

vigo

gesundes
unternehmen



**Mehr
News & Infos**

aok.de/arbeitgeber/rh

Sozialversicherung mit der AOK

AOK
Die Gesundheitskasse.

Impressum:

vigo gesundes **unternehmen**
Broschüre Sozialversicherung mit der AOK

Herausgeber:

AOK Rheinland/Hamburg
Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf

Verlag und Redaktion:

CW Haarfeld GmbH,
Luxemburger Straße 449, 50939 Köln,
Internet: cwh.de,
Tel.: 0800 888-5440,
Fax: 0800 888-5445,
E-Mail: service@cwh.de

Arbeitsrechtliche Beratung:

Dr. Daniel Sturm MBA
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Arbeitsrecht
Steinmeier LLP Rechtsanwälte, Berlin/Dresden

Gestaltung:

CW Haarfeld

Druck:

L.N. Schaffrath GmbH & Co. KG DruckMedien,
Marktweg 42-50, 47608 Geldern

Erscheinungsweise:

jährlich

Stand:

1.1.2021

Titelbild:

AOK

Mit der kostenfreien Aussendung der Broschüren der Reihe „vigo gesundes unternehmen“ kommt die AOK ihren sich aus §104 SGB IV und §13 SGB I ergebenden Beratungs- und Informationspflichten nach. Nachdruck, auch auszugsweise, sowie elektronische Vervielfältigung von Artikeln und Fotos nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlags. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos

keine Gewähr. Das bei der Herstellung der Broschüren der Reihe „vigo gesundes unternehmen“ verwendete Papier verfügt über das EU Ecolabel und zeichnet sich durch besondere Umweltverträglichkeit aus. Die eingesetzten Farben haben Bio-Qualität, auf den Einsatz giftiger und gefährlicher Materialien wird gemäß der Ausschlussliste des europäischen Druckfarbenverbandes (EuPIA) verzichtet.

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die vorliegende Broschüre aus der Reihe „vigo gesundes unternehmen“ wendet sich an diejenigen, die bisher wenig oder keine Erfahrungen mit der sozialen Sicherung gemacht haben.

Sie erhalten einen Überblick über das System der sozialen Sicherung in Deutschland und wie einzelne Personenkreise darin eingebunden werden, Hintergrundinformationen zu Organisation und Finanzierung der Träger der Sozialversicherung.

Die AOK Rheinland/Hamburg präsentiert sich als starke und sichere Solidargemeinschaft. Ein Überblick zeigt die Vielfalt der Leistungsangebote zur Kranken- und Pflegeversicherung und wie sich die AOK als Familienkasse engagiert. Die AOK ist nicht nur eine gute Wahl für Beschäftigte und Auszubildende. Sie hilft auch mit Tipps und Informationen, wie das Wahlrecht zur AOK schnell und unkompliziert ausgeübt werden kann. Denn die Anmeldung zur AOK ist die erste Voraussetzung, um vom Service und von den Leistungen profitieren zu können.

Sie erfahren auch, wie die Beiträge berechnet werden und wer für die Zahlung zuständig ist, welche Aufgaben der Arbeitgeber erfüllen muss und wie der Beschäftigte dabei mitwirken kann.

Für einen ersten Überblick sind nur wenige Paragraphen und Zahlen verwendet worden. Weitere Informationen finden Sie auch unter aok.de/arbeitgeber - im Fachportal der AOK für Arbeitgeber.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse



In dieser Broschüre finden Sie Hinweise auf **Webcodes**. Unter aok.de/arbeitgeber leiten diese Sie bequem und direkt zu weiterführenden Onlineinformationen. Geben Sie einfach auf der Startseite die Zahlenkombination in das Feld „**Suche**“ ein.

Inhalt

1. Die Sozialversicherung in Deutschland	5	4. Mutterschutz und Elternzeit	40
1.1. Krankenversicherung	6	4.1. Beschäftigung und Mutterschutz	40
1.2. Pflegeversicherung	11	4.2. Elternzeit	42
1.3. Rentenversicherung	14	4.3. Was die AOK während der Schwangerschaft und danach leistet	43
1.4. Arbeitslosenversicherung	15		
1.5. Unfallversicherung	17		
2. Ausbildung und Beschäftigung	19	5. AOK-Firmenkundenservice	44
2.1. Krankenkassenwahlrechte	19	5.1. AOK-Magazin	44
2.2. Start ins Berufsleben	21	5.2. AOK-Fachbroschüren	45
2.3. Versicherung von Arbeitnehmern	23	5.3. AOK-Newsletter	45
2.4. Versicherung von Studenten und Praktikanten	30	5.4. Weiterbildung mit der AOK	46
2.5. Zuwanderung nach Deutschland	35		
3. Krankheit und Entgeltfortzahlung	36		
3.1. Entgeltfortzahlung	37		
3.2. Anzeige der Erkrankung	37		
3.3. Ersatz der Arbeitgeberaufwendungen	38		



1. Die Sozialversicherung in Deutschland

Deutschland bekennt sich in seinem Grundgesetz zum Prinzip des Sozialstaats. Die soziale Sicherung der Bürger ist eine staatliche Aufgabe, die sich in alle Lebensbereiche hinein erstreckt und von verschiedenen Institutionen wahrgenommen wird. Wesentliche Risiken im Leben werden durch die Absicherung bei Erkrankungen und die Wiederherstellung der Gesundheit, die Einkommenssicherung im Alter oder Hilfe und Unterstützung bei einem Arbeitsunfall abgedeckt.

Die Sozialversicherung ist das Kernelement der sozialen Sicherung. Daneben gibt es noch unmittelbare Leistungen des Staats, zum Beispiel

für Personen, die im Dienst des Staats gesundheitliche Schäden erlitten haben und deshalb Anspruch auf Leistungen zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Absicherung ihres Lebensunterhalts haben. Außerdem gibt es staatliche Hilfen für Menschen, die nicht allein in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt und ihre soziale Absicherung zu finanzieren. Geld- und Sachleistungen werden erbracht, um Notlagen zu vermeiden und den Betroffenen ein menschenwürdiges Dasein zu sichern. Voraussetzung sind die Bedürftigkeit und ein Antrag auf diese Hilfen bei den dafür zuständigen Stellen.

1.1. Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sichert das Risiko der Krankheit ab. Die Träger sind die Krankenkassen. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Diese Funktion liegt beim Verwaltungsrat. Er fasst grundlegende Beschlüsse, wie die Gestaltung der Satzung, stellt den Haushalt der Krankenkasse fest und bestellt den Vorstand. Dieser führt eigenverantwortlich die Geschäfte der Kasse.

In der Vergangenheit existierten viele Krankenkassen, die für bestimmte Berufs- und Personengruppen zuständig waren. Diese Unterschiede sind heute im Wesentlichen verschwunden. Bis auf wenige Ausnahmen sind die Kassen frei wählbar. Die Zahl der Kassen sank von 1.147 im Jahr 1990 bis auf 105 zum Stichtag 1. Januar 2020.

Organisation

Die GKV ist in folgende Kassenarten gegliedert:

- › Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
- › Betriebskrankenkassen (BKK)
- › Innungskrankenkassen (IKK)
- › Ersatzkassen
- › Landwirtschaftliche Sozialversicherung
- › Knappschaft

Alle Krankenkassen gehören dem GKV-Spitzenverband an, der eine Reihe von Kompetenzen erhalten hat, um Einzelheiten bundeseinheitlich zu regeln.

Er vertritt die Krankenkassen gegenüber der Politik und im Gemeinsamen Bundesausschuss, ist die oberste Beratungsinstitution als „Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes“, bestimmt die Beitragseinstufung freiwilliger Mitglieder der GKV und ist für die Beziehungen zu den Krankenversicherungsträgern des Auslands zuständig (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland).

Die einzelnen Kassenarten haben als Dachorganisation eigene Bundesverbände.

Finanzierung

Zum weit überwiegenden Teil finanziert sich die GKV aus Beiträgen der Mitglieder und Arbeitgeber beziehungsweise anderer Zahlungspflichtiger. Die Bemessung dieser Beiträge richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die zu einem gesetzlich festgelegten Prozentsatz berücksichtigt werden. Für die Bemessung gelten allerdings Mindest- und Höchstgrenzen: Die monatliche Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2021 liegt bei 4.837,50 Euro. Darüber hinausgehendes Einkommen wie zum Beispiel Arbeitsentgelt bleibt unberücksichtigt. Der gesetzlich festgelegte Beitragssatz wird jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen. Es gibt einen allgemeinen und einen ermäßigten Beitragssatz:

- › allgemeiner Beitragssatz (bei Anspruch auf Krankengeld und für Rentner) 14,6 Prozent
- › ermäßigter Beitragssatz (Versicherung ohne Anspruch auf Krankengeld) 14,0 Prozent

Die Krankenkassen können einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen, wenn sie mit dem gesetzlich festgelegten Beitragssatz ihre Ausgaben nicht vollständig finanzieren können.

Der Zusatzbeitrag wird paritätisch getragen. Steigen die Ausgaben künftig weiter an, muss der finanzielle Mehrbedarf ebenfalls durch den Zusatzbeitrag gedeckt werden. Der Gesetzgeber verspricht sich durch die Zusatzbeiträge eine Belebung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen.

Die Krankenkassen leiten die Finanzmittel an den Gesundheitsfonds weiter. Beiträge, die von den Trägern der Rentenversicherung und von der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, fließen direkt dem Gesundheitsfonds zu. Der Fonds wird beim Bundesversicherungsamt verwaltet. Alle Beitragsgelder werden im Fonds nach Risikogesichtspunkten umverteilt und dann in Form von versichertenbezogenen monatlichen Zuweisungen an die einzelnen Krankenkassen ausbezahlt. In den Gesundheitsfonds fließen auch die Zuschüsse des Bundes zur Krankenversicherung, die einen Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen wie bei Mutterschaft oder die beitragsfreie Versicherung für die Familienangehörigen der GKV-Mitglieder darstellen.

Versicherte

In Deutschland sind etwa 90 Prozent aller Bürger gesetzlich krankenversichert. Der überwiegende Teil von ihnen wird in die Versicherungspflicht einbezogen. Diese entsteht kraft Gesetzes, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

In der Krankenversicherung sind grundsätzlich versicherungspflichtig:

- › Arbeitnehmer, einschließlich der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten
- › Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II
- › Landwirtschaftliche Unternehmer und ihre Familienangehörigen
- › Künstler und Publizisten nach dem Künstler-sozialversicherungsgesetz
- › Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe
- › Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- › Behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten und in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen

- › Studenten
- › Praktikanten und Auszubildende ohne Arbeitsentgelt sowie Auszubildende des zweiten Bildungswegs
- › Rentner/Rentenanspruchsteller, die eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllt haben
- › Personen, die über keinen anderweitigen Krankenversicherungsschutz verfügen und aufgrund ihres Status dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind oder zuletzt gesetzlich krankenversichert waren

Personen, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen, können als freiwillige Mitglieder der GKV beitreten, wenn sie eine Vorversicherungszeit erfüllen oder aus einer Versicherungspflicht ausgeschieden sind. Dazu zählen zum Beispiel selbstständig Tätige oder Arbeitnehmer mit einem hohen Arbeitsentgelt, aber auch Beamte und andere Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge.



Zu den Grundlagen der Sozialversicherung bietet die AOK fünf kostenfreie Online-Trainings „Basiswissen Sozialversicherung“ an.

aok.de/fk/online-trainings

In Deutschland
sind etwa
90 %
aller Bürger
gesetzlich
krankenversichert.

Kinder und Ehegatten sowie Lebenspartner von Mitgliedern der GKV können über das Mitglied beitragsfrei in die Familienversicherung einbezogen werden. Dazu müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein:

- › Wohn- oder Aufenthaltsort in Deutschland
- › Keine eigene Versicherungspflicht
- › Keine Versicherungsfreiheit (Ausnahme: Minijob)
- › Keine selbstständige Tätigkeit
- › Kein Einkommen oberhalb eines Siebtels der Bezugsgröße (2021: 470 Euro)
- › Einhalten von Altersgrenzen (Kinder)

Eine besondere Form der Versicherungspflicht ist die obligatorische Anschlussversicherung. Wenn eine Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung endet, setzt sich dieses Versicherungsverhältnis automatisch als freiwillige Versicherung fort. Die Anschlussversicherung tritt kraft Gesetzes ein, es sei denn, der bisher Versicherte weist eine anderweitige Absicherung, zum Beispiel bei einer anderen Krankenkasse, nach. Die bisher zuständige Kasse ist für diese Versicherung zuständig. Der Gesetzgeber will damit verhindern, dass durch das Entstehen größerer Lücken im Versicherungsverlauf Beitragsrückstände auflaufen und die Betroffenen über Gebühr belasten. Die Krankenkassen sind also dazu verpflichtet, bei Ende einer Versicherung diese Personen zu kontaktieren.

1.1.1. Die private Krankenversicherung

Im europäischen Maßstab verfügt Deutschland über eine Besonderheit. Nicht alle Bürger werden in einheitliche Formen der Krankenversicherung einbezogen. Vielmehr können Bürger, die nicht in die Versicherungspflicht einbezogen sind, ein privates Versicherungsunternehmen (PKV) für die Absicherung im Krankheitsfall wählen. In der PKV gilt allerdings nicht das Solidarprinzip, sondern die Prämie für den Versicherungsschutz richtet sich nach persönlichen Voraussetzungen wie Alter, Vorerkrankungen und individuelle Risiken, wie zum Beispiel Rau-

chen. So wird vor jedem Vertragsabschluss ein Gesundheits-Check fällig. Erhöht sich im Verlauf der Versicherung das gesundheitliche Risiko, etwa infolge einer schweren Erkrankung, können Sonderprämien oder Leistungsausschlüsse die Folge sein. Mit zunehmendem Alter besteht die Gefahr, dass die Versicherungsprämien immer höher werden. Diese besonderen Risiken gibt es natürlich bei der AOK nicht. Wir nehmen jeden Versicherten, so wie er ist, ohne zusätzliche Prüfungen; Wartezeiten und Leistungsausschlüsse sind bei uns absolute Fremdwörter.

Immer mehr Bürger klagen über steigende Prämien zur PKV und möchten gern in die GKV zurück. Dafür hat der Gesetzgeber ziemlich hohe Hürden aufgebaut; die Rückkehr in eine gesetzliche Kasse ist nicht ohne Weiteres möglich und ab dem 55. Lebensjahr nahezu ausgeschlossen. So kann man also mit Recht sagen, dass die Entscheidung für eine private Absicherung eine Entscheidung für das Leben bedeuten kann. Die AOK berät gern über die Risiken eines Wechsels zur PKV, insbesondere dann, wenn es sich um Anträge auf Befreiung von einer eingetretenen Versicherungspflicht handelt. Auch Arbeitgeber sollten sich hierüber informieren, um Fragen von höher verdienenden Arbeitnehmern zu diesem Thema gut beantworten zu können. Hilfe bieten dabei die Firmenkundenberater Ihrer AOK an.

1.1.2. Die AOK und ihre Leistungen

Die AOK ist seit dem Start der gesetzlichen Krankenversicherung in allen Regionen Deutschlands fest verankert. Zu Beginn versicherten die Ortskrankenkassen vor allem Arbeitnehmer in eng begrenzten Regionen. Dabei wurden oftmals Leistungen über direkt angestellte Ärzte und andere Vertreter von Gesundheitsberufen bereitgestellt. Heute sind die AOKs moderne Dienstleistungsunternehmen, denen 26,5 Millionen gesetzlich Versicherte ihr Vertrauen schenken. Selbstverständlich garantiert die AOK alle gesetzlich vorgesehenen Leistungen über ihre Vertragspartner. Aber das ist längst noch nicht alles. Über ihre Satzung bietet die AOK zusätzliche Leistungen

an, die für viele Versicherte ganz persönliche Bedürfnisse erfüllen können. Die AOK ist außerdem mit ihrem dichten Netz von Geschäfts- und Beratungsstellen für ihre Versicherten gut erreichbar und bietet einen ganz individuellen Service. Wer mag, kann diesen Service auch online nutzen.

Leistungen zur Gesundheit

Im Mittelpunkt des Spektrums der Leistungen der AOK stehen die Angebote zur Heilung von Erkrankungen und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Dazu gehören:

- › Ärztliche und zahnärztliche Behandlung
- › Versorgung mit Zahnersatz
- › Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- › Häusliche Krankenpflege
- › Krankenhausbehandlung
- › Medizinische Rehabilitation und ergänzende Leistungen

Die AOK zahlt nicht nur für diese Leistungen, sondern sie hilft auch bei der Arztsuche, unterstützt ärztliche Zweitmeinungen und geht Behandlungsfehlern nach. Alle Leistungen sind vertraglich mit den Ärzten, Krankenhäusern und anderen Playern im Gesundheitswesen zu vereinbaren. Durch ihre hohe Sachkompetenz ist die Stimme der AOK bei den regionalen und überregionalen Verhandlungen von besonderem Gewicht. So trägt die AOK wesentlich dazu bei, dass Leistungsausgaben nicht unbegrenzt ansteigen und damit die Beiträge zur Krankenversicherung bezahlbar bleiben.

