27.08.	14.10. – 26.10.	23.12. – 06.01.
Rheinland-Pfalz	25.02. – 01.03.	23.04. – 30.04.	–	01.07. – 09.08.	30.09. – 11.10.	23.12. – 06.01.
Saarland	25.02. – 05.03.	17.04. – 26.04.	–	01.07. – 09.08.	07.10. – 18.10.	23.12. – 03.01.
Sachsen	18.02. – 02.03.	19.04. – 26.04.	31.05.	08.07. – 16.08.	14.10. – 25.10.	21.12. – 03.01.
Sachsen-Anhalt	11.02. – 15.02.	18.04. – 30.04.	31.05. – 01.06.	04.07. – 14.08.	04.10. – 11.10./01.11.	23.12. – 04.01.
Schleswig-Holstein	–	04.04. – 18.04.	31.05.	01.07. – 10.08.	04.10. – 18.10.	23.12. – 06.01.
Thüringen	11.02. – 15.02.	15.04. – 27.04.	31.05.	08.07. – 17.08.	07.10. – 19.10.	21.12. – 03.01.

Fristenkalendar 2019

Mutterschaftsgeld · Krankengeld · Entgeltfortzahlung

JANUAR			FEBRUAR			MÄRZ			APRIL			MAI			JUNI															
20.11.	1 Di	31	12.2.	26.2.	21.12.	1 Fr	28	15.3.	29.3.	18.1	1 Fr	31	12.4.	26.4.	18.2.	1 Mo	30	13.5.	27.5.	20.3.	1 Mi	31	12.6.	26.6.	20.4.	1 Sa	30	13.7.	27.7.	
21.11.	2 Mi	30	13.2.	27.2.	22.12.	2 Sa	27	16.3.	30.3.	19.1.	2 Sa	30	13.4.	27.4.	19.2.	2 Di	29	14.5.	28.5.	21.3.	2 Do	30	13.6.	27.6.	21.4.	2 So	29	14.7.	28.7.	
22.11.	3 Do	29	14.2.	28.2.	23.12.	3 So	26	17.3.	31.3.	20.1.	3 So	29	14.4.	28.4.	20.2.	3 Do	28	15.5.	29.5.	22.3.	3 Fr	29	14.6.	28.6.	22.4.	3 Mo	28	15.7.	29.7.	
23.11.	4 Fr	28	15.2.	1.3.	24.12.	4 Mo	25	18.3.	1.4.	21.1.	4 Mo	28	15.4.	29.4.	21.2.	4 Do	27	16.5.	30.5.	23.3.	4 Sa	28	15.6.	29.6.	23.4.	4 Di	27	16.7.	30.7.	
24.11.	5 Sa	27	16.2.	2.3.	25.12.	5 Di	24	19.3.	2.4.	22.1.	5 Di	27	16.4.	30.4.	22.2.	5 Fr	26	17.5.	31.5.	24.3.	5 So	27	16.6.	30.6.	24.4.	5 Mi	26	17.7.	31.7.	
25.11.	6 So	26	17.2.	3.3.	26.12.	6 Mi	23	20.3.	3.4.	23.1.	6 Mi	26	17.4.	1.5.	23.2.	6 Sa	25	18.5.	1.6.	25.3.	6 Mo	26	17.6.	1.7.	25.4.	6 Do	25	18.7.	1.8.	
26.11.	7 Mo	25	18.2.	4.3.	27.12.	7 Do	22	21.3.	4.4.	24.1.	7 Do	25	18.4.	2.5.	24.2.	7 So	24	19.5.	2.6.	26.3.	7 Di	25	18.6.	2.7.	26.4.	7 Fr	24	19.7.	2.8.	