Bei strukturierten Behandlungsprogrammen für bestimmte Erkrankungen hat die AOK eine Vorreiterrolle eingenommen und so für Hunderttausende ihrer Versicherten spezialisierte ärztliche Behandlungen ermöglicht, wenn sich die Versicherten in die jeweiligen Programme einschreiben.

Nicht umsonst trägt die Namensbezeichnung der AOK den Titel „Gesundheitskasse“. Als erste Kassenart in Deutschland hat sich die AOK dem Feld von Gesundheitsvorsorge und Prävention mit zusätzlichen Leistungen verschrieben. So werden je nach Satzungsbestimmung der einzelnen AOK die Kostenübernahme bei professioneller Zahnreinigung, die Möglichkeit eines kostenlosen Haut-Checks, über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Schutzimpfungen und viele weitere Zusatzprodukte angeboten.

Im Sektor Prävention und Früherkennung können die Versicherten der AOK ebenfalls besondere Angebote nutzen. Die Förderung von Selbsthilfegruppen ist ein besonderes Anliegen der AOK auf dem Gebiet der Primärprävention. Viele individuelle Kurs- und Sportangebote fördern eine gesunde Lebensweise der AOK-Versicherten. Für Leistungen zu Prävention und Gesundheitsvorsorge gibt die AOK-Gemeinschaft je Versicherten deutlich mehr Geld aus als der Durchschnitt der GKV.

Alles einfach à la carte

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung kennt die AOK keine Gesundheitsuntersuchungen vor Versicherungsbeginn. Es gibt keine Leistungsausschlüsse oder zusätzlichen Beiträge, wenn einmal teure Leistungen fällig geworden sind. Wir nehmen unsere Kunden so, wie sie sind. Die AOK-Versicherten müssen auch nicht vorleisten, wenn sie einen Arzt aufsuchen oder andere Leistungen benötigen. Konsequenz gilt das Sachleistungsprinzip. Der Schlüssel zu allen Leistungen ist eine kleine Karte.

Wer sich der Versichertengemeinschaft der AOK anschließt, erhält unmittelbar nach Beginn der Mitgliedschaft oder Familienversicherung die elektronische AOK-Gesundheitskarte. Mit dieser Karte können alle zugelassenen Leistungen abgerufen werden. Eine kleine Mitwirkung ist allerdings erforderlich. Die gesetzlich definierte elektronische Gesundheitskarte (eGK) muss ein Lichtbild des Versicherten tragen, um gültig zu sein.

Der Chip auf der eGK enthält persönliche Daten und Angaben zum Status des Versicherten, zum Beispiel die Krankenversicherungsnummer, auf Wunsch Notfalldaten. Vom Gesetzgeber ist die Speicherung einer Vielzahl medizinischer Daten vorgesehen. Die Umsetzung solcher Speichermöglichkeiten lässt in der Praxis noch auf sich warten, obwohl viele geplante Angaben Informationsabläufe beschleunigen und auch Doppeluntersuchungen vermeiden könnten. Darüber hinaus wird zurzeit eine elektronische Patientenakte entwickelt.

Über einen speziellen Aufdruck auf der Rückseite ist die eGK im EU-Ausland zur Inanspruchnahme von Leistungen vorgesehen. Aber nicht immer sind ausländische Leistungserbringer bereit, die Karte zur bargeldlosen Abrechnung zu akzeptieren. Die AOK berät ihre Versicherten gern zu Fragen von Leistungsanspruchnahme, wenn eine Reise ins Ausland geplant ist.



Informieren Sie sich rund um die Uhr:
Unter [aok.de](https://www.aok.de) sind wir immer für Sie da.

Schutz für die ganze Familie

Familie und Geborgenheit sind Begriffe, die in einem sehr engen Zusammenhang stehen. Deshalb bietet die AOK besonders viele Produkte an, die sich an den Bedürfnissen der ganzen Familie orientieren. Es besteht die Möglichkeit, dass Familienangehörige über ein Mitglied der AOK beitragsfrei mitversichert sind. Hier ist wieder der große Unterschied zur privaten Krankenversicherung erkennbar, denn diese verlangt für jeden Versicherten Prämien. Die Voraussetzungen für die Familienversicherung sind bei Kindern bis zu bestimmten Altersgrenzen meist erfüllt, wenn beide Eltern gesetzlich krankenversichert sind. Dann kann die ganze Familie bei der AOK versichert sein.

Aus dieser gemeinsamen Versicherung der Familie bei der AOK können sich viele Vorteile ergeben. Eine Reihe von Leistungen kann viel unkomplizierter in Anspruch genommen werden, wenn nur eine Kasse zuständig ist. Die Abrechnung von kieferorthopädischen Behandlungen oder die Berechnung des Anspruchs auf Kinderpflege-Krankengeld ist zum Beispiel besser zu handhaben. Darüber hinaus ist die AOK aber besonders wegen vieler zusätzlicher Leistungen für Familien attraktiv. Das beginnt schon bei der Familienplanung. Hier erhalten junge Familien Beratung und Hilfe, wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt oder vielleicht auch gerade noch kein Nachwuchs willkommen ist. Zusätzliche Leistungen der AOK können dabei hilfreich sein. Während der Schwangerschaft zahlt die AOK Haushaltshilfe, wenn noch weitere Kinder im Haus sind und die werdende Mutter sich sehr schonen muss. Zusätzlich kann während der Schwangerschaft eine Arzneimittelberatung für die werdende Mutter genutzt werden.

Für Babys, Kinder und Jugendliche bietet die AOK erweiterte Angebote für Untersuchungen und Impfungen an. Die AOK bezahlt Früherkennungsuntersuchungen und spezielle Leistungen für die Zahngesundheit der Kinder.

Für Schulkinder übernimmt die AOK nicht nur den Besuch beim Augenarzt, um Sehfehler rechtzeitig zu erkennen. Sie zahlt auch für eine gegebenenfalls erforderliche Sehhilfe einen Festbetrag.

Für ältere Kinder gibt es Betreuungsangebote in Form gesundheitlicher Aufklärung und Beratung zu Berufswahl und Bewerbung für die Lehrstelle durch die AOK-Schulberater.

Damit begleitet die AOK junge Familien von Beginn an und bietet Unterstützung in vielen Lebenslagen.

AOK in Ihrer Nähe.

Mit ihren vielen Geschäftsstellen ist die AOK immer in Ihrer Nähe. Haben Sie Fragen zu Ihrer Mitgliedschaft? Die AOK garantiert kompetente und individuelle Betreuung, wann immer sie gebraucht wird. Die Geschäftsstelle in Ihrer Nähe finden Sie unter:



1.2. Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung sichert das finanzielle und betreuende Risiko der Pflegebedürftigkeit ab. Sie soll es dem Pflegebedürftigen ermöglichen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Versicherung stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die die Eigenleistungen der Versicherten und anderer Träger nicht entbehrlich macht. Die Pflegeversicherung ist mehrfach reformiert worden. Dies ging mit einer Ausweitung der Leistungen, der Einbeziehung bisher unberücksichtigter Personenkreise, mit Erhöhung des Personalschlüssels, aber auch mit der Anhebung des Beitragsatzes einher. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde ebenfalls weiterentwickelt.

Organisation

In vielerlei Hinsicht folgt die Pflegeversicherung der Krankenversicherung. Dieser Grundsatz gilt nicht nur im Versicherungsrecht, sondern hat auch dazu geführt, dass mit Etablierung der Pflegeversicherung keine völlig neuen Strukturen geschaffen wurden.

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die unter dem Dach der Krankenkassen angesiedelt sind. Das heißt, dass jeder Krankenkasse eine Pflegekasse angeschlossen

ist. Die Pflegekassen sind in rechtlicher Hinsicht ebenfalls selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen erfüllen auch die Aufgaben der Pflegekasse.

Finanzierung

Im Beitragsrecht folgt die Pflegeversicherung ebenfalls der Krankenversicherung. Alle Vorschriften, wie Beiträge zu berechnen sind, beziehen sich auf die einschlägigen Regelungen der GKV. Der Beitragssatz wird gesetzlich festgelegt. Er beträgt 3,05 Prozent. Beim Beitragssatz weist die Pflegeversicherung eine Besonderheit auf. Kinderlose Mitglieder ab dem 23. Lebensjahr zahlen einen Zuschlag zum Pflegebeitrag in Höhe von 0,25 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Beiträge werden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen mit Ausnahme des Zuschlags für Kinderlose. Den trägt der Arbeitnehmer allein.

Im Bundesgebiet wurde der Buß- und Betttag als gesetzlicher Feiertag abgeschafft mit Ausnahme des Landes Sachsen. Dort gilt deshalb eine ungleichmäßige Verteilung der Beitragslast. Das heißt, bei einem Beschäftigungsort in Sachsen trägt der Arbeitnehmer 2,025 Prozent, der Arbeitgeber nur 1,025 Prozent.

Die Beiträge, die von den Einzugsstellen entgegengenommen werden, fließen in den Pflegefonds, aus dem die Pflegekassen ihre Leistungsaufwendungen an die Pflegebedürftigen erstattet bekommen.

Versicherte

In Deutschland sind circa 3,9 Millionen Menschen auf Betreuung oder Unterstützung angewiesen, weil sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung die regelmäßigen Aufgaben des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig meistern können. Für sie ist die Pflegeversicherung da. Generell besteht für alle Bürger die Pflicht, sich gegen

das Risiko Pflegebedürftigkeit abzuschließen. Im Bereich der GKV ist dies ganz einfach: Wer bei einer AOK krankenversichert ist, gleich ob als Pflichtmitglied, freiwillig versichert oder als Familienangehöriger, ist automatisch bei seiner AOK in die Pflegeversicherung einbezogen. Das gilt auch für andere gesetzliche Kassen.

Wer privat krankenversichert ist, muss sich ebenso bei seinem Versicherungsunternehmen gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit absichern. Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, diejenigen Personen in ihrem Bestand dem Bundesversicherungsamt zu melden, die nicht pflegeversichert sind. Dieses kann neben der Aufforderung, eine Versicherung abzuschließen, zusätzlich ein Bußgeld verhängen.

Leistungen

Die Pflegeversicherung sichert das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit ab. Sie soll es dem Pflegebedürftigen ermöglichen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Demnach ist die Pflegeversicherung keine Vollversicherung. Sie stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die die Eigenleistungen der Versicherten und anderer Träger nicht entbehrlich machen.

Es gilt der Grundsatz, dass Rehabilitation vor Pflege geht. Pflegeleistungen werden also auf Dauer nur dann erbracht, wenn eine Verbesserung des Zustandes, der zur Pflegebedürftigkeit geführt hat, durch medizinische Maßnahmen nicht zu erwarten ist. Deshalb wird die Pflegebedürftigkeit immer durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beurteilt, der den Pflegegrad ermittelt. Berücksichtigt werden bei der Begutachtung sechs Module, in denen Punkte vergeben werden.

Um den unterschiedlichen Anforderungen Rechnung zu tragen, gibt es fünf Pflegegrade. Damit sind auch die Höchstbeträge für die Leistungen durch die Pflegeversicherung festgelegt, die sich in fünf Grade gliedern:

- › Pflegegrad 1 = 12,5 bis unter 27,0 Punkte
- › Pflegegrad 2 = 27,0 bis unter 47,5 Punkte
- › Pflegegrad 3 = 47,5 bis unter 70,0 Punkte
- › Pflegegrad 4 = 70,0 bis unter 90,0 Punkte
- › Pflegegrad 5 = 90,0 bis 100,0 Punkte

Die Pflegeversicherung erbringt Geld- oder Sachleistungen, mit denen die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung finanziert werden. Eine Kombination von Pflegegeld- und Pflegesachleistung ist möglich. Außerdem werden folgende Leistungen zur Verfügung gestellt:

- › Pflegekurse für Angehörige und nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen
- › Verhinderungspflege, wenn die betreuende Pflegeperson krank ist oder Urlaub hat
- › Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- › Tages- und Nachtpflege
- › Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- › Zuschüsse zur pflegerechten Gestaltung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen

Wenn Angehörige oder Bekannte die Pflege übernehmen, wird ein monatliches Pflegegeld gezahlt. Die „ehrenamtlich“ Pflegenden sind während ihrer pflegerischen Tätigkeit automatisch renten-, unfall- und gegebenenfalls arbeitslosenversichert, wenn sie eine Mindestzahl von Pflegestunden erreichen.

Jeder Versicherte hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn er vor Antragstellung mindestens zwei Jahre in einer Pflegekasse versichert war.

Pflegeleistungen der AOK

Die AOK erbringt alle gesetzlich vorgesehenen Leistungen für pflegebedürftige Versicherte. Der Service der AOK bietet aber noch mehr. Das beginnt bei der Hilfe für Angehörige, wenn sie im Fall der Pflegebedürftigkeit Rat suchen, und

setzt sich mit der Unterstützung bei der Stellung des Leistungsantrags bis hin zur Auswahl der Pflegedienste und der Suche nach einer geeigneten stationären Einrichtung fort. Dazu verfügt die AOK über speziell ausgebildete Pflegeberater, die sich vor Ort individuell um alle Probleme rund um den Eintritt eines Pflegefalls kümmern. Ein ganz besonderer AOK-Service ist der Pflege-Navigator, eine aktuelle Datenbank, mit der die Auswahl eines geeigneten und örtlich gut erreichbaren Pflegediensts oder einer stationären Pflegeeinrichtung nach verschiedenen Kriterien ermöglicht wird. Die AOK sorgt sich nicht nur um die Pflegebedürftigen selbst, auch pflegende Angehörige erhalten weitreichende Unterstützung im Rahmen von Kursen über die richtige Pflege, aber auch zur sozialen Absicherung der Pflegepersonen. Die AOK überweist dazu Beiträge zur Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherungsbeiträge, wenn die berufliche Tätigkeit zeitlich an die Pflege angepasst wurde und ein Mindestmaß an wöchentlicher Pflegezeit geleistet wird. So wird ein Ersatz für die Zeit der Pflege beim Erwerb von Rentenansprüchen und beim Erwerb von Leistungsansprüchen gegenüber der Agentur für Arbeit sichergestellt.

Als besonderen Service bietet die AOK ein Pflegeforum an, in dem Pflegefachkräfte Fragen von Pflegenden beantworten. Hier findet ein reger Austausch von Meinungen und Erfahrungen der Angehörigen von Pflegebedürftigen statt.

AOK-Service

Pflegeberatung. Die AOK bietet ihren Versicherten Pflegeberatung durch speziell geschulte Mitarbeiter an. Informationen dazu sowie viele hilfreiche Tipps rund um das Thema Pflege erhalten Sie unter:



aok.de/pflege

Zusammenfassung

- › Gegen das Risiko von Erkrankungen sichert die AOK ihre Mitglieder und deren Familienangehörige umfassend und mit vielen zusätzlichen Leistungen ab. Für die Inanspruchnahme aller Leistungen genügt die elektronische Gesundheitskarte. Die Karte stellt die AOK unverzüglich bereit, wenn die Wahl, Mitglied dieser starken Solidargemeinschaft zu werden, getroffen wurde.
- › Versicherte der AOK können sich gleichzeitig auf ihre Absicherung für den Pflegefall bei der AOK-Pflegekasse verlassen.
- › Die Beiträge zur Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung werden gemeinsam von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht.

In Deutschland
sind derzeit circa
4,2 Mio.
Menschen
pflegebedürftig.

1.3. Rentenversicherung

Für jeden Menschen ist es wichtig, auch nach dem Erwerbsleben finanziell ausreichend versorgt zu sein. Für die meisten Bürger in Deutschland wird das die gesetzliche Rente sein, die im Normalfall durch eigene Ersparnisse ergänzt wird. Deshalb ist die Rentenversicherung eine ganz wesentliche Säule der sozialen Sicherung. Sie beruht auf dem Generationenvertrag, der als Ausdruck der gesellschaftlichen Solidarität darauf aufbaut, dass die Jüngeren Beiträge in die Rentenversicherung einzahlen. Mit diesen Mitteln werden die Renten der Älteren finanziert. Gerade in Deutschland ist das eine große politische Herausforderung, denn demografisch bedingt müssen immer weniger Beitragszahler die laufenden Rentenzahlungen für einen wachsenden Anteil von Älteren an der Gesamtbevölkerung finanzieren.

Die Rentenversicherung kommt außerdem für das Risiko der Erwerbsminderung auf, sorgt für Hinterbliebene und trägt notwendige Kosten für die Rehabilitation der Menschen, die im erwerbsfähigen Alter sind.

Organisation

Die Träger der Rentenversicherung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Für die Grundsatzfragen in der Rentenversicherung, die Wahrnehmung von Querschnittsaufgaben und die Interessenvertretung gegenüber der Politik ist die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) zuständig. Ihre obersten Organe sind die Bundesvertreterversammlung und der Bundesvorstand.