27.11.	8 Di	24	19.2.	5.3.	28.12.	8 Fr	21	22.3.	5.4.	25.1.	8 Fr	24	19.4.	3.5.	25.2.	8 Mo	23	20.5.	3.6.	27.3.	8 Mi	24	19.6.	3.7.	27.4.	8 Sa	23	20.7.	3.8.	
28.11.	9 Mi	23	20.2.	6.3.	29.12.	9 Sa	20	23.3.	6.4.	26.1.	9 Sa	23	20.4.	4.5.	26.2.	9 Di	22	21.5.	4.6.	28.3.	9 Do	23	20.6.	4.7.	28.4.	9 So	22	21.7.	4.8.	
29.11.	10 Do	22	21.2.	7.3.	30.12.	10 So	19	24.3.	7.4.	27.1.	10 So	22	21.4.	5.5.	27.2.	10 Mi	21	22.5.	5.6.	29.3.	10 Fr	22	21.6.	5.7.	29.4.	10 Mo	21	22.7.	5.8.	
30.11.	11 Fr	21	22.2.	8.3.	31.12.	11 Mo	18	25.3.	8.4.	28.1.	11 Mo	21	22.4.	6.5.	28.2.	11 Do	20	23.5.	6.6.	30.3.	11 Sa	21	22.6.	6.7.	30.4.	11 Di	20	23.7.	6.8.	
1.12.	12 Sa	20	23.2.	9.3.	1.1.	12 Di	17	26.3.	9.4.	29.1.	12 Di	20	23.4.	7.5.	1.3.	12 Fr	19	24.5.	7.6.	31.3.	12 So	20	23.6.	7.7.	1.5.	12 Mi	19	24.7.	7.8.	
2.12.	13 So	19	24.2.	10.3.	2.1.	13 Mi	16	27.3.	10.4.	30.1.	13 Mi	19	24.4.	8.5.	2.3.	13 Sa	18	25.5.	8.6.	1.4.	13 Mo	19	24.6.	8.7.	2.5.	13 Do	18	25.7.	8.8.	
3.12.	14 Mo	18	25.2.	11.3.	3.1.	14 Do	15	28.3.	11.4.	31.1.	14 Do	18	25.4.	9.5.	3.3.	14 So	17	26.5.	9.6.	2.4.	14 Di	18	25.6.	9.7.	3.5.	14 Fr	17	26.7.	9.8.	
4.12.	15 Di	17	26.2.	12.3.	4.1.	15 Fr	14	29.3.	12.4.	1.2.	15 Fr	17	26.4.	10.5.	4.3.	15 Mo	16	27.5.	10.6.	3.4.	15 Di	17	26.6.	10.7.	4.5.	15 Sa	16	27.7.	10.8.	
5.12.	16 Mi	16	27.2.	13.3.	5.1.	16 Sa	13	30.3.	13.4.	2.2.	16 Sa	16	27.4.	11.5.	5.3.	16 Di	15	28.5.	11.6.	4.4.	16 Do	16	27.6.	11.7.	5.5.	16 So	15	28.7.	11.8.	
6.12.	17 Do	15	28.2.	14.3.	6.1.	17 So	12	31.3.	14.4.	3.2.	17 So	15	28.4.	12.5.	6.3.	17 Mi	14	29.5.	12.6.	5.4.	17 Fr	15	28.6.	12.7.	6.5.	17 Mo	14	29.7.	12.8.	
7.12.	18 Fr	14	1.3.	15.3.	7.1.	18 Mo	11	1.4.	15.4.	4.2.	18 Mo	14	29.4.	13.5.	7.3.	18 Do	13	30.5.	13.6.	6.4.	18 Sa	14	29.6.	13.7.	7.5.	18 Di	13	30.7.	13.8.	