Für die Betreuung der Versicherten vor Ort sind die Regionalträger der Rentenversicherung zuständig. Sie werden von einer Vertreterversammlung und einem Vorstand verwaltet. Die Zuständigkeit der regionalen Gliederungen der DRV kann sich über ein Bundesland, die Region

eines Lands oder mehrere Bundesländer erstrecken. Als zweiter bundesweiter Träger der Rentenversicherung fungiert die Knappschaft-Bahn-See, die aus der Zusammenlegung der bisher für spezielle Berufsgruppen zuständigen Institutionen entstand und außerdem noch Aufgaben der Krankenversicherung und der Minijob-Zentrale erfüllt.

Alle gesetzlich Rentenversicherten sind nach Quoten auf die einzelnen Träger verteilt und werden vor Ort von den regionalen Geschäftsstellen beraten. Die Auszahlung der Renten erfolgt einheitlich durch den Postrentendienst.

Finanzierung

Die finanziellen Mittel der Rentenversicherung setzen sich aus den Beiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber und aus Zuschüssen des Bundes zusammen. Letztere sind eine bedeutende Position im Bundeshaushalt und belaufen sich auf circa 100 Milliarden Euro jährlich. Der Beitragssatz zur Rentenversicherung beträgt 18,6 Prozent der Bruttoeinnahmen der Versicherten. Die Beiträge werden je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen. Es gibt eine Höchstgrenze, bis zu der die Beiträge zu berechnen sind. Diese wird jährlich an das Niveau der allgemeinen Entwicklung der Löhne und Gehälter der vorangegangenen Jahre angepasst. Für Beschäftigte im Bergbau und in verwandten Berufen gilt eine besondere Bemessungsgrenze zur knappschaftlichen Rentenversicherung. Sonderregelungen gibt es zum Beispiel auch für Minijobber.

Die Beiträge werden von den Krankenkassen als Einzugsstelle entgegengenommen und nach einem von der DRV festgelegten Schlüssel an die einzelnen Träger der Rentenversicherung weitergeleitet.

Versicherte

Wer einer unselbstständigen Beschäftigung nachgeht, ist im Regelfall pflichtversichert.

Darüber hinaus werden noch andere Personenkreise in die Versicherungspflicht einbezogen.

Pflichtversichert sind:

- › Arbeitnehmer
- › Auszubildende
- › Bestimmte Gruppen selbstständiger Personen, wie zum Beispiel Handwerksmeister, Lehrer und Erzieher, Hebammen, Künstler, Publizisten
- › Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen
- › Bezieher bestimmter Entgeltersatzleistungen wie Krankengeld, Arbeitslosengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld und Unterhaltsgeld
- › Behinderte Menschen, die in Behindertenwerkstätten tätig sind
- › Mütter oder Väter während der Kindererziehung

Leistungen

Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung gliedern sich in zwei zentrale Bereiche: finanzielle Absicherung durch Zahlung von Renten und Rehabilitation zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit.

Als Funktion des Entgeltersatzes soll die Rente den versicherten Menschen eine ausreichende Lebensgrundlage bieten. In der Regel werden Renten geleistet als

- › Renten wegen Alters (zum Beispiel Regelaltersrente),
- › Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie
- › Renten wegen Todes (zum Beispiel als Witwen-/Waisenrenten).

Sie sind in ihrem Leistungsumfang – anders als bei den anderen Säulen der Sozialversicherung – abhängig von der Höhe der eingezahlten Bei-

träge (Äquivalenzprinzip). Allerdings wurde für bestimmte Fallkonstellationen inzwischen eine Grundrente eingeführt.

Als Voraussetzungen für die Zahlung von Renten müssen persönliche und zeitliche Anforderungen erfüllt sein und die Rente muss vom künftigen Rentenempfänger beantragt werden.

Im Rahmen der Rehabilitation sollen frühzeitige Rentenzahlungen verhindert und die Arbeitskraft soll erhalten werden. Es gilt der Grundsatz „Rehabilitation geht vor Rente“.

Ziel der Rehabilitation ist es, Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit durch Krankheiten, körperliche, geistige oder seelische Behinderungen entgegenzuwirken, sie zu verhindern oder zu überwinden und möglichst eine dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen. Ist die Erwerbsfähigkeit von Versicherten infolge von Krankheit oder Behinderung stark beeinträchtigt und versprochen Maßnahmen zur Rehabilitation keinen Erfolg, zahlt die Rentenversicherung Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

1.4. Arbeitslosenversicherung

Die Arbeitslosenversicherung hat als Kernaufgaben die Arbeitsvermittlung und Berufsberatung. Zudem gibt es unter anderem für Arbeitslose finanzielle Unterstützung. Zuständig ist die Bundesagentur für Arbeit (BA).

Organisation

Bei der BA ist die Selbstverwaltung ebenfalls paritätisch besetzt, allerdings hier durch drei Gruppen vertreten, nämlich die Vertreter der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und der öffentlich-rechtlichen Körperschaften, wie zum Beispiel der Bundesregierung. Diese Gruppen bilden den ehrenamtlich tätigen Verwaltungsrat.

Der hauptamtliche Vorstand besteht aus drei Personen und führt das operative Geschäft.

Die BA verfügt über eine Zentrale in Nürnberg, zehn Regionaldirektionen und ein umfangreiches Netz von Agenturen und Jobcentern. Diese regionale Gliederung wird ergänzt durch die Optionskommunen, die in den Jobcentern die Aufgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) wahrnehmen.

Die BA verfügt darüber hinaus über Sonderdienststellen für Arbeitsmarktforschung, Aus- und Weiterbildung, den IT-Service oder die Vergabe der Betriebsnummern.

Versicherte

Grundsätzlich sind alle Personen, die einer unselbstständigen Beschäftigung in mehr als geringfügigem Umfang nachgehen, in die Versicherungspflicht einbezogen, auch die zur Berufsausbildung Beschäftigten. Wer eine Entgeltersatzleistung wie Krankengeld erhält, ist ebenfalls versicherungspflichtig. Selbstständige und hier besonders Existenzgründer aus der Arbeitslosigkeit heraus sowie Personen, die eine Beschäftigung im Ausland außerhalb der EU aufnehmen, können sich auf Antrag versichern lassen.

Finanzierung

Die Mittel der BA werden aus Beiträgen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie aus Zuschüssen des Bundes aufgebracht. Die Beiträge tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils zur Hälfte. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze (diese gilt für die Renten- und Arbeitslosenversicherung in gleicher Höhe) sind die Arbeitsentgelte der Beschäftigten zur Berechnung heranzuziehen. Der anzuwendende Beitragssatz beträgt 2,4 Prozent des Bruttoentgelts.

Leistungen

Das Spektrum der Leistungen richtet sich an drei Empfängergruppen.

Leistungen für Arbeitnehmer sind zum Beispiel:

- › Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Insolvenzgeld
- › Beratung und Vermittlung von Jobsuchenden
- › Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten
- › Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung
- › Mobilitätshilfen
- › Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit
- › Förderung der Berufsausbildung und Weiterbildung
- › Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben
- › Kurzarbeitergeld

Für Arbeitgeber werden unter anderem angeboten:

- › Unterstützung bei der Einstellung von Arbeitnehmern, zum Beispiel Eingliederungszuschüsse
- › Förderung der beruflichen Weiterbildung
- › Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben
- › Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz

Für soziale Leistungsträger werden unter anderem folgende Hilfen gewährt:

- › Förderung der Berufsausbildung wie ausbildungsbegleitende Hilfen
- › Förderung von Einrichtungen zur beruflichen Aus- oder Weiterbildung oder zur beruflichen Rehabilitation
- › Zuschüsse zu Sozialplanmaßnahmen
- › Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen

1.5. Unfallversicherung

Auch die gesetzliche Unfallversicherung ist Teil der deutschen Sozialversicherung. Ihre Grundzüge:

- › Schutz des Versicherten und seiner Familie vor den Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- › Beitragsfinanzierung durch Umlageverfahren allein durch die Unternehmer und die damit verbundene Ablösung der Unternehmerhaftung
- › Prävention, Rehabilitation und Entschädigungen aus einer Hand

Organisation

Die Träger der Unfallversicherung sind die gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, also die Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen. Während die Berufsgenossenschaften nach Branchen gegliedert sind, sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand weitgehend regional organisiert.

Die Belange der Selbstverwaltung vertreten die Vertreterversammlungen und Vorstände der einzelnen Unfallversicherungsträger. Sie sind paritätisch mit Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer besetzt.

Die Grundsatzaufgaben und die Vertretung gegenüber der Politik nimmt der Spitzenverband der Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wahr.

Versicherte

Der Personenkreis der gesetzlich Unfallversicherten ist breit gefächert und erstreckt sich über weite Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Alle Arbeitnehmer sind über ihre Unternehmen in der jeweiligen Branchen-Berufsgenossenschaft pflichtversichert. In die Versicherung einbezogen sind auch Personengruppen, die nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen (beispielsweise Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studenten, Arbeitsuchende, bestimmte ehrenamtlich Tätige, Helfer in Unglücksfällen, Blutspender).

Für den Arbeitnehmer ist der Eintritt der Unfallversicherungspflicht kaum wahrnehmbar. Denn sein Arbeitgeber unterliegt primär der Verpflichtung, sein Unternehmen als Ganzes gegen das Unfallrisiko zu versichern. Dabei gibt es kein Wahlrecht. Diese Verpflichtung ist absolut bindend. Der Unternehmer selbst kann sich ebenso wie andere freiberuflich Tätige freiwillig gegen die Risiken eines Arbeitsunfalls versichern.

Der Versicherungsschutz bezieht sich jeweils nur auf die versicherte Tätigkeit, also bei Arbeitnehmern nur auf die Tätigkeit im Betrieb und auf den Arbeitsweg. Ein anderes Beispiel: Arbeitsuchende sind ebenfalls in den Versicherungsschutz einbezogen, aber nur, soweit sich der Unfall im direkten Zusammenhang mit der Arbeitsuche ereignet.

Finanzierung

Im Gegensatz zu Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung ist die gesetzliche Unfallversicherung für die Versicherten beitragsfrei. Die Kosten für den umfassenden Versicherungsschutz der Prävention, Rehabilitation und Entschädigung tragen die Arbeitgeber. Im Bereich der öffentlichen Hand tragen der Bund, die Länder und die Gemeinden die Kosten. Die Beitragshöhe wird im Umlageverfahren der nachträglichen Bedarfsdeckung ermittelt. Das heißt, dass die Träger der Unfallversicherung ihre Aufwendungen nach Abschluss des Geschäftsjahres umlegen. Berechnungsgrundlage hierbei sind der Finanzbedarf, also das Umlagesoll, die unfallversicherungspflichtigen Arbeitsentgelte der Versicherten und die Gefahrenklassen der unterschiedlichen Branchen. Bei den Gemeindeunfallversicherungsverbänden und Unfallkassen richten sich die Beiträge nach der Einwohnerzahl, der Zahl der Versicherten oder den Arbeitsentgelten. Wie die Umlagen zu berechnen sind, wird in der Satzung der jeweiligen Berufsgenossenschaft und der sonstigen Träger nach gesetzlichen und satzungsgemäßen Vorgaben festgelegt.

Leistungen

Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufgabe, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen und die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.

Im Fall von Unfällen und Berufskrankheiten erbringt die Unfallversicherung:

- › Umfassende Heilbehandlung
- › Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (zum Beispiel Umschulung)
- › Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen
- › Geldleistungen an Versicherte und Hinterbliebene

Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die gesetzliche Unfallversicherung hat vom Gesetzgeber einen Präventionsauftrag. Dieser sieht vor, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten. Die Beratung von Unternehmen in allen Fragen der Sicherheit und Gesundheit steht im Mittelpunkt. Dazu gehört es, umfassende Handlungshilfen und sonstige Informationsmedien für Arbeitgeber und Versicherte zur Verfügung zu stellen. Die Unfallversicherungsträger bieten darüber hinaus kostenfreie Informations- und Motivationsveranstaltungen zum Thema Arbeitsschutz an.

Die AOK arbeitet in diesem Aufgabenfeld sehr eng mit der Unfallversicherung zusammen. So werden viele Angebote der betrieblichen Prävention der AOK mit den Berufsgenossenschaften inhaltlich abgestimmt und in eine für das jeweilige Unternehmen maßgeschneiderte Angebotspalette gebracht. Im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung hält die AOK viele interessante Angebote bereit, um die gesundheitlichen Belastungen an den Arbeitsplätzen zu mindern und bei der Häufung bestimmter Diagnosen im Unternehmen die Ursachen zu finden und mit gezielten Angeboten zur Prävention zu unterstützen.

Zusammenfassung

- › Für Arbeitnehmer und Auszubildende besteht fast immer Versicherungspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung. Alle Beschäftigten sind in den Schutz der Unfallversicherung einbezogen. Diese Sozialversicherungszweige sorgen für die finanzielle Absicherung im Alter, bei Erwerbsminderung, in Zeiten der Arbeitslosigkeit und bei einem Arbeitsunfall.
- › Leistungen zur Rehabilitation sowie zur Berufsorientierung und zur Arbeitsvermittlung gehören ebenso dazu wie die Förderung einer gesunden Arbeitswelt.
- › Die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung werden je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Die Kosten der Unfallversicherung im Betrieb trägt ausschließlich der Arbeitgeber.



2. Ausbildung und Beschäftigung

Die Begriffe Ausbildung und Beschäftigung betreffen Personengruppen, die in die Systeme der Sozialversicherung einbezogen sind. Dabei entstehen Fragen zur Feststellung der Versicherungspflicht, nach der Anmeldung zu einer Krankenkasse oder ob und in welcher Höhe Beiträge zu berechnen sind und vieles mehr.

Diese Fragen sind eng verbunden mit den Arbeitgeberpflichten. Den Unternehmen hat der Gesetzgeber viele Aufgaben im Zusammenhang mit der Sozialversicherung der Arbeitnehmer und anderer Versicherungspflichtiger übertragen. Meistens sind die Krankenkassen die ersten Ansprechpartner bei der Erfüllung dieser Aufgaben. Die AOK unterstützt deshalb Arbeitgeber intensiv bei diesen Sachverhalten und berät in Zweifelsfällen. Wenn festgestellt wird, dass eine

Versicherungspflicht besteht, ergibt sich zunächst einmal die Frage, welche Krankenkasse für die Durchführung der Kranken- und Pflegeversicherung zuständig sein könnte.

2.1. Krankenkassenwahlrechte

Das Krankenkassenwahlrecht ist liberal ausgestaltet. Wenn eine Versicherungspflicht neu begründet wird, kann der Betroffene unter den Krankenkassen seine Wahl treffen.

Wählbare Krankenkassen

Für Versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder der GKV sind folgende Krankenkassen wählbar:

1. Die AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts
2. Jede Ersatzkasse

3. Die Betriebskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht
4. Jede Betriebs- oder Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, wenn die Satzung dies vorsieht
5. Die Knappschaft
6. Die Krankenkasse, bei der zuletzt eine eigene Mitgliedschaft oder Familienversicherung bestanden hat
7. Die Krankenkasse, bei der der Ehegatte oder Lebenspartner versichert ist

Zusätzlich zu den bereits genannten Alternativen können Studenten die AOK wählen, die für den Ort zuständig ist, an dem die Hochschule ihren Sitz hat.

Wird eine Krankenkasse gewählt, entsteht eine Bindungsfrist von zwölf Monaten, vor deren Ablauf keine andere Kasse gewählt werden kann, sofern sich in den Versicherungsverhältnissen keine Änderungen ergeben. Von dieser Regel gibt es allerdings Ausnahmen, zum Beispiel wenn die gewählte Kasse später einen Zusatzbeitrag erhebt oder erhöht oder wenn sich der Grund des Vorliegens der Versicherungspflicht ändert. Wenn Mitglieder anderer Kassen zur AOK wechseln möchten, erhalten sie kompetente Hilfe durch die AOK-Kundenberater, welche Schritte für einen Wechsel zur AOK erforderlich sind.

Ausübung des Wahlrechts

Unter den Krankenkassen herrscht ein reger Wettbewerb um die Gewinnung neuer Mitglieder. Deshalb ist das Verfahren zum Wechsel von einer zur anderen Kasse gesetzlich vorgeschrieben. Die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden. Eine Wahlerklärung zum Beispiel gegenüber dem Arbeitgeber ist wirkungslos. Durch ein elektronisches Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse. Diese bestätigt der ge-

wählten Krankenkasse spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Meldung das Ende der Mitgliedschaft, je nachdem ob die Bindungsfrist erfüllt ist oder noch nicht.

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht ist gegeben, wenn die Mitgliedschaft, zum Beispiel aufgrund der Beendigung der Beschäftigung, kraft Gesetzes endet. Die Bindungsfrist findet dann keine Anwendung. Durch den Tatbestand einer neuen Versicherungspflicht besteht die sofortige Möglichkeit, die AOK zu wählen.

Bei einem unveränderten Versicherungsverhältnis ist die Bindungsfrist für einen Wechsel der Krankenkasse einzuhalten.

Auch hier wird die bisherige Krankenkasse von der AOK informiert. Der Wechsel ist zum Ablauf des übernächsten Monats, gerechnet vom Monat der Erklärung, möglich.