8.12.	19 Sa	13	2.3.	16.3.	8.1.	19 Di	10	2.4.	16.4.	5.2.	19 Di	13	30.4.	14.5.	8.3.	19 Fr	12	31.5.	14.6.	7.4.	19 So	13	30.6.	14.7.	8.5.	19 Mi	12	31.7.	14.8.	
9.12.	20 So	12	3.3.	17.3.	9.1.	20 Mi	9	3.4.	17.4.	6.2.	20 Mi	12	1.5.	15.5.	9.3.	20 Sa	11	1.6.	15.6.	8.4.	20 Do	12	1.7.	15.7.	9.5.	20 Fr	11	1.8.	15.8.	
10.12.	21 Mo	11	4.3.	18.3.	10.1.	21 Do	8	4.4.	18.4.	7.2.	21 Do	11	2.5.	16.5.	10.3.	21 So	10	2.6.	16.6.	9.4.	21 Di	11	2.7.	16.7.	10.5.	21 Fr	10	2.8.	16.8.	
11.12.	22 Di	10	5.3.	19.3.	11.1.	22 Fr	7	5.4.	19.4.	8.2.	22 Fr	10	3.5.	17.5.	11.3.	22 Mo	9	3.6.	17.6.	10.4.	22 Mi	10	3.7.	17.7.	11.5.	22 Sa	9	3.8.	17.8.	
12.12.	23 Mi	9	6.3.	20.3.	12.1.	23 Sa	6	6.4.	20.4.	9.2.	23 Sa	9	4.5.	18.5.	12.3.	23 Di	8	4.6.	18.6.	11.4.	23 Do	9	4.7.	18.7.	12.5.	23 So	8	4.8.	18.8.	
13.12.	24 Do	8	7.3.	21.3.	13.1.	24 So	5	7.4.	21.4.	10.2.	24 So	8	5.5.	19.5.	13.3.	24 Mi	7	5.6.	19.6.	12.4.	24 Fr	8	5.7.	19.7.	13.5.	24 Mo	7	5.8.	19.8.	
14.12.	25 Fr	7	8.3.	22.3.	14.1.	25 Mo	4	8.4.	22.4.	11.2.	25 Mo	7	6.5.	20.5.	14.3.	25 Do	6	6.6.	20.6.	13.4.	25 Sa	7	6.7.	20.7.	14.5.	25 Di	6	6.8.	20.8.	
15.12.	26 Sa	6	9.3.	23.3.	15.1.	26 Mi	3	9.4.	23.4.	12.2.	26 Di	6	7.5.	21.5.	15.3.	26 Fr	5	7.6.	21.6.	14.4.	26 So	6	7.7.	21.7.	15.5.	26 Mo	5	7.8.	21.8.	
16.12.	27 So	5	10.3.	24.3.	16.1.	27 Mi	2	10.4.	24.4.	13.2.	27 Mi	5	8.5.	22.5.	16.3.	27 Sa	4	8.6.	22.6.	15.4.	27 Mo	5	8.7.	22.7.	16.5.	27 Do	4	8.8.	22.8.	
17.12.	28 Mo	4	11.3.	25.3.	17.1.	28 Do	1	11.4.	25.4.	14.2.	28 Do	4	9.5.	23.5.	17.3.	28 So	3	9.6.	23.6.	16.4.	28 Di	4	9.7.	23.7.	17.5.	28 Fr	3	9.8.	23.8.	
18.12.	29 Di	3	12.3.	26.3.						15.2.	29 Fr	3	10.5.	24.5.	18.3.	29 Mo	2	10.6.	24.6.	17.4.	29 Mi	3	10.7.	24.7.	18.5.	29 Sa	2	10.8.	24.8.	
19.12.	30 Mi	2	13.3.	27.3.						16.2.	30 Sa	2	11.5.	25.5.	19.3.	30 Di	1	11.6.	25.6.	18.4.	30 Do	2	11.7.	25.7.	19.5.	30 So	1	11.8.	25.8.	
20.12.	31 Do	1	14.3.	28.3.						17.2.	31 So	1	12.5.	26.5.							19.4.	31 Fr	1	12.7.	26.7.					