Beispiel

- > Wahl der AOK und Mitteilung (durch die AOK) an die bisherige Krankenkasse am 15.3.
- > Ende des übernächsten Monats: 31.5.
- > Beginn der AOK-Mitgliedschaft am 1.6.

Wenn der Arbeitnehmer seinen Arbeitgeber über die neue Krankenkasse informiert hat, meldet dieser ihn elektronisch bei der AOK an, die dem Arbeitgeber elektronisch das Bestehen der Mitgliedschaft bestätigt.

Wichtig zu wissen: Endet eine Familienversicherung, kann das Wahlrecht zur AOK sofort ausgeübt werden (zum Beispiel, wenn das Ausbildungsverhältnis beginnt), unabhängig davon, bei welcher Kasse der Auszubildende vorher familienversichert war. Die Wahl des Auszubildenden bei der AOK reicht dafür vollkommen aus.

Zum Thema „Krankenkassenwahlrecht“ bietet die AOK ein kostenfreies Online-Training an.

[aok.de/fk/online-trainings](https://www.aok.de/fk/online-trainings)



Besonderheiten beim Wahlrecht

Die AOK bietet verschiedene Wahltarife an. Dazu geht das Mitglied einen besonderen Vertrag ein. In solchen Fällen kann die Bindungsfrist an die AOK mehr als zwölf Monate betragen. Die genauen Bedingungen für solche Zusatztarife können online bei den einzelnen AOKs eingesehen werden.

Die Krankenkassen erheben neben dem gesetzlich vorgeschriebenen Beitragssatz einen Zusatzbeitrag in unterschiedlicher Höhe in Abhängigkeit von ihrem Finanzbedarf. Wenn eine Krankenkasse diesen Zusatzbeitrag einführt oder erhöht, können ihre Mitglieder ohne Beachtung der zwölfmonatigen Bindungsfrist zu einer anderen Krankenkasse wechseln. Dieses Sonderkündigungsrecht bedeutet, dass im selben Monat, in dem sich der Zusatzbeitrag verändert, die neue Krankenkasse gewählt werden kann.



Weitere Informationen zum Krankenkassenwahlrecht entnehmen Sie bitte der gleichnamigen Broschüre der Reihe **gesundes Unternehmen**.

Zusammenfassung

- › Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht ist gegeben, wenn die Mitgliedschaft, zum Beispiel aufgrund der Beendigung der Beschäftigung, kraft Gesetzes endet und eine neue versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen wird.
- › Die Mitgliedschaft bei der AOK ist immer eine gute Wahl. Das gilt für Beschäftigte genauso wie für Berufstarter. Die AOK sorgt dafür, dass die notwendigen Formalitäten bei der Wahlentscheidung unkompliziert erledigt werden.

2.2. Start ins Berufsleben

Alljährlich beginnen Tausende junge Menschen eine Berufsausbildung. Sie haben sich für einen Beruf entschieden, haben sich beworben und kommen nun voller Erwartungen in ihren Ausbildungsbetrieb. Viel Neues stürmt auf die Berufstarter ein, sie müssen häufig erstmals Weisungen befolgen und sind fest in ein noch neues Umfeld eingegliedert. Damit nicht genug, sind sie in den meisten Fällen erstmals sozialversicherungspflichtig. In aller Regel waren sie vor der Ausbildung als Schüler in der gesetzlichen Krankenversicherung über ihre Eltern familienversichert. Die Versicherungspflicht tritt aber auch dann ein, wenn bisher die Eltern Prämien in eine private Krankenversicherung eingezahlt haben.



Berufstarter können sofort die AOK wählen.

Anmeldung

Bei Beginn des Ausbildungsverhältnisses meldet der Arbeitgeber seinen Azubi zur Sozialversicherung an. Als Erstes ist dabei zu beachten, dass nicht immer in den Ferien oder bei anderen Gelegenheiten ein Aushilfsjob ausgeübt wurde. Ist dies der Fall, müssen eine Rentenversicherungsnummer sowie die Ausstellung des Sozialversicherungsausweises beantragt werden. Die Rentenversicherungsnummer ist außerdem die Voraussetzung für die Vergabe einer bundeseinheitlichen zehnstelligen Krankenversicherungsnummer. Die hierbei vergebenen Daten bleiben ein Leben lang erhalten.

Für seinen Versicherungsschutz wählt der Berufsstarter eine Krankenkasse, bei der ihn der Ausbildungsbetrieb anzumelden hat. Dieses Wahlrecht kann ab Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden. Die AOK begleitet Berufsstarter umfassend bei den ersten Schritten ins Erwerbsleben. Das beginnt mit der Aufklärung über alles Wissenswerte über Gesundheit und Berufswahl im Rahmen der Schulberatung. Die AOK bietet Bewerbertrainings an und hilft bei vielen Formalitäten. Wer zum Beispiel über das 17. Lebensjahr hinaus die Schule besucht, braucht für die spätere Anerkennung eine Schulzeitbescheinigung. Die AOK stellt die Formulare zur Verfügung und übermittelt die Bescheinigung nach Bestätigung durch die Schule der Deutschen Rentenversicherung.

Damit die Anmeldung zur AOK reibungslos vorstättengeht, nehmen die Berater die Wahl zur AOK entgegen und informieren den Ausbildungsbetrieb.

Übrigens: Wenn der Azubi nach der Ausbildung übernommen wird, ist nur eine Meldung über die Statusänderung erforderlich.

Die Gering-
verdienergrenze
beträgt
325
Euro.

Beiträge während der Ausbildung

Auszubildende sind in allen Sozialversicherungszweigen in die Pflicht einbezogen, unabhängig von der Höhe der Ausbildungsvergütung. Nach dieser Vergütung werden die Beiträge bemessen. Azubi und Ausbildungsbetrieb tragen die Beiträge inklusive des Zusatzbeitrags je zur Hälfte, mit Ausnahme des Zuschlags für Kinderlose zur Pflegeversicherung (erst ab Vollendung des 23. Lebensjahres). Wenn die Vergütung 325 Euro nicht überschreitet, gilt der Azubi als Geringverdiener. In diesem Fall hat der Arbeitgeber alle Beiträge allein zu tragen. Wenn zum Beispiel ein Weihnachtsgeld gezahlt und die Grenze von 325 Euro dadurch überschritten wird, teilen sich Azubi und Ausbildungsbetrieb den Beitrag für die Vergütung oberhalb der 325-Euro-Grenze. Die seit 1. Januar 2020 bestehende Mindestlohnverpflichtung auch für Auszubildende hat dazu geführt, dass die Geringverdienergrenze nur noch in seltenen Fallkonstellationen zum Tragen kommt.

Als Auszubildende sind ebenfalls Teilnehmer an dualen Studiengängen in die Versicherungspflicht einbezogen. Der Praxisbetrieb übernimmt hier die Anmeldung zur Sozialversicherung und zahlt eine Ausbildungsvergütung, aus der entsprechend Beiträge abgeführt werden.

Zusammenfassung

- › Beim Start ins Berufsleben sind viele neue Anforderungen zu beachten. Die Berater der AOK begleiten die künftigen Auszubildenden von der Bewerbung bis zur Anmeldung bei der AOK.

2.3. Versicherung von Arbeitnehmern

Die Mehrzahl aller Erwerbstätigen ist als Arbeitnehmer in einem Betrieb beschäftigt. Diese Tätigkeit ist dadurch bestimmt, dass nach Weisungen gearbeitet wird, der Beschäftigte in einen Organisationsablauf fest eingegliedert ist, dafür ein Arbeitsentgelt gezahlt wird und kein eigenes Risiko für den Erfolg der Arbeit besteht. Oft spricht man von unselbstständiger Arbeit im Gegensatz zu Freiberuflern oder Unternehmern, deren Tätigkeit nicht auf den Erhalt einer Entlohnung, sondern auf das Erzielen von Gewinn gerichtet ist.

In der Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung sind Arbeitnehmer grundsätzlich versicherungspflichtig. In die Versicherungspflicht sind Arbeitnehmer nicht in jedem Fall einbezogen; man unterscheidet deshalb in versicherungspflichtige und versicherungsfreie Arbeitnehmer.

2.3.1. Versicherungspflichtige Arbeitnehmer

Wer in unselbstständiger Arbeit in einem Betrieb nach Weisungen arbeitet und dafür ein Arbeitsentgelt erhält, wird grundsätzlich in die Versicherungspflicht als Arbeitnehmer einbezogen. Diese Versicherungspflicht besteht kraft Gesetzes und kann nicht durch abweichende Vereinbarungen umgangen werden. Vertragliche Regelungen, die deshalb getroffen werden, um das Eintreten der Versicherungspflicht zu umgehen, sind ungültig und müssen gegebenenfalls rückwirkend korrigiert werden.

Die Abgrenzung zwischen unselbstständiger Arbeit und selbstständiger Tätigkeit ist nicht immer einfach. Unternehmen versuchen manchmal, Aufträge an Subunternehmer zu vergeben, die Einstellung des Auftragnehmers als Beschäftigten zu vermeiden und auf diesem Weg Lohnkosten und Beiträge zu sparen. Ist ein solcher Auftragnehmer unsicher, ob es sich bei seiner Tätigkeit doch um ein Beschäftigungsverhältnis handelt, kann ein

Statusfeststellungsverfahren in Gang gesetzt werden. Dabei wird ein Antrag an die Deutsche Rentenversicherung Bund gestellt. Im Ergebnis wird dabei festgestellt, ob ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht oder nicht. Es ist immer zu empfehlen, dass Auftraggeber und Auftragnehmer dieses Verfahren gemeinsam beantragen. Besteht Versicherungspflicht, gilt diese vom Zeitpunkt der Feststellung an.

Im Regelfall prüft der Arbeitgeber bei Beginn der Beschäftigung, ob Versicherungspflicht besteht, und unternimmt dann alle notwendigen weiteren Schritte, wie zum Beispiel die Anmeldung zur Krankenkasse.

Arbeitsentgelt

Die Zahlung von Arbeitsentgelt ist ein wichtiges Kriterium für das Entstehen der Versicherungspflicht. Alle Einnahmen, die ein Arbeitnehmer im Zusammenhang mit der Beschäftigung erzielt, sind dem Arbeitsentgelt zuzurechnen. Dazu zählen nicht nur Lohn oder Gehalt, sondern weitere Leistungen des Arbeitgebers wie Sachbezüge. Grundsätzlich wird in laufende und einmalig gezahlte Arbeitsentgelte unterschieden. So zählen auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld zum Arbeitsentgelt. Auch Entgeltbestandteile, die im Sinn einer Gehaltsumwandlung für eine betriebliche Altersversorgung verwendet werden, zählen zum Arbeitsentgelt, wenn sie die Grenze für die Steuer- und Beitragsfreiheit überschreiten.

Ausnahmen können dann bestehen, wenn bestimmte Leistungen des Arbeitgebers von diesem pauschal versteuert werden, wie zum Beispiel ein Zuschuss zu den Fahrtkosten der Beschäftigten. Im Fall der Pauschalbesteuerung zählt diese Einnahme nicht zum Arbeitsentgelt mit der Folge, dass dann dafür keine Beiträge zu berechnen sind.

Einen Gehaltsrechner finden Sie unter aok.de/arbeitgeber,
Webcode br7093.



Übrigens gibt es einen wesentlichen Unterschied zwischen Steuer- und Sozialversicherungsrecht. Bei Einnahmen der Steuerpflichtigen gilt das Zuflussprinzip, das heißt, Steuern werden erst fällig, wenn die Einnahme tatsächlich erzielt wurde. Im Sozialversicherungsrecht gilt hingegen das Entstehungsprinzip. Danach entstehen die Beitragsansprüche mit dem Ausüben der Tätigkeit, unabhängig davon, ob Arbeitsentgelt gezahlt wurde oder nicht. Dies ist allerdings mehr für den Arbeitgeber von Bedeutung, da er Beiträge auch dann zahlen muss, wenn das Arbeitsentgelt nicht ausgezahlt wurde.

Beiträge

Die Einnahmen der Sozialversicherung stammen zu einem großen Teil aus den Beiträgen, die von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern getragen werden. Wie hoch die Beiträge eines Arbeitnehmers sind, hängt im Wesentlichen von der Höhe des Arbeitsentgelts ab. Für die Berechnung sind mehrere Faktoren von Bedeutung: Beitragszeit (Für welche Zeit sind Beiträge zu zahlen, zum Beispiel für einen vollen Monat oder einen Teilmonat?), beitragspflichtige Einnahmen (Aus welcher Bemessungsgrundlage sind Beiträge zu berechnen?) und Beitragssatz (Welcher Beitragssatz ist anzuwenden?).

Mit der Lohn- und Gehaltsabrechnung nimmt der Arbeitgeber gleichzeitig die Berechnung der Beiträge vor. Er bezieht dabei alle Versicherungszweige ein, denn mit Ausnahme der Beiträge zur Unfallversicherung werden alle Beiträge als Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die für den jeweiligen Beschäftigten zuständige Krankenkasse gezahlt.



Aktuelle Fälligkeitstage und weitere Details dazu finden Sie unter aok.de/arbeitgeber, Webcode **br70916**.

Für die Bemessung der Beiträge wird das Entgelt mit allen seinen Bestandteilen herangezogen. Bei Beschäftigten gilt in der Regel der allgemeine Beitragssatz. Der Arbeitgeber berechnet den Arbeitgeber- und den Arbeitnehmeranteil und führt alle Beiträge seiner Beschäftigten, die bei derselben Krankenkasse versichert sind, in einem Beitragsnachweis zusammen. Der Arbeitgeber ist auch gegenüber der Krankenkasse zahlungspflichtig. Für die Arbeitnehmer ist hier insgesamt nichts zu veranlassen. Damit das gesamte Lohnabrechnungsgeschäft nachvollziehbar wird, sind alle Berechnungs- und Überweisungsdaten aufzubewahren. Der Arbeitnehmer erhält im Rahmen seiner Lohnabrechnung auch Kenntnis über die Höhe der gezahlten Beiträge.



Die aktuellen Beiträge und Rechengrößen finden Sie unter aok.de/arbeitgeber, Webcode **br70915**.

Meldungen

Die Träger der Sozialversicherung benötigen eine Vielzahl von Informationen. So müssen die Krankenkassen wissen, ob ein Beschäftigter überhaupt versichert ist und für welchen Zeitraum. Nur dann wird eine elektronische Gesundheitskarte ausgestellt, mit der Leistungen in Anspruch genommen werden können. Die Rentenversicherung benötigt zur späteren Berechnung der Rente die Daten über die Arbeitsentgelte. Diese Informationen im Zusammenhang mit dem Beschäftigungsverhältnis übermittelt der Arbeitgeber über das Meldeverfahren. Der Beschäftigte ist dabei verpflichtet, alle Angaben über die Inhalte der Meldung zu machen, zum Beispiel seine persönlichen Daten, Angaben zum Beruf, zur Qualifikation und anderes.

Die Meldungen werden zu bestimmten Anlässen abgegeben. Bei Beginn und Ende des Arbeitsverhältnisses erfolgt die An- oder Abmeldung. Wird die Beschäftigung zum Beispiel wegen Erkrankung länger als einen Kalendermonat unterbrochen, ist dies mit der Unterbrechungsmeldung mitzuteilen. Wenn ein Beschäftigter neu zur AOK wechselt, ist der Wechsel der Krankenkasse mit Ab- und Anmeldung bei der bisherigen Krankenkasse und der AOK zu melden. Von großer Bedeutung ist die Jahresmeldung. Wenn eine Beschäftigung im Betrieb über das Jahresende besteht, meldet der Arbeitgeber das im Vorjahr erzielte Arbeitsentgelt. Das ist unter anderem die Voraussetzung für die Information über den aktuellen Rentenanspruch.

Neben diesen zeitlichen Aspekten und dem Entgelt sagen die Meldungen aus, zu welchen Zweigen der Sozialversicherung Versicherungspflicht besteht und (über die Beitragsgruppen) welche Beitragssätze angewendet werden. Die zuständige Krankenkasse erhält die Meldungen und leitet sie an alle Versicherungsträger weiter, die die gemeldeten Informationen benötigen. Ordnungsbegriffe für die eindeutige Zuordnung der Meldungen sind die Rentenversicherungsnummer des Beschäftigten und die Betriebsnummer des Arbeitgebers.



Nähere Informationen zum elektronischen Meldeverfahren finden Sie unter aok.de/arbeitgeber, Webcode **br70928**.

Zusammenfassung

- › Beschäftigte in Betrieben sind meist versicherungspflichtig in allen Zweigen der Sozialversicherung. Sie zahlen Beiträge für jeden Tag der Versicherungspflicht. Grundlage der Berechnung sind das Arbeitsentgelt und der jeweils anzuwendende Beitragssatz.
- › Arbeitnehmer werden vom Arbeitgeber zur Sozialversicherung bei der Krankenkasse angemeldet. Die Meldungen beinhalten alle Daten, die für die Durchführung der Sozialversicherung von Bedeutung sind.

Die zuständige Krankenkasse erhält die Meldungen und leitet sie an die anderen Sozialversicherungsträger weiter.