JULI			AUGUST			SEPTEMBER			OKTOBER			NOVEMBER			DEZEMBER														
20.5.	1 Mo	31	12.8.	26.8.	20.6.	1 Do	31	12.9.	26.9.	21.7.	1 So	30	13.10.	27.10.	20.8.	1 Di	31	12.11.	26.11.	20.9.	1 Fr	30	13.12.	27.12.	20.10.	1 So	31	12.1.	26.1.
21.5.	2 Di	30	13.8.	27.8.	21.6.	2 Fr	30	13.9.	27.9.	22.7.	2 Mo	29	14.10.	28.10.	21.8.	2 Mi	30	13.11.	27.11.	21.9.	2 Sa	29	14.12.	28.12.	21.10.	2 Mo	30	13.1.	27.1.
22.5.	3 Mi	29	14.8.	28.8.	22.6.	3 Sa	29	14.9.	28.9.	23.7.	3 Di	28	15.10.	29.10.	22.8.	3 Do	29	14.11.	28.11.	22.9.	3 So	28	15.12.	29.12.	22.10.	3 Di	29	14.1.	28.1.
23.5.	4 Do	28	15.8.	29.8.	23.6.	4 So	28	15.9.	29.9.	24.7.	4 Mi	27	16.10.	30.10.	23.8.	4 Fr	28	15.11.	29.11.	23.9.	4 Mo	27	16.12.	30.12.	23.10.	4 Mi	28	15.1.	29.1.
24.5.	5 Fr	27	16.8.	30.8.	24.6.	5 Mo	27	16.9.	30.9.	25.7.	5 Do	26	17.10.	31.10.	24.8.	5 Sa	27	16.11.	30.11.	24.9.	5 Di	26	17.12.	31.12.	24.10.	5 Do	27	16.1.	30.1.
25.5.	6 Sa	26	17.8.	31.8.	25.6.	6 Mi	26	17.9.	1.10.	26.7.	6 Fr	25	18.10.	1.11.	25.8.	6 Mo	26	17.11.	1.12.	25.9.	6 Do	25	18.12.	1.1.	25.10.	6 Fr	26	17.1.	31.1.
26.5.	7 So	25	18.8.	1.9.	26.6.	7 Di	25	18.9.	2.10.	27.7.	7 Sa	24	19.10.	2.11.	26.8.	7 Mo	25	18.11.	2.12.	26.9.	7 Do	24	19.12.	2.1.	26.10.	7 Sa	25	18.1.	1.2.
27.5.	8 Mo	24	19.8.	2.9.	27.6.	8 Do	24	19.9.	3.10.	28.7.	8 So	23	20.10.	3.11.	27.8.	8 Di	24	19.11.	3.12.	27.9.	8 Fr	23	20.12.	3.1.	27.10.	8 So	24	19.1.	2.2.
28.5.	9 Di	23	20.8.	3.9.	28.6.	9 Fr	23	20.9.	4.10.	29.7.	9 Mo	22	21.10.	4.11.	28.8.	9 Mi	23	20.11.	4.12.	28.9.	9 Sa	22	21.12.	4.1.	28.10.	9 Mo	23	20.1.	3.2.
29.5.	10 Mi	22	21.8.	4.9.	29.6.	10 Sa	22	21.9.	5.10.	30.7.	10 Di	21	22.10.	5.11.	29.8.	10 Do	22	21.11.	5.12.	29.9.	10 So	21	22.12.	5.1.	29.10.	10 Di	22	21.1.	4.2.
30.5.	11 Do	21	22.8.	5.9.	30.6.	11 So	21	22.9.	6.10.	31.7.	11 Mi	20	23.10.	6.11.	30.8.	11 Fr	21	22.11.	6.12.	30.9.	11 Mo	20	23.12.	6.1.	30.10.	11 Mi	21	22.1.	5.2.
31.5.	12 Do	20	23.8.	6.9.	1.7.	12 Mo	20	23.9.	7.10.	1.8.	12 Do	19	24.10.	7.11.	31.8.	12 Sa	20	23.11.	7.12.	1.10.	12 Di	19	24.12.	7.1.	31.10.	12 Mo	20	23.1.	6.2.
1.6.	13 Sa	19	24.8.	7.9.	2.7.	13 Di	19	24.9.	8.10.	2.8.	13 Fr	18	25.10.	8.11.	1.9.	13 So	19	24.11.	8.12.	2.10.	13 Mi	18	25.12.	8.1.	1.11.	13 Do	19	24.1.	7.2.
2.6.	14 So	18	25.8.	8.9.	3.7.	14 Mi	18	25.9.	9.10.	3.8.	14 Sa	17	26.10.	9.11.	2.9.	14 Mo	18	25.11.	9.12.	3.10.	14 Do	17	26.12.	9.1.	2.11.	14 Sa	18	25.1.	8.2.
3.6.	15 Mo	17	26.8.	9.9.	4.7.	15 Do	17	26.9.	10.10.	4.8.	15 So	16	27.10.	10.11.	3.9.	15 Di	17	26.11.	10.12.	4.10.	15 Fr	16	27.12.	10.1.	3.11.	15 So	17	26.1.	9.2.
4.6.	16 Di	16	27.8.	10.9.	5.7.	16 Fr	16	27.9.	11.10.	5.8.	16 Mo	15	28.10.	11.11.	4.9.	16 Mi	16	27.11.	11.12.	5.10.	16 Sa	15	28.12.	11.1.	4.11.	16 Mo	16	27.1.	10.2.