2.3.2. Krankenversicherungsfreie Arbeitnehmer

Bei der Beschäftigung von Arbeitnehmern gilt wie fast immer im Leben: keine Regel ohne Ausnahmen. Die grundsätzlich eintretende Versicherungspflicht für abhängig Beschäftigte trifft nicht zu, wenn der Arbeitnehmer in seiner Beschäftigung ein besonders hohes Arbeitsentgelt erzielt. Dann soll er nicht zwangsweise in die Solidargemeinschaft der Krankenversicherung einbezogen werden.

Entscheidend für die Krankenversicherungsfreiheit ist die Höhe des Arbeitsentgelts. Allerdings soll bei einem kurzzeitig höheren Entgelt, zum Beispiel weil wegen guter Auftragslage im Unternehmen viele Überstunden in einem begrenzten Zeitraum anfallen, kein Wechsel im Versichertenstatus eintreten. Die Versicherungsfreiheit soll langfristig bestehen. Deshalb wurde eine jährliche Krankenversicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) festgelegt, die 2021 grundsätzlich 64.350 Euro beträgt.

Feststellung der Versicherungsfreiheit

Ändern sich die Verhältnisse im Rahmen einer Beschäftigung, weil der Arbeitnehmer eine neue Aufgabe übernimmt oder aus sonstigen Gründen sein Arbeitsentgelt erhöht wird, prüft der Arbeitgeber, ob weiterhin Versicherungspflicht besteht oder nicht. Er betrachtet deshalb vom Zeitpunkt der Veränderung ein Zeitjahr im Voraus, wie hoch das jährliche Arbeitsentgelt sein wird, und vergleicht dieses Ergebnis mit der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE-Grenze). Unregelmäßige Entgelte, zum Beispiel eine Jubiläumszulage, sowie familienbezogene Zuschläge werden nicht einbezogen. Ergibt sich dennoch eine Überschreitung der JAE-Grenze, endet die Versicherungspflicht zum Ende des Jahres, in dem sich das Entgelt verändert hat, allerdings nur dann, wenn auch die JAE-Grenze des Folgejahres überschritten wird.

Wenn zum Jahresende die Versicherungspflicht endet, setzt sich die bisherige Versicherung bei der AOK automatisch als freiwillige Versicherung fort, wenn der Beschäftigte dem nicht widerspricht. Wenn bereits zum Beginn einer Beschäftigung ein Arbeitsentgelt erzielt wird, das die JAE-Grenze überschreitet, tritt sofort Versicherungsfreiheit ein. Hier empfiehlt es sich, dass der (zukünftig) Beschäftigte bereits vorher mit der AOK Kontakt aufnimmt, um die Durchführung der freiwilligen Versicherung rechtzeitig zu beantragen, da in diesem Fall vorher nicht unbedingt eine nahtlos bestehende Versicherungspflicht vorliegt.

Beiträge

Wenn das Entgelt die JAE-Grenze übertrifft, wird gleichermaßen auch die Grenze für die Bemessung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung überschritten. Das bedeutet, dass zur Bemessung der Beiträge die Höchstgrenze heranzuziehen ist. Dies gilt nur dann nicht, wenn beispielsweise bei Bezug von Krankengeld eine beitragsfreie Zeit zu berücksichtigen ist. Dann wird der tägliche Höchstbeitrag nur für die verbleibenden Sozialversicherungstage berücksichtigt.

Versicherungsfreie Arbeitnehmer sind als freiwillige Mitglieder für die Zahlung der Beiträge selbst verantwortlich. Sie erhalten von der AOK einen entsprechenden Beitragsbescheid. Die Beiträge selbst werden auch nicht hälftig vom Arbeitgeber getragen. Um aber gegenüber den versicherungspflichtig Beschäftigten keine Nachteile entstehen zu lassen, zahlt der Arbeitgeber einen Beitragszuschuss an den Beschäftigten, der zusammen mit der Lohn- oder Gehaltszahlung überwiesen wird. Er ist dann für die Zahlung des Beitrags an die AOK zu nutzen. Der Beitragszuschuss ist begrenzt auf die Hälfte des Beitrags, der bei Versicherungspflicht zu zahlen wäre.

Große und mittlere Unternehmen bieten häufig einen Service für ihre versicherungsfreien Beschäftigten an, indem sie die Beiträge zur freiwilligen Versicherung zusammen mit den Pflichtbeiträgen den zuständigen Krankenkassen überweisen (Firmenzahlverfahren). Der Beschäftigte muss dazu sein Einverständnis erklären. Die Auszahlung des Beitragszuschusses entfällt dann.

Meldungen

Wechselt der Beschäftigte in den Status als versicherungsfreier Arbeitnehmer, meldet ihn der Arbeitgeber als Pflichtigen ab und dann als krankenversicherungsfreien Beschäftigten wieder an. Erkennbar ist das an der Beitragsgruppe 0 in der Krankenversicherung. Bei den übrigen Versicherungszweigen ändert sich nichts. Führt der Arbeitgeber das Firmenzahlverfahren durch, meldet er den Beschäftigten mit der Beitragsgruppe 9 für die Krankenversicherung an die AOK. Diese weiß dann, dass die Beiträge vom Arbeitgeber überwiesen werden, und führt kein eigenes Beitragskonto für den freiwillig versicherten Beschäftigten.

Zusammenfassung

- › Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sind krankenversicherungsfrei. Sie können ihre Krankenversicherung bei der AOK als freiwilliges Mitglied fortsetzen.

2.3.3. Geringfügige Beschäftigten

Versicherungsfrei können Arbeitnehmer auch dann sein, wenn ihre Beschäftigung bestimmte Zeit- oder Entgeltgrenzen nicht überschreitet, also in einem geringfügigen Maß ausgeübt wird. Umgangssprachlich hat sich die Bezeichnung Minijob durchgesetzt.

Man unterscheidet in geringfügig entlohnte und kurzfristige Beschäftigungen.

Geringfügig entlohnte Beschäftigung

Zur Aufbesserung der Haushaltskasse oder um den Kontakt zum Beruf nicht zu verlieren, werden oft Nebenbeschäftigungen auf 450-Euro-Basis aufgenommen. Damit ist die wesentliche Eigenart der geringfügig entlohnten Beschäftigung bereits genannt – das Arbeitsentgelt darf 450 Euro im Monat nicht überschreiten. Auf die wöchentliche Arbeitszeit kommt es grundsätzlich dabei nicht an. Wird diese Entgeltgrenze eingehalten, ist der Minijob mit Ausnahme der Rentenversicherung versicherungsfrei; ein gelegentlich (in höchstens drei Monaten im Jahr) erzielt höheres Entgelt ist nicht von Bedeutung.

Es gibt zwei Besonderheiten zu beachten:

- › Wird vertraglich eine zusätzliche Zahlung vereinbart, zum Beispiel ein jährlich gezahltes Weihnachtsgeld, so ist der monatliche Durchschnittsverdienst zu ermitteln. Wenn also bereits jeden Monat 450 Euro verdient werden, führt eine solche Sonderzahlung dazu, dass die Beschäftigung kein Minijob mehr ist. Es entsteht Sozialversicherungspflicht. Liegt das laufende Entgelt unter 450 Euro, dürfen die Monatsentgelte und die Sonderzahlung zusammengerechnet 5.400 Euro nicht überschreiten.

- › Minijobber haben wie andere Beschäftigte auch Anspruch auf die Zahlung des gesetzlichen Mindestlohns von 9,50 Euro (ab 1. Juli 2021 9,60 Euro). Deshalb kann die wöchentliche Arbeitszeit bei der Beurteilung der Versicherungspflicht doch bedeutend sein. Wenn nämlich der gesetzliche Mindestlohn zu zahlen ist, kann die wöchentliche Arbeitszeit nicht mehr als elf Stunden betragen. Sonst würde die monatliche Entgeltgrenze für den Minijob überschritten und es tritt Sozialversicherungspflicht ein.

Nicht selten werden mehrere Minijobs bei verschiedenen Arbeitgebern ausgeübt. Dabei darf bei der Zusammenrechnung der einzelnen Monatsentgelte die 450-Euro-Grenze nicht überschritten werden, ansonsten werden alle einzelnen Minijobs versicherungspflichtig. Für Arbeitnehmer in einer Hauptbeschäftigung gilt: Ein Minijob nebenher ist zulässig, es erfolgt dabei keine Zusammenrechnung von Haupt- und Minijob. Sobald aber ein weiterer Minijob hinzukommt, wird der zweite Minijob - mit Ausnahme in der Arbeitslosenversicherung - versicherungspflichtig.

Minijobber sind in die Rentenversicherungspflicht einbezogen. Sie erwerben dabei alle Ansprüche auf die Leistungen der Rentenversicherung, zum Beispiel auch bei Eintritt einer Erwerbsminderung. Bei Aufnahme eines Minijobs kann sich der Arbeitnehmer von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Die Befreiung gilt für die gesamte Dauer der Beschäftigung und kann nicht widerrufen werden.

Beiträge

Im Unterschied zur versicherungspflichtigen Beschäftigung ist die Beitragslast bei Minijobs hauptsächlich vom Arbeitgeber zu tragen. Aus dem monatlichen Arbeitsentgelt werden Pauschalbeiträge vom Arbeitgeber gezahlt, und zwar:

- › 13 Prozent des Entgelts zur Krankenversicherung
- › 15 Prozent des Entgelts zur Rentenversicherung
- › Zusätzlich 2 Prozent pauschale Lohnsteuer

Der Minijobber trägt selbst die Differenz bis zum aktuellen Beitragssatz zur Rentenversicherung, wenn er sich nicht von der Rentenversicherungspflicht befreien lässt.

Beiträge zur Arbeitslosen- und Pflegeversicherung fallen generell nicht an.

Pauschalbeiträge zur Krankenversicherung sind nur für gesetzlich Versicherte zu zahlen. Ist der Minijobber nicht gesetzlich krankenversichert, fallen keine Beiträge an.

Bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen in einem Privathaushalt fallen geringere Pauschalbeiträge an. Sie betragen jeweils 5 Prozent des Entgelts zur Kranken- und Rentenversicherung; der rentenversicherungspflichtige Minijobber hat hier also einen höheren Eigenanteil zur Rentenversicherung zu zahlen.

Details zum Haushaltsscheckverfahren finden Sie unter aok.de/arbeitgeber, **Webcode br70931**.



Der Arbeitgeber überweist die Beiträge an die Minijob-Zentrale. Hinzu kommen Beiträge zur Unfallversicherung und Umlagen zum Ausgleichsverfahren bei Krankheit und Mutterschaft.

Kurzfristige Beschäftigungen

Betriebe und Geschäfte suchen häufig Aushilfen für die Vertretung bei Urlaub oder Erkrankungen von Stammpersonal. Im Rahmen solcher Aushilfen besteht dann Versicherungsfreiheit, wenn die Tätigkeit von vornherein für einen begrenzten Zeitraum vereinbart wird. Das trifft zu, wenn innerhalb eines Kalenderjahres nicht mehr als



drei Monate oder 70 Arbeitstage als Aushilfe gearbeitet wird. Bei der Feststellung des Jahreszeitraums ist immer vom Beginn der fraglichen Beschäftigung innerhalb des Kalenderjahres rückwärts betrachtet zu prüfen, ob in dieser Zeit bereits Aushilfstätigkeiten verrichtet wurden. Ist dies der Fall, kann nur noch der „Rest“ an verbliebener Zeit bis zu den drei Monaten oder 70 Arbeitstagen als kurzfristige Beschäftigung gearbeitet werden. Wird der zeitliche Rahmen eingehalten, spielt es keine Rolle, wie hoch das Arbeitsentgelt aus der Aushilfsbeschäftigung ist.

Zu beachten ist aber, dass die Aushilfstätigkeit nicht „berufsmäßig“ ausgeübt wird. Darunter versteht man, dass sie nicht von wirtschaftlicher Bedeutung ist, sondern der Charakter der Aushilfe im Vordergrund steht. Beschäftigungen in der Zeit der Arbeitsuche (Bezug von Arbeitslosengeld, beim Jobcenter als arbeitsuchend gemeldet) sind als berufsmäßig anzusehen. Das trifft auch für Schulabgänger zu, außer die Aushilfstätigkeit liegt in der Zeit zwischen Abitur und Studienbeginn.

Erfüllt eine Aushilfe gleichzeitig die Bedingungen für eine geringfügig entlohnte Beschäftigung, ist die Berufsmäßigkeit nicht zu prüfen.

Wenn im Lauf der Aushilfstätigkeit eine Verlängerung vereinbart wird und die Zeitgrenzen dadurch nicht mehr eingehalten werden, tritt mit dem Tag der Vereinbarung Sozialversicherungspflicht ein.

Beiträge fallen für eine kurzfristige Beschäftigung nicht an, auch keine Pauschalbeiträge des Arbeitgebers.

Nähere Informationen zu Minijobs finden Sie unter aok.de/arbeitgeber, **Webcode br70935**.

Meldungen

Für geringfügig Beschäftigte sind grundsätzlich die üblichen Meldungen zur Sozialversicherung abzugeben, also Anmeldung bei Beschäftigungsbeginn, Abmeldung bei Ende der Beschäftigung und entsprechende Entgeltmeldungen. Der Minijobber muss dazu die erforderlichen Angaben machen. Für kurzfristig geringfügig Beschäftigte sind allerdings keine Jahresmeldungen abzugeben.

Eine Besonderheit gibt es auch bei der Beschäftigung im Privathaushalt. Hier nutzt der Arbeitgeber das Haushaltsscheckverfahren, mit dem gleichzeitig Meldungen und Beiträge übermittelt werden.

Die Meldungen erhält die Minijob-Zentrale. Der Minijobber erhält Bescheinigungen über die gemeldeten Daten für seine Unterlagen.

Zusammenfassung

- › Versicherungspflicht kann gegebenenfalls bei Beschäftigten nicht infrage kommen, wenn bestimmte Entgelt- beziehungsweise Zeitgrenzen eingehalten werden:
 - Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung liegt bei einem Arbeitsentgelt bis 450 Euro vor. Der Arbeitgeber zahlt Pauschalbeiträge. Es besteht grundsätzlich Rentenversicherungspflicht.
 - Eine kurzfristige Beschäftigung liegt vor, wenn die Beschäftigungsdauer drei Monate oder 70 Arbeitstage im Kalenderjahr nicht überschreitet. Es fallen keine Beiträge an.

2.3.4. Rentner in einer Beschäftigung

Das Ausscheiden aus einer Beschäftigung und der Eintritt des „Unruhestands“ sind mit großen persönlichen Veränderungen verbunden und haben im Regelfall zur Folge, dass die Haushaltskasse weniger gut gefüllt ist. Aber auch Unternehmen haben ein Interesse an der Weiterbeschäftigung erfahrener und gut ausgebildeter Fachkräfte. So ist es kein Wunder, dass die Zahl der beschäftigten Rentner bereits die Millionengrenze überschritten hat. Die meisten Senioren arbeiten als Minijobber, aber rund ein Fünftel von ihnen ist noch in einer regulären Beschäftigung tätig.

Was müssen Rentner beachten, wenn sie weiterhin einer Beschäftigung nachgehen?

Hinzuverdienstgrenzen

Weiterbeschäftigte Rentner dürfen ohne Einschränkungen hinzuverdienen, wenn sie die Regelaltersgrenze erreicht haben. Das Eintrittsalter in die Regelaltersrente erhöht sich schrittweise in den kommenden Jahren bis auf 67 Jahre, wobei der Geburtsjahrgang 1964 der erste ist, bei dem die Regelaltersrente mit 67 Jahren erreicht ist.

Für die Jahrgänge davor sind unterschiedlich viele Monate auf das Alter von 65 Jahren hinzuzurechnen, zum Beispiel für den Geburtsjahrgang 1957 elf Monate. Wer früher in Rente geht, muss nicht nur mit Abschlägen rechnen, sondern auch bei einer Weiterbeschäftigung Hinzuverdienstgrenzen beachten. Der Hinzuverdienst beträgt maximal 6.300 Euro jährlich (monatlich 525 Euro). Liegt der Verdienst höher, wird die Rente gekürzt und als Teilrente gewährt.

Beiträge und Versicherung

Bei weiterbeschäftigten Rentnern gelten einige Besonderheiten. Beschäftigte Altersvollrentner sind bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze rentenversicherungspflichtig. Nach Erreichen der Regelaltersgrenze tritt Rentenversicherungsfreiheit ein, wobei der Arbeitgeber trotzdem seinen Arbeitgeberanteil zu entrichten hat. Auf die Rentenversicherungsfreiheit kann der Altersvollrentner verzichten. Er muss dies gegenüber seinem Arbeitgeber erklären.

In der Arbeitslosenversicherung hatte der Arbeitgeber ab dem Zeitpunkt des Erreichens der Regelaltersgrenze ebenfalls den Arbeitgeberanteil zu entrichten. Diese Regelung ist, befristet bis zum 31. Dezember 2021, allerdings nicht anzuwenden. Weil Rentner keinen Anspruch auf Krankengeld haben, wenn sie während der Weiterbeschäftigung arbeitsunfähig erkranken, werden die Beiträge aus der Beschäftigung zur Krankenversicherung nach dem ermäßigten Beitragssatz berechnet. In der Pflegeversicherung besteht weiterhin Pflicht, ohne dass beitragsmäßige Besonderheiten auftreten.

2.4. Versicherung von Studenten und Praktikanten

2.4.1. Studenten

Solange eine akademische Ausbildung absolviert wird, sollen die Studenten und Praktikanten unter günstigen Konditionen in die Sozialversicherung einbezogen werden. Meist ist der finanzielle Etat karg bemessen, weshalb der Aufwand für die soziale Absicherung möglichst begrenzt werden soll. Die AOK bietet einen günstigen und umfassenden Versicherungsschutz und sie hilft an allen größeren Hochschulstandorten direkt auf dem Campus bei den unvermeidlichen Formalitäten.

Versicherungspflicht während des Studiums

Mit der Einschreibung an einer staatlich anerkannten Hochschule oder Fachhochschule ist grundsätzlich der Eintritt von Versicherungspflicht verbunden. Dazu kann zwischen der AOK des Wohnorts oder der AOK des Hochschulorts gewählt werden. Die AOK stellt eine Versicherungsbescheinigung aus. Diese muss bei der Hochschule vorgelegt werden. Ohne diese Bestätigung über einen bestehenden Krankenversicherungsschutz ist eine Einschreibung nicht möglich. Die Bescheinigung ist auch wichtig, wenn ein Antrag auf BAföG gestellt wird.

Nach der Einschreibung meldet die Hochschule den Studenten bei der AOK an und der Versicherungsschutz ist gewährleistet. Wenn der Student bisher privat krankenversichert war, kann der bestehende Vertrag durch den Eintritt der Versicherungspflicht sofort gekündigt werden. Die Versicherung endet mit der Meldung der Hochschule über die Exmatrikulation. Es ist wichtig, das zu beachten, wenn der Studiengang gewechselt wird. Dann ist wieder bei der Neuimmatrikulation das gleiche Verfahren des Nachweises und der Anmeldung zu beachten.

Die Versicherungspflicht als Student endet im Regelfall mit Vollendung des 30. Lebensjahres. Aus persönlichen oder anderen Gründen ist eine Verlängerung der Versicherung möglich.

Wird das Studium auch über das 30. Lebensjahr hinaus fortgesetzt, kann die Absicherung über eine freiwillige Krankenversicherung bei der AOK weiterhin zu günstigen Konditionen erfolgen.



Zum Thema „Beschäftigung von Studenten“ bietet die AOK ein kostenfreies Online-Training an.

aok.de/fk/online-trainings

Studentische Krankenversicherung

Die Beiträge sollen die besondere wirtschaftliche Lage der Studierenden berücksichtigen. Deshalb wird als Bemessungsgrundlage der aktuell gültige BAföG-Regelsatz angewendet. Dazu kommt ein besonders ermäßigter Beitragssatz, sodass seit 1. Oktober 2020 ein Beitrag von 76,85 Euro zuzüglich des individuellen Zusatzbeitrags der jeweiligen Krankenkasse zu zahlen ist. Zur Pflegeversicherung werden bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres 22,94 Euro fällig und danach, sofern keine Kinder vorhanden sind, 24,82 Euro. Für Empfänger von BAföG wird ein Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung gezahlt.

Für die Zahlung der Beiträge ist der Student selbst verantwortlich. Wenn der AOK eine Abbuchungsermächtigung erteilt wird, werden die Beiträge monatlich abgebucht, ansonsten ist jeweils der für ein ganzes Semester anfallende Beitrag im Voraus zu zahlen. Die Abbuchung ist also durchaus sinnvoll, weil sich die finanzielle Belastung gleichmäßiger verteilt.

Beitragsfreie Alternative

Studierende sollen sich vorrangig auf die Ausbildung konzentrieren können. Deshalb wird zugunsten dieses Personenkreises das ansonsten für das Sozialrecht typische Prinzip der Vorrangigkeit von Versicherungspflicht durchbrochen. Wenn eine Familienversicherung über die Eltern oder über den Ehegatten beziehungsweise gleichgeschlechtlichen Lebenspartner möglich ist, können Studierende über diese beitragsfreie Alternative kranken- und pflegeversichert werden. Das gilt bei einer Versicherung über die Eltern längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. Auch hier können ausbildungsbedingte oder persönliche Verlängerungstatbestände vorliegen, über die die AOK-Studentenberater rechtzeitig informieren.

Die Familienversicherung ist allerdings an bestimmte Einkommensgrenzen gebunden. Werden diese Grenzen überschritten, endet die Familienversicherung und es tritt wieder die studentische Pflichtversicherung ein.

Jobben während des Studiums

Besonders in den großen Hochschulstandorten reicht die elterliche oder staatliche Unterstützung häufig nicht aus, um alle während des Studiums anfallenden Kosten tragen zu können. Deshalb wird gern neben dem Studium gejobbt. Es ist leichter, einen Job zu finden, wenn auch der Arbeitgeber in Bezug auf Beiträge und Abgaben von der Einstellung eines Studenten profitieren kann. Deshalb sind Beschäftigungen von „ordentlich Studierenden“ versicherungsfrei, mit Ausnahme der Rentenversicherung.

Was bedeutet nun der Begriff „ordentlich Studierender“? Es kommt bei der Beurteilung, ob eine Beschäftigung als Werkstudent versicherungsfrei bleibt, vor allem darauf an, dass das Studium im Vordergrund der Tätigkeiten steht. Dieses Kriterium wird im Allgemeinen erfüllt, wenn

- › die Arbeitszeit der Beschäftigung nicht mehr als 20 Stunden pro Woche beträgt oder
- › die Beschäftigung von vornherein auf nicht mehr als drei Monate befristet ist oder
- › die Beschäftigung ausschließlich während der Semesterferien ausgeübt wird.

Das Studium steht auch dann im Vordergrund, wenn zwar mehr als 20 Stunden in der Woche gearbeitet wird, dies aber vorrangig in der vorlesungsfreien Zeit am Wochenende oder in den Abendstunden geschieht. Allerdings ist dann nicht vom Erscheinungsbild eines Studenten zu sprechen, wenn die Wochenarbeitszeit mehr als 20 Stunden beträgt und diese Beschäftigung ohne zeitliche Befristung ausgeübt wird oder auf einen Zeitraum von mehr als 26 Wochen befristet ist.

Werden die Voraussetzungen eines Werkstudenten erfüllt, fallen lediglich Beiträge zur Rentenversicherung an. Der Arbeitgeber meldet seinen beschäftigten Studenten zur AOK mit einem besonderen Personengruppenschlüssel an. Doch Vorsicht: Das Arbeitsentgelt zählt als Einkommen und kann deshalb zum Ausschluss einer beitragsfreien Familienversicherung führen. Es ist also zu prüfen, ob das erzielte Entgelt den Vorteil der beitragsfreien Versicherung aufwiegt. Ganz unkritisch sind geringfügig entlohnte Jobs, denn die Grenze von 450 Euro ist in jedem Fall unschädlich für das Bestehen der Familienversicherung. Während eines Urlaubssemesters steht allerdings das Studium nicht im Vordergrund; in dieser Zeit ausgeübte mehr als geringfügig entlohnte Beschäftigungen werden immer versicherungspflichtig.

Damit der Arbeitgeber einen Werkstudenten beschäftigen kann, benötigt er für seine Entgeltunterlagen eine aktuelle Studienbescheinigung.

2.4.2. Praktikanten

Praktika haben vielfältige Funktionen: Sie können dem Erwerb berufspraktischer Kenntnisse im Rahmen eines Studiums oder anderer Ausbildungsformen dienen, sie können erste Einblicke in einen Beruf ermöglichen und somit die Berufswahl unterstützen, sie können nach der Ausbildung die Vertiefung praktischer Fertigkeiten ermöglichen oder einfach nur eine Wartezeit bis zum Beginn einer Tätigkeit überbrücken. Aufgrund dieser Vielfalt sind Praktika sehr unterschiedlich in Bezug auf ihre sozialversicherungsrechtliche Beurteilung anzusehen.

So gibt es unterschiedliche Regelungen, ob ein Praktikum vor oder nach der Ausbildung oder im Verlauf der Ausbildung absolviert wird.

Von Bedeutung ist außerdem, ob das Praktikum ein in der Studien- oder Ausbildungsordnung vorgeschriebener Bestandteil der Ausbildung ist oder nicht. Die Krankenversicherung der Praktikanten ist allerdings auf die Vollendung des 30. Lebensjahres begrenzt. Um ein vorgeschriebenes Praktikum handelt es sich auch, wenn das Praktikum über die vorgeschriebene Mindestdauer hinausgeht, aber weiterhin der Zusammenhang zwischen Praktikum und Studium gegeben ist. Es kann auch eine Rolle spielen, ob im Praktikum ein Arbeitsentgelt gezahlt wird und wie hoch dieses ist.

Vor- und Nachpraktikum

Ist das Vor- oder Nachpraktikum vorgeschrieben, gilt es als Beschäftigung zur Berufsausbildung und führt zur Versicherungspflicht in allen Sozialversicherungszweigen, wenn ein Entgelt gezahlt wird. Eine geringfügige Beschäftigung ist dann ausgeschlossen. Übersteigt das Entgelt 325 Euro nicht, gilt die Regelung für Geringverdiener und der Arbeitgeber trägt die Beiträge allein.

Wird hingegen kein Arbeitsentgelt gezahlt, gilt:

- › Kranken- und Pflegeversicherung: besondere Versicherungspflicht als Praktikant; Familienversicherung hat Vorrang
- › Renten- und Arbeitslosenversicherung: Versicherungspflicht als zur Berufsausbildung Beschäftigter, der Arbeitgeber zahlt aus einem fiktiven Entgelt Beiträge

In einem nicht vorgeschriebenen Praktikum gelten grundsätzlich die Regeln für eine versicherungspflichtige Beschäftigung. Die Vorschriften für geringfügige Beschäftigungen sind anwendbar. Wenn das Praktikum nur zeitlich begrenzt absolviert wird, kann es sich um eine kurzfristige Beschäftigung handeln. Überschreitet in einem länger dauernden Praktikum das Entgelt die 450-Euro-Grenze nicht, gilt es als geringfügig entlohnte Beschäftigung. Ist das alles nicht zutreffend, handelt es sich um eine ganz normale Beschäftigung als Arbeitnehmer.

Wird hingegen kein Entgelt gezahlt, fehlt es an der Arbeitnehmereigenschaft und das Praktikum ist generell versicherungsfrei. Weil das Praktikum nicht integrierter Bestandteil der Ausbildung ist, kommt eine Versicherung als Praktikant nicht infrage.

Zwischenpraktikum

Wird ein Praktikum während der Ausbildung absolviert, ist es ein sogenanntes Zwischenpraktikum. Wenn es vorgeschrieben, also integrierter Bestandteil der Ausbildung ist, bleibt es in der Renten- und Arbeitslosenversicherung immer versicherungsfrei. In der Kranken- und Pflegeversicherung besteht entweder Versicherungspflicht als Student oder eine mögliche Familienversicherung hat Vorrang. Wird Arbeitsentgelt gezahlt, muss der Arbeitgeber Umlagebeträge zahlen. Für den Praktikanten hat das allerdings keine Bedeutung.

Bei einem nicht vorgeschriebenen Zwischenpraktikum gelten die Regelungen für Werkstudenten und für geringfügige Beschäftigungen. Wenn also das Studium während des Praktikums nicht im Vordergrund steht, weil dies viel mehr Zeit in Anspruch nimmt als das Studium, liegt eine Beschäftigung vor, die nur dann nicht zur Versicherungspflicht führt, wenn sie die Bedingungen einer geringfügigen Beschäftigung erfüllt.

Schüler in Unternehmen

Zur Berufsorientierung finden von den Schulen initiierte praktische Wochen in Betrieben und Einrichtungen statt. In dieser Zeit wird lediglich der Unterricht in die betriebliche Praxis verlegt. Ein Beschäftigungsverhältnis liegt hier nicht vor. Anders liegt der Fall, wenn Schüler in den Ferien ihr Taschengeld aufbessern wollen.

Die Beschäftigung von Schülern unterliegt den strengen Regeln des Jugendarbeitsschutzgesetzes. So ist die Arbeitszeit begrenzt, Nachtarbeit ist nicht erlaubt. Der Arbeitgeber benötigt für den Nachweis der Schülereigenschaft eine Schulbescheinigung. Im Sinn der Sozialversicherung werden Schülertätigkeiten grundsätzlich der normalen Beschäftigung von Arbeitnehmern gleichgestellt. Allerdings sind Schüler an allgemeinbildenden Schulen bis zum Ende der Schulzeit nicht arbeitslosenversicherungspflichtig. Abgesehen von den Begrenzungen, die der Jugendarbeitsschutz erfordert, gelten bei Schülertätigkeiten auch die Regelungen für geringfügig entlohnte Beschäftigungen. Eine kurzfristige Beschäftigung kommt nur für Schulabgänger infrage, wenn der Job zwischen Schulentlassung und Studium ausgeübt wird. Ansonsten gelten die Tätigkeiten als berufsmäßig ausgeübt, sodass eine kurzfristige Beschäftigung ausgeschlossen ist.

Anwendung des Mindestlohns

In Deutschland gilt ein gesetzlicher Mindestlohn. Seit dem 1. Januar 2021 beträgt er 9,50 Euro (ab 1. Juli 2021 9,60 Euro) pro Arbeitsstunde. Für eine Reihe der vorgenannten Personengruppen gelten dabei Ausnahmen.

So ist der Mindestlohn nicht anzuwenden:

- › Im Rahmen von Praktika, die in der Ausbildungsordnung oder durch andere Regelungen vorgeschrieben sind
- › In Praktika zur Orientierung auf eine Berufs- oder Hochschulausbildung, wenn ihre Dauer drei Monate nicht überschreitet
- › In begleitenden Praktika während einer Berufs- oder Hochschulausbildung bis zur Dauer von drei Monaten
- › Im Rahmen von Einstiegsqualifizierungen der Arbeitsförderung
- › Bei Jugendlichen unter 18 Jahren ohne abgeschlossene Berufsausbildung

Davon sind also viele Praktika und vor allem die Ferienjobs der Schüler betroffen. Ein Rechtsanspruch auf die Zahlung des Mindestlohns liegt in diesen Fällen nicht vor.

Seit 1. Januar 2021
gilt in Deutschland ein
gesetzlicher Mindest-
lohn von
9,50
Euro
(ab 1. Juli 9,60 Euro).

Zusammenfassung

- › Für die Krankenversicherung von Studenten gelten besondere Regelungen, die einen kostengünstigen Versicherungsschutz gewährleisten. Wenn Studenten neben dem Studium jobben, sind teilweise von normaler Beschäftigung abweichende Grundsätze zu beachten.
- › Gleiches gilt auch für Praktikanten oder Schüler. Bei diesen Beschäftigten gelten oft auch Ausnahmen bei der Anwendung des Mindestlohns.

2.5. Zuwanderung nach Deutschland

Bereits seit vielen Jahren ist Deutschland als Einwanderungsland anerkannt und beliebt. Das liegt nicht allein an der stabilen Wirtschaft und am anerkannt leistungsfähigen Sozialsystem, sondern auch daran, dass das Land selbst einiges tut, um Zuwanderung zu fördern. Das wiederum hat seine tiefe Ursache in der demografischen Entwicklung in den letzten Jahrzehnten. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Bedarf der Wirtschaft an Fachkräften ohne Zuwanderung nicht gedeckt werden kann. Einer Studie zufolge kann sich der Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung zwar nicht verhindern, aber durch stabile Einwanderungsquoten verlangsamen lassen. Voraussetzung für das Eintreten einer solchen Voraussage ist aber, dass bis 2030 wenigstens 300.000 Zuwanderer pro Jahr nach Deutschland kommen. Andere Studien, wie zum Beispiel der OECD, kommen zu ähnlichen Ergebnissen mit allerdings unterschiedlichen Zahlenwerten. In der Wirtschaft zeigen sich die Folgen der Entwicklung darin, dass Stellen mit mittleren, aber ausgeprägt fachpraktischen Anforderungen und zunehmend mehr Lehrstellen nicht besetzt werden können. Unter dem Strich bleibt: Deutschland braucht die Zuwanderung.

Gesetzliche Regelungen sollen die Zuwanderung fördern - nicht nur aus der EU.

Die Beschäftigungsverordnung erleichtert die Zuwanderung von Fachkräften in Ausbildungsberufen. Voraussetzungen für die Zulassung dieser Fachkräfte sind, dass der im Ausland erworbene Berufsabschluss gemäß dem Anerkennungsgesetz mit einer deutschen Ausbildung gleichwertig ist und der Beruf in die „Positivliste“ von Engpassberufen der BA aufgenommen ist. Damit wird vor allem Fachkräften außerhalb der EU-Länder der Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt erleichtert. Durch das Ausländerbeschäftigungsförderungsgesetz, das Gesetz über Duldung bei Ausbil-

dung und Beschäftigung sowie zuletzt durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz wurden weitere Möglichkeiten zur Integration geschaffen.