5.6.	17 Mi	15	28.8.	11.9.	6.7.	17 Sa	15	28.9.	12.10.	6.8.	17 Di	14	29.10.	12.11.	5.9.	17 Do	15	28.11.	12.12.	6.10.	17 So	14	29.12.	12.1.	5.11.	17 Di	15	28.1.	11.2.
6.6.	18 Do	14	29.8.	12.9.	7.7.	18 So	14	29.9.	13.10.	7.8.	18 Mi	13	30.10.	13.11.	6.9.	18 Fr	14	29.11.	13.12.	7.10.	18 Mo	13	30.12.	13.1.	6.11.	18 Mi	14	29.1.	12.2.
7.6.	19 Fr	13	30.8.	13.9.	8.7.	19 Mo	13	30.9.	14.10.	8.8.	19 Do	12	31.10.	14.11.	7.9.	19 Sa	13	30.11.	14.12.	8.10.	19 Di	12	31.12.	14.1.	7.11.	19 Do	13	30.1.	13.2.
8.6.	20 Sa	12	31.8.	14.9.	9.7.	20 Di	12	4.10.	15.10.	9.8.	20 Fr	11	1.11.	15.11.	8.9.	20 So	12	14.12.	15.12.	9.10.	20 Mi	11	1.1.	15.1.	8.11.	20 Fr	12	31.1.	14.2.
9.6.	21 So	11	1.9.	15.9.	10.7.	21 Mi	11	2.10.	16.10.	10.8.	21 Sa	10	2.11.	16.11.	9.9.	21 Mo	11	2.12.	16.12.	10.10.	21 Do	10	2.1.	16.1.	9.11.	21 Sa	11	1.2.	15.2.
10.6.	22 Mo	10	2.9.	16.9.	11.7.	22 Do	10	3.10.	17.10.	11.8.	22 So	9	3.11.	17.11.	10.9.	22 Di	10	3.12.	17.12.	11.10.	22 Fr	9	3.1.	17.1.	10.11.	22 So	10	2.2.	16.2.
11.6.	23 Mi	9	3.9.	17.9.	12.7.	23 Fr	9	4.10.	18.10.	12.8.	23 Mo	8	4.11.	18.11.	11.9.	23 Do	9	4.12.	18.12.	12.10.	23 Sa	8	4.1.	18.1.	11.11.	23 Mo	9	3.2.	17.2.
12.6.	24 Di	8	4.9.	18.9.	13.7.	24 Sa	8	5.10.	19.10.	13.8.	24 Di	7	5.11.	19.11.	12.9.	24 Do	8	5.12.	19.12.	13.10.	24 So	7	5.1.	19.1.	12.11.	24 Di	8	4.2.	18.2.
13.6.	25 Do	7	5.9.	19.9.	14.7.	25 So	7	6.10.	20.10.	14.8.	25 Mi	6	6.11.	20.11.	13.9.	25 Fr	7	6.12.	20.12.	14.10.	25 Mo	6	6.1.	20.1.	13.11.	25 Mi	7	5.2.	19.2.
14.6.	26 Fr	6	6.9.	20.9.	15.7.	26 Mo	6	7.10.	21.10.	15.8.	26 Do	5	7.11.	21.11.	14.9.	26 Sa	6	7.12.	21.12.	15.10.	26 Di	5	7.1.	21.1.	14.11.	26 Do	6	6.2.	20.2.
15.6.	27 Sa	5	7.9.	21.9.	16.7.	27 Di	5	8.10.	22.10.	16.8.	27 Fr	4	8.11.	22.11.	15.9.	27 So	5	8.12.	22.12.	16.10.	27 Mi	4	8.1.	22.1.	15.11.	27 Sa	5	7.2.	21.2.
16.6.	28 So	4	8.9.	22.9.	17.7.	28 Mi	4	9.10.	23.10.	17.8.	28 Fr	3	9.11.	23.11.	16.9.	28 Do	4	9.12.	23.12.	17.10.	28 Mo	3	9.1.	23.1.	16.11.	28 Sa	4	8.2.	22.2.
17.6.	29 Mo	3	9.9.	23.9.	18.7.	29 Do	3	10.10.	24.10.	18.8.	29 So	2	10.11.	24.11.	17.9.	29 Di	3	10.12.	24.12.	18.10.	29 Fr	2	10.1.	24.1.	17.11.	29 So	3	9.2.	23.2.
18.6.	30 Di	2	10.9.	24.9.	19.7.	30 Fr	2	11.10.	25.10.	19.8.	30 Mo	1	11.11.	25.11.	18.9.	30 Mi	2	11.12.	25.12.	19.10.	30 Sa	1	11.1.	25.1.	18.11.	30 Mo	2	10.2.	24.2.
19.6.	31 Mi	1	11.9.	25.9.	20.7.	31 Sa	1	12.10.	26.10.						19.9.	31 Do	1	12.12.	26.12.						19.11.	31 Di	1	11.2.	25.2.

© 2019 inside partner · Am Bahndamm 9 · 48739 Legden

6 Wochen vor Entbindung Tage bis zum Monatsletzten Beginn der 7. Woche 8 Wochen nach Entbindung

GESAMTBEWERTUNG: SEHR GUT



GÜLTIGKEIT: BIS 12/2020

www.bkk-mobil-oil.de/siegel



KOSTENLOSE SERVICE-HOTLINE

0800 255 0800

www.bkk-mobil-oil.de

Mehr Service. Mehr Leistung. Mehr Wert.

Die Krankenkasse der neuen Generation

Mobil
BETRIEBSKRANKENKASSE