Die AOK unterstützt die Unternehmen bei der Einstellung ausländischer Arbeitnehmer und vermittelt wichtige Kenntnisse, zum Beispiel über die Anerkennung ausländischer Berufs- und Ausbildungsabschlüsse in Deutschland sowie über zwischenstaatliches Recht auf dem Gebiet der Sozialversicherung.

Für Zuwanderer hält die AOK wichtige Informationen bereit, unter welchen Bedingungen der Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland möglich ist, was für eine Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis erforderlich ist und wie die soziale Sicherung der Zuwanderer ermöglicht wird, inklusive der erforderlichen Formulare und Anträge. Dazu gibt es Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen.

Auch geflüchtete Menschen sollen mittel- bis langfristig einen Beitrag zur Fachkräftesicherung leisten.



Mehr AOK-Informationen finden Sie unter aok.de/arbeitgeber > **Sozialversicherung** > **Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer** sowie in der Broschüre „Fachkräfte aus dem Ausland“ der Reihe **gesundes unternehmen**.



3. Krankheit und Entgeltfortzahlung

Beruf und Ausbildung unterliegen einem wesentlichen Grundsatz: Der Arbeitnehmer oder Auszubildende erbringt seine Arbeitsleistung und erhält als Gegenleistung ein Arbeitsentgelt. Was aber, wenn die Arbeitsleistung infolge einer Erkrankung nicht erbracht werden kann? Die Absicherung erkrankter Arbeitnehmer ist ein wesentlicher Bestandteil der sozialen Sicherungssysteme und verhindert, dass Menschen unverschuldete in Not geraten, wenn sie erkrankt sind.

Wer gegen Arbeitsentgelt abhängig beschäftigt ist, hat in aller Regel Anspruch auf Krankengeld, das bei Arbeitsunfähigkeit den ausfallenden Verdienst ersetzen soll. Die AOK zahlt dieses Krankengeld aus und berät darüber hinaus umfassend über Maßnahmen, die eine schnelle Genesung fördern können.

Bevor aber Krankengeld gezahlt wird, sind die Arbeitgeber verpflichtet, für einen bestimmten Zeitraum das Arbeitsentgelt so weiterzuzahlen, als würde der Beschäftigte weiterhin seine Arbeitsleistung erbringen. Das ist im Entgeltfortzahlungsgesetz vorgeschrieben. Das Gesetz gibt die Mindestanforderungen vor, es können aber Tarifpartner im Rahmen von Tarifverträgen oder innerhalb betrieblicher Vereinbarungen für Arbeitnehmer günstigere Bedingungen schaffen. Solange das Arbeitsentgelt fortgezahlt wird, ruht der Anspruch auf Krankengeld. Die Aufwendungen der Arbeitgeber für die Weitergewährung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall sind hoch. Jährlich entstehen hierfür bundesweit Kosten in Höhe von etwa 40 Milliarden Euro.

3.1. Entgeltfortzahlung

Alle Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland haben grundsätzlich - unabhängig vom Umfang der wöchentlich oder monatlich zu leistenden Arbeitszeit - Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bis zu einer Dauer von sechs Wochen. Dieser Anspruch besteht allerdings nur, wenn die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten ist. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung entsteht erst, wenn das Arbeitsverhältnis vier Wochen ununterbrochen bestanden hat.

Die Krankheit muss so schwerwiegend sein, dass sie die Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Arbeitsunfähig wiederum ist ein Arbeitnehmer, wenn er die arbeitsvertraglich vereinbarte Arbeitsleistung als Folge der Krankheit nicht mehr erbringen oder ihm diese nicht zugemutet werden kann. Dies ist bereits der Fall, wenn die Gefahr besteht, dass sich die Krankheit verschlimmert oder ein Rückfall eintritt. Auch eine ärztlich verordnete Operation oder die Nachbehandlung einer Operation (zum Beispiel operatives Entfernen von Fäden und Nägeln) stellt den Grund für eine Arbeitsunfähigkeit dar. Eine Krankheit liegt nicht vor, wenn zum Beispiel eine Schönheitsoperation allein aus kosmetischen Gründen und nicht etwa zur Beseitigung eines psychischen Leidenszustands durchgeführt wird.

Entgeltfortzahlung wegen Krankheit kann nur beansprucht werden, wenn die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit die alleinige Ursache für die Arbeitsverhinderung ist. Ist ein Arbeitnehmer bereits aus anderen Gründen an der Erbringung seiner Arbeit gehindert, zum Beispiel während der Elternzeit, besteht auch kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung.

Der Anspruch entsteht bei mehrfacher Erkrankung für jede einzelne Erkrankung für längstens sechs Wochen. Wenn dieselbe Erkrankung erneut auftritt, zahlt der Arbeitgeber nur für insgesamt sechs Wochen das Entgelt fort. Die AOK teilt dem Arbeitgeber dabei eventuell anrechenbare Vorerkrankungen mit.

Die Höhe des Entgeltfortzahlungsanspruchs richtet sich nach der Vergütung, die der Arbeitnehmer normalerweise (ohne Arbeitsunfähigkeit) erhalten hätte. Alle Arbeitnehmer erhalten im Krankheitsfall und bei notwendigen Kuren 100 Prozent ihres Arbeitsentgelts. Von der Entgeltfortzahlung ausgenommen ist das für Überstunden gezahlte Arbeitsentgelt.

Besonderheit: Wenn eine versicherungspflichtige Beschäftigung zum Beispiel nur für acht Wochen vereinbart wird, dann besteht in dieser Beschäftigung kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für sechs Wochen (weil dieser erst nach vier Wochen Beschäftigung entsteht). Die Folge: Es entsteht in dieser Beschäftigung kein Anspruch auf Krankengeld, es ist nur der ermäßigte Beitragssatz zur Krankenversicherung anzuwenden.

3.2. Anzeige der Erkrankung

Jeder Arbeitnehmer muss seinem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit sowie die voraussichtliche Dauer unverzüglich anzeigen. Dies kann ohne Einhaltung einer bestimmten Form geschehen. Im Allgemeinen erfolgt sie fernmündlich oder mündlich. Der Arbeitnehmer ist nicht verpflichtet, den Arbeitgeber über die Art der Erkrankung und die Krankheitssymptome zu unterrichten. Deshalb besteht der „Krankenschein“ aus zwei Teilen, dem für den Arbeitgeber und dem für die AOK. Nur auf dem Teil für die AOK ist die Diagnose erkennbar.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, so ist der kranke Arbeitnehmer verpflichtet, dem Arbeitgeber spätestens am darauffolgenden Arbeitstag eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen (Nachweispflicht). Der Arbeitgeber kann die Bescheinigung auch früher verlangen. Diese muss auch die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit beinhalten. Bei andauernder Arbeitsunfähigkeit (über die zuerst bescheinigte Dauer hinaus) muss dem Arbeitgeber eine weitere ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden.

Zum 1. Oktober 2021 wurde die elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom Arzt zur AOK realisiert. Ab 1. Juli 2022 folgt die elektronische Umsetzung von der AOK zum Arbeitgeber.

Die Anzeigepflicht gilt auch dann, wenn die Erkrankung im Ausland, zum Beispiel während des Urlaubs, eintritt. Dauert sie länger als drei Tage, muss eine ärztliche Bestätigung auch im Ausland eingeholt werden.

Wer es versäumt, eine Arbeitsunfähigkeit seinem Arbeitgeber mitzuteilen, verstößt gegen eine grundlegende arbeitsvertragliche Pflicht. Dies kann weitreichende Folgen haben:

- › Solange die Anzeige nicht erfolgt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung verweigern, bei späterer Vorlage entsteht der Anspruch aber rückwirkend.
- › Entsteht dem Arbeitgeber aus der unentschuldigtem Abwesenheit Schaden, kann er Ersatzansprüche geltend machen.
- › Im Wiederholungsfall kann das Unterlassen der Information des Arbeitgebers ein Kündigungsgrund sein. Vor Ausspruch einer Kündigung muss der Arbeitnehmer aber in der Regel abgemahnt werden.

Wenn der Arbeitgeber nicht zahlt

Bei unterlassener Anzeige der Erkrankung oder wenn der Arbeitgeber erhebliche Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit hat, kann die Entgeltfortzahlung ausbleiben. Der Arbeitnehmer ist in solchen Fällen dennoch abgesichert, denn die AOK zahlt dann zunächst Krankengeld. Damit erhält der Beschäftigte 90 Prozent seines Nettoverdiensts. In Höhe des gezahlten Krankengelds geht aber der Anspruch auf Entgeltfortzahlung auf die Krankenkasse über. Das bedeutet: Wenn der Arbeitgeber später das Entgelt doch fortzahlt, ersetzt er zunächst der Krankenkasse das ausgezahlte Krankengeld, der Arbeitnehmer erhält dann die Differenz bis zum vollen Nettoentgelt.

Wird die Arbeitsunfähigkeit durch einen Dritten verschuldet, muss der Arbeitnehmer seinen Schadenersatzanspruch an den Arbeitgeber abtreten, denn er hat ja vorrangig den Verdienstausfall beglichen.

Entgeltfortzahlung in anderen Fällen

Wenn eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme, zum Beispiel eine Kur in einer Kureinrichtung, in Anspruch genommen wird, gelten für die Entgeltfortzahlung die gleichen Grundsätze wie bei einer Erkrankung. Spendet ein Arbeitnehmer Organe, Gewebe oder Blut, so hat er ebenfalls Anspruch auf die Fortzahlung des Entgelts, solange er wegen der Entnahme selbst und der damit verbundenen Folgeerscheinungen an der Arbeit gehindert ist. Der Arbeitgeber kann sich diese Aufwendungen von der Krankenkasse erstatten lassen, bei der der Empfänger versichert ist.

Übrigens: Das Entgeltfortzahlungsgesetz gilt nicht nur für erkrankungsbedingte Ausfallzeiten, sondern regelt auch die Weiterzahlung des Entgelts an gesetzlichen Feiertagen.

3.3. Ersatz der Arbeitgeberaufwendungen

Leistet ein Arbeitgeber Entgeltfortzahlung wegen Erkrankung eines Arbeitnehmers, so fallen Kosten an, ohne dass eine entsprechende Arbeitsleistung erbracht wurde. Es fehlen ihm also die Erlöse oder Erträge, die aus der Arbeitsleistung heraus entstehen. Besonders in kleineren Unternehmen kann das zu ernststen Engpässen führen. Über das Aufwendungsausgleichsgesetz wird diese Überlastung aufgefangen.

Bei der AOK gibt es deshalb für alle bei ihr versicherten Arbeitnehmer eine Umlagekasse, die die Aufwendungen der Arbeitgeber bei Krankheit des Arbeitnehmers zum großen Teil ausgleicht (Umlagekasse U1).

Hinweis: Die Aufwendungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden grundsätzlich allen Arbeitgebern unabhängig von der Beschäftigtenzahl erstattet (Umlagekasse U2).

3.3.1. Teilnahme am Ausgleichsverfahren

Alle Unternehmen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigen, müssen an der Umlage U1 teilnehmen. Bei der Feststellung, wie viele Arbeitnehmer regelmäßig beschäftigt sind, werden Teilzeitbeschäftigte nur anteilig, Auszubildende gar nicht einbezogen. In der Regel stellen die Unternehmen ihre Teilnahmepflicht selbst fest. Bei Unklarheiten unterstützt die AOK über ihre Firmenkundenberater oder mit dem Umlagepflichtrechner unter aok.de/fk/tools bei dieser Feststellung. Arbeitgeber der öffentlichen Hand nehmen an diesem Verfahren nicht teil, da bei ihnen kein finanzielles Risiko durch die Entgeltfortzahlung entstehen kann.

3.3.2. Finanzierung

Die Umlage ist eine reine Arbeitgebersversicherung. Die Arbeitnehmer sind an der Aufbringung der Mittel nicht beteiligt. Nach einem Umlagesatz, der in der Satzung der Umlagekasse der AOK festgelegt wird, zahlt jeder beteiligte Arbeitgeber einen Betrag, der nach den rentenversicherungspflichtigen Entgelten aller Arbeitnehmer bemessen wird. Diese Umlage wird im Beitragsnachweis erfasst und zusammen mit den übrigen Beiträgen zur Sozialversicherung überwiesen. Die AOK verwaltet diese Mittel als Sondervermögen und leistet daraus die beantragten Erstattungen an die Arbeitgeber.

3.3.3. Erstattungen aus der Umlagekasse U1

Die AOK bietet gestaffelte Umlagesätze an. Je nach individuellem Risiko zahlt der Arbeitgeber nach einem unterschiedlichen Satz in die Umlagekasse U1 ein und erhält dafür einen entsprechenden Prozentsatz seiner Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung als Erstattung zurück. Die Erstattung muss beantragt werden.

Dazu dient ein maschinelles Verfahren, mit dem der Arbeitgeber seinen Antrag übermittelt. Er weist dabei die Zahl der Erkrankungstage und das fortgezahlte Entgelt nach. Die AOK ermittelt den Erstattungsbetrag und überweist diesen dem Arbeitgeber.

Der Arbeitgeber muss mit seinem Antrag nicht unbedingt auf das Ende der Entgeltfortzahlung warten, er kann auch zwischendurch einen Teilbetrag abrufen. Voraussetzung ist lediglich, dass das zu erstattende Entgelt bereits an den Arbeitnehmer ausgezahlt wurde.

Zusammenfassung

- › Im Fall einer Erkrankung sind Arbeitnehmer finanziell abgesichert.
- › Die AOK zahlt bei Arbeitsunfähigkeit wegen einer Erkrankung als Ersatz für das ausfallende Arbeitsentgelt ein Krankengeld. Vorher zahlt der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt so weiter, als wäre der Arbeitnehmer weiterhin tätig.
- › Der Arbeitnehmer muss die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit dem Arbeitgeber schnellstmöglich mitteilen.
- › Die AOK zahlt nicht nur Krankengeld, sondern unterstützt die schnelle Genesung durch geeignete Maßnahmen.



4. Mutterschutz und Elternzeit

Dem Schutz des werdenden Lebens kommt eine hohe gesellschaftliche Bedeutung zu, das gilt besonders in der Arbeitswelt. Dort gilt für werdende Mütter eine ganze Reihe von Vorschriften, die der Gesundheit der Mutter und dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen. Aber auch der Erhalt des Arbeitsplatzes und die finanzielle Absicherung sind gesetzlich normiert. Daran schließt sich die weitere staatliche Förderung an, die den jungen Eltern Zeit und finanzielle Unterstützung bei der Betreuung von Kindern bietet.

4.1. Beschäftigung und Mutterschutz

Für schwangere Frauen und stillende Mütter, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, gilt das

Mutterschutzgesetz. Es beinhaltet einen weitreichenden Kündigungsschutz während der Schwangerschaft und Mutterschaft. Endet das Arbeitsverhältnis aber aufgrund einer Befristung, greift dieser Sonderkündigungsschutz nicht.

Deshalb ist es wichtig, dass der Arbeitgeber frühzeitig über die eingetretene Schwangerschaft und den voraussichtlichen Termin der Entbindung informiert wird. Dabei geht es nicht allein um den Kündigungsschutz, sondern auch um die Gestaltung der Arbeitsbedingungen. So sind zum Beispiel das Heben schwerer Lasten, der Umgang mit gefährdenden Stoffen und Materialien, Akkordarbeit und vieles mehr auszuschließen. Der Arbeitgeber muss der Schwangeren gegebenenfalls einen anderen Arbeitsplatz anbieten, der keine Gefährdungen für Mutter und Kind befürchten lässt.

Der Arbeitgeber seinerseits muss die Schwangerschaft von Arbeitnehmerinnen einer Aufsichtsbehörde, die den Mutterschutz überwacht, anzeigen.

4.1.1. Mutterschaftsgeld

Für werdende Mütter in einer Beschäftigung gilt eine Schutzfrist für die Zeit von sechs Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und acht Wochen nach der Entbindung. Bei medizinisch begründeten Komplikationen sowie bei Früh- und Mehrlingsgeburten verlängert sich die Schutzfrist auf zwölf Wochen nach der Entbindung. Für diese Zeit zahlt die AOK Mutterschaftsgeld. Die werdende Mutter sollte sich daher rechtzeitig bei den Kundenberatern der AOK melden, um die Zahlung zu beantragen. Dazu wird ein ärztliches Zeugnis über den voraussichtlichen Entbindungstermin benötigt. Die AOK berechnet dann die Schutzfrist und weist die Zahlung für das Mutterschaftsgeld an. Dieses beträgt kalendertäglich 13 Euro. Gleichzeitig informiert sie den Arbeitgeber über den Verlauf der Schutzfrist. Dies ist wichtig, denn der Arbeitgeber zahlt die Differenz bis zum Nettolohn dazu, sodass keine finanziellen Einbußen entstehen.



Unseren Fristenrechner finden Sie unter aok.de/arbeitgeber, Webcode **br70913**.

4.1.2. Beschäftigungsverbote

Das Mutterschutzgesetz beschreibt die allgemeinen Beschäftigungsverbote innerhalb des fortdauernden Arbeitsverhältnisses und die Anforderungen an die Gestaltung des Arbeitsplatzes. Häufig treten jedoch im Lauf der Schwangerschaft gesundheitliche Beeinträchtigungen der Mutter oder zusätzliche Risiken für das ungeborene Kind auf, die allein mit der Gestaltung des Arbeitsumfelds nicht behoben werden können, insbesondere wenn eine Risikoschwangerschaft vorliegt. Dann sieht das Gesetz individuelle Beschäftigungsverbote vor, die sich allein nach der medizinisch beurteilten Verminderung der Leistungsfähigkeit oder der Gefährdung des Kindes richten.

Für ein solches individuelles Beschäftigungsverbot ist die Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses erforderlich. Es kann vorsehen, dass die Beschäftigung nur eingeschränkt ausgeübt werden kann oder aber eine Weiterbeschäftigung nicht mehr erfolgen darf. Außerdem muss die Einschätzung des Arztes unterscheiden, ob die Arbeitsunfähigkeit allein durch die Schwangerschaft verursacht wird oder ob eine Erkrankung der werdenden Mutter ohne unmittelbare Verursachung durch die Schwangerschaft vorliegt. In letzterem Fall entsteht ein normaler Anspruch auf Entgeltfortzahlung infolge Erkrankung. Ist aber die Schwangerschaft allein ursächlich für den Ausfall von Arbeitsleistung, muss der Arbeitgeber die Schwangere ganz oder teilweise freistellen und einen Mutterschutzlohn zahlen.

Der Mutterschutzlohn stellt steuer- und beitragspflichtiges Arbeitsentgelt dar. Er entspricht in der Regel wenigstens der Höhe des Durchschnittsverdiensts der letzten drei abgerechneten Monate vor Eintritt der Schwangerschaft. Einbußen durch das Verbot der Akkord- und Fließbandarbeit oder der Mehrarbeit, der Sonntags- und Nachtarbeit wirken sich nicht negativ auf die Berechnung aus.

Ähnliches gilt auch, wenn die Mutter wieder arbeitet, aber ihr Kind noch stillt. Dann sollen Einschränkungen in der Arbeitsleistung sowie Ruhe- und Stillpausen keinen Einfluss auf die Höhe der Bezahlung haben.

4.1.3. Erstattungen aus der Umlagekasse U2

Wie bei den Aufwendungen des Arbeitgebers zur Entgeltfortzahlung bei Krankheit gibt es auch für die Aufwendungen aus Anlass von Schwangerschaft und Mutterschaft eine Arbeitgeberversicherung. Auch sie ist im AAG geregelt und heißt Umlage U2. An dieser Umlage nehmen alle Arbeitgeber, mit Ausnahme der öffentlichen Hand, teil, unabhängig von der Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer. Dabei gilt, dass Arbeitgeber auch dann umlagepflichtig sind, wenn sie ausschließlich Männer beschäftigen.

Die Finanzierung der Umlage erfolgt ebenfalls allein durch die Arbeitgeber. Zuständig ist die AOK für alle bei ihr versicherten Arbeitnehmer. Die Umlage wird nach einem Satz berechnet, der in der Satzung der Umlagekasse festgelegt wird. Bemessungsgrundlage der Umlagebeträge ist das rentenversicherungspflichtige Arbeitsentgelt der Beschäftigten. Im Unterschied zur UI werden alle Arbeitsentgelte, die aus Anlass der Schutzfristen und der Beschäftigungsverbote fortgezahlt wurden, sowie die Arbeitgeberanteile der Sozialversicherungsbeiträge zu 100 Prozent erstattet.

Die Beantragung der Erstattung erfolgt über ein maschinelles Verfahren und kann auch Erstattungen für Teilzeiträume beinhalten. Der Arbeitgeber muss also nicht abwarten, bis die Schutzfrist beendet ist.

4.2. Elternzeit

Bei rechtzeitiger Mitteilung schließt sich die Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz unmittelbar an die Mutterschutzfrist an. Nach dem Ende der Schutzfrist können Mütter ihre Arbeit aber auch wiederaufnehmen und die Elternzeit erst zu einem späteren Zeitpunkt antreten. Die Elternzeit ist ein Anspruch von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gegenüber ihrem Arbeitgeber auf Freistellung von der Arbeitsleistung. Die Eltern können die Elternzeit ganz oder zeitweise auch gemeinsam nehmen. Die Elternzeit, die bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes in Anspruch genommen werden soll, muss spätestens sieben Wochen vor ihrem Beginn bei dem Arbeitgeber schriftlich angemeldet werden. Gleichzeitig muss für zwei Jahre verbindlich erklärt werden, für welchen Zeitraum oder für welche Zeiträume die Elternzeit in Anspruch genommen werden soll. Für die Elternzeit gilt ebenfalls ein besonderer Kündigungsschutz.

Ein Teil der Elternzeit kann bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes zurückgestellt werden, um zum Beispiel für die Phase des Schulbeginns des Kindes zur Verfügung zu stehen. Der Anspruch bleibt auch erhalten, wenn zwischenzeitlich der Arbeitgeber gewechselt wird.

Neben leiblichen Kindern kann auch für Adoptivkinder, Pflegekinder sowie Stiefkinder die Elternzeit genutzt werden, wenn sie im gemeinsamen Haushalt leben und überwiegend unterhalten werden. Auch für Enkelkinder kann Elternzeit in Anspruch genommen werden, wenn ein Elternteil minderjährig ist oder sich in einer Ausbildung befindet, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Absicherung während der Elternzeit

Während der Elternzeit besteht ein Anspruch auf Elterngeld, wenn die Betreuung des Kindes im eigenen Haushalt erfolgt. Das Elterngeld kann in den ersten 14 Lebensmonaten des Kindes in Anspruch genommen werden. Dabei kann je ein Elternteil mindestens für zwei und höchstens für zwölf Monate Elterngeld beziehen. Wenn beide Eltern mindestens zwei Monate Elterngeld beantragen, gibt es zwei Bonusmonate obendrauf, allerdings nur dann, wenn auch bei dem anderen Elternteil das Einkommen reduziert wurde. Die 14 Monatsbeträge des Elterngelds können unter den Partnern frei aufgeteilt werden, wenn beide Elternteile die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Es kann auch das Elterngeld nacheinander oder gleichzeitig (dann sieben Monate lang) beansprucht werden. Die Zeiten des Bezugs von Mutterschaftsgeld (und Arbeitgeberzuschuss) werden dabei als Bezugsmonate der Mutter angerechnet.

Das Elterngeld beträgt mindestens 300 Euro und höchstens 1.800 Euro. Es beträgt grundsätzlich 67 Prozent des Einkommens, das in den zwölf Monaten vor der Geburt des Kindes erzielt worden ist. Bei der Mutter werden dabei die Zeiten des Mutterschutzes nicht einbezogen.

Während der Elternzeit ist eine Beschäftigung von bis zu 30 Wochenstunden zulässig. Das dabei erzielte Entgelt vermindert die Grundlage für die Berechnung des Elterngelds. Es werden dann nur noch 67 Prozent aus der Differenz des Teilzeiteinkommens und dem vor der Geburt des Kindes erzielten Einkommens gezahlt.

Das Elterngeld kann relativ flexibel in den ersten Lebensmonaten genutzt werden. Zur Ergänzung und weiteren freien Gestaltung der Kindererziehungszeiten wurden noch das Elterngeld Plus und eine noch flexiblere Elternzeit eingeführt (gilt für Geburten ab dem 1. Juli 2015). Das Prinzip besteht darin, dass beide Elternteile während der Erziehungszeit mindestens vier Monate lang reduziert berufstätig sind und beide ihr Kind gemeinsam erziehen. Dann wird die Bezugsdauer des Elterngelds verdoppelt, aber der Zahlbetrag halbiert. Somit steht den Eltern ein längerer Betreuungszeitraum zur Verfügung. Geplant ist eine Elterngeldreform zum 1. September 2021.

Die Versicherung bei der AOK besteht in dieser Zeit weiter. Werden neben dem Elterngeld keine weiteren Einnahmen erzielt, werden keine Beiträge fällig. Bei freiwilligen Mitgliedern gilt das dann, wenn in dieser Zeit grundsätzlich anstelle der freiwilligen Versicherung eine Familienversicherung durchgeführt werden könnte. Ist das nicht möglich oder sind weitere Einnahmen vorhanden, sind Beiträge zu zahlen.

4.3. Was die AOK während der Schwangerschaft und danach leistet

Die junge Familie ist bei der AOK ganz besonders gut aufgehoben, denn viele Angebote über den gesetzlichen Leistungskatalog hinaus betreffen Fragen und Leistungen rund um Schwangerschaft, Geburt und Kinderbetreuung. Die AOK übernimmt zunächst alle erforderlichen medizinischen Leistungen für den Nachwuchs, die

Betreuung durch eine Hebamme, den stationären Aufenthalt bei der Entbindung und vieles mehr. Zusätzlich können genutzt werden:

- › Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere
- › Kurse zur Geburtsvorbereitung
- › Schwangerschaftsgymnastik
- › AOK-Baby-Telefon
- › Zuschüsse für zusätzliche Untersuchungen während der Schwangerschaft
- › Arzneimittelberatung für Schwangere
- › Ratgeberforum Eltern & Kind
- › AOK-Schwangerschafts-Newsletter
- › Persönliche Beratung vor Ort
- › Medizinische Information am Telefon

Nach der Geburt helfen unsere Kundenberater bei vielen Dingen, die dann zu erledigen sind, wie zum Beispiel bei der Beantragung der Familienversicherung für das Kind oder bei der Versorgung mit Formularen für die Anträge auf Eltern- oder Kindergeld. Ein Leitfaden für werdende Eltern hilft dabei, die erforderlichen Besuche bei Ämtern und Institutionen zu koordinieren.

Auch erweiterte Kinderuntersuchungen in den ersten Lebensjahren sind ein Angebot der AOK.

Zusammenfassung

- › Die AOK kümmert sich ganz besonders um junge Familien. Deshalb sieht sie viele zusätzliche Leistungen für werdende Mütter vor, leistet alles Notwendige im Zusammenhang mit der Geburt und sorgt für die finanzielle Absicherung innerhalb der Schutzfristen.
- › Eltern erhalten von der AOK Hilfe und Unterstützung bei der Nutzung der vielfältigen Regelungen zur Elternzeit und zu deren flexibler Gestaltung zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.



5. AOK-Firmenkundenservice

Die Arbeitgeber-Medien der AOK

Nutzen Sie unseren optimal auf Sie abgestimmten Medien-Mix. Mit maßgeschneiderten Informations- und Serviceangeboten unterstützt die AOK-Medienreihe **gesundes Unternehmen** Sie in Ihrem beruflichen Alltag. Ob das vierteljährlich erscheinende Arbeitgebermagazin oder der monatliche Newsletter, Online-Seminare oder Fachbroschüren - die Arbeitgebermedien der AOK informieren Sie aktuell und kompetent über Änderungen und Wissenswertes aus den Bereichen Sozialversicherung und Gesundheit.

aok.de/fk/medien

5.1. AOK-Magazin

Das Arbeitgebermagazin der AOK bietet viermal jährlich spannende Berichte und Tipps für Ihren unternehmerischen Alltag, Neues aus der Praxis im Personalbüro und Informationen rund um das Betriebliche Gesundheitsmanagement und gesundes Führen.

aok.de/fk/magazin



Sie fragen, wir antworten.

Kostenfreie Antworten auf detaillierte Fragen zum Sozialversicherungsrecht geben Ihnen die Fachleute der AOK in unserem **Expertenforum**.



[aok.de/fk/
expertenforum](https://aok.de/fk/expertenforum)

5.2. AOK-Fachbroschüren

Die AOK-Fachbroschüren sind Ihr zuverlässiges Nachschlagewerk für die tägliche Praxis. Fundierte Informationen auf dem aktuellen Gesetzesstand werden kompakt und praxisnah erläutert. Hier finden Sie alle wichtigen Themen von der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer über Entgeltfortzahlung, Meldungen, Minijobs oder Mutterschutz im handlichen Format aufbereitet. Die AOK-Fachbroschüren werden jährlich erneuert und sind auf dem aktuellen Gesetzesstand. Bestellen oder downloaden können Sie die Broschüren ganz einfach online.

aok.de/fk/broschueren

5.3. AOK-Newsletter

Monatlich hält Ihre AOK Sie per E-Mail auf dem Laufenden und informiert Sie ganz aktuell über wichtige Themen, Trends und Änderungen aus den Bereichen Sozialversicherung, Wirtschaft und Betriebliche Gesundheitsförderung. Da unser Newsletter für die mobile Ansicht optimiert ist, können Sie ihn auch ganz bequem unterwegs auf dem Smartphone lesen.

aok.de/fk/newsletter

5.4. Weiterbildung mit der AOK

Vor-Ort-Seminare

Die AOK bietet eine Vielzahl von fundierten Seminaren mit kompetenten Referenten an. Die Themen decken die Bandbreite der Sozialversicherung ab - von Beiträge über Entgeltfortzahlung bis Meldungen erhalten Sie alle relevanten Informationen für die betriebliche Praxis. So können Sie sich fachlich auf dem Laufenden halten. Einzelseminare zu Standardthemen werden ergänzt durch Spezialseminare zu aktuellen Themen.

Und zum Jahresende machen wir Sie mit unseren Trends & Tipps-Seminaren vor Ort fit für die Herausforderungen im kommenden Jahr.

aok.de/fk/seminare

Online-Seminare

Mit den Online-Seminaren stellen wir Ihnen eine innovative und praxisnahe Plattform für Ihre Weiterbildung zur Verfügung. Die Experten der AOK vermitteln Ihnen online kompetent die wichtigsten Themen aus dem Sozialversicherungsrecht sowie alles Wissenswerte zum Thema Gesundheit in Ihrem Betrieb. Bundesweit bieten wir Ihnen dieses Jahr attraktive Online-Seminare zu den Themen Auswirkungen der Corona-Krise in 2021, Entsendungen, Neuregelungen im maschinellen Meldeverfahren, Minijobs und Basiswissen Sozialversicherung (drei Module).

Auch an den Trends & Tipps-Seminaren zum Jahreswechsel 2021/2022 können Sie bequem online teilnehmen.

aok.de/fk/online-seminare

Online-Seminare als Video

Die Online-Seminare der AOK bieten Ihnen einen kompakten Überblick zu wichtigen Themen aus den Bereichen Sozialversicherung und Betriebliche Gesundheit. Wir zeichnen die aktuellen Online-Seminare für Sie auf. So können Sie sich auch im Nachhinein die wichtigsten Inhalte anschauen.

Online-Trainings

Egal, ob von zu Hause oder aus dem Büro: Die kostenfreien Lernprogramme der AOK bringen Sie beruflich weiter. Verbessern Sie Ihr fachspezifisches Wissen durch abwechslungsreiche, zeitsouveräne und interaktive Lerneinheiten. Lernen Sie in Ihrem eigenen Tempo mit unseren kostenfreien Online-Trainings zu den Themen Betriebliche Altersversorgung, Übergangsbereich, Fachkräfteeinwanderung, Beschäftigung von Studenten und Basiswissen Sozialversicherung. Neu hinzugekommen ist das Online-Training zum Krankenkassenwahlrecht.

aok.de/fk/online-trainings

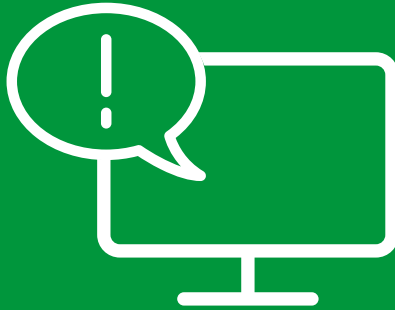


Kennen Sie schon die anderen **Fachbroschüren?**

Von „Beiträge“ über „Minijobs“ bis „Studenten und Praktikanten“ –
die Reihe der **AOK-Fachbroschüren** gesundes **unternehmen** informiert
Sie kostenfrei zu allen Themen der Sozialversicherung. Einfach bestellen
oder downloaden unter:



aok.de/fk/broschueren



Kennen Sie die **Online-Seminare** der AOK?

TERMINE 2021

Februar

Entsendungen

Februar und März

Resilienz

März

Minijobs

April und Mai

Basiswissen Sozialversicherung
(3 Module)

Juni

Erholung und Schlaf

Oktober

Meldeverfahren und elektronische
AU-Bescheinigung

November

Trends & Tipps 2022



Jetzt informieren unter aok.de/fk/online-seminare



Sie wollen über Seminartermine und Themen der Sozialversicherung oder der Betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden?

→ Dann abonnieren Sie unseren kostenlosen Newsletter unter aok.de/fk/newsletter



Sie möchten sich zeit- und ortsunabhängig fortbilden und Ihr fachspezifisches Wissen erweitern?

→ Dann nutzen Sie unsere kostenfreien Online-Trainings unter aok.de/fk/online-trainings



Sie suchen zuverlässige und umfassende Informationen zur Sozialversicherung oder zur Betrieblichen Gesundheitsförderung?

→ Dann recherchieren Sie auf unserer Website aok.de/arbeitgeber