

Lernbrief

Freiwillig Versicherte beraten

5.1 Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

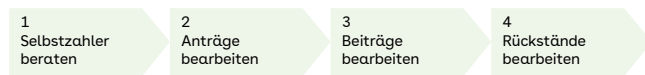
Autor: Christian Roll, AOK Baden-Württemberg

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartner: Sylvia Wiedemann, Tel.: 030 34646-2345,
Cindy Nebe, Tel. 030 34646-2199

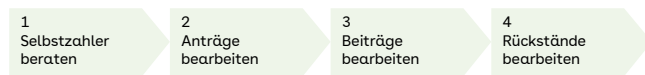
Druck und Vertrieb durch
Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.

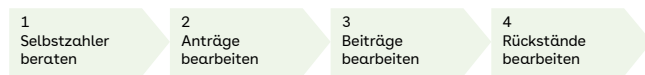


Gliederung

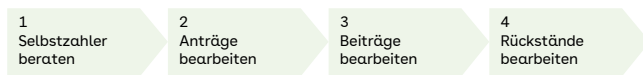
1 Einleitung	4
2 Lernziele	6
3 Versicherungsberechtigung	7
3.1 Voraussetzungen	7
3.2 Übungen zum Lernabschnitt 3	8
4 Unterschiede zwischen der Versicherung bei der AOK und einer privaten Krankenversicherung	9
5 Freiwillige Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung (OAV)	11
5.1 Personenkreis der OAV	12
5.2 Personen, deren Versicherungspflicht endet	13
5.2.1 Arbeitnehmende	14
5.2.2 Leistungsbeziehende nach dem SGB II und dem SGB III	15
5.2.3 Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe	16
5.2.4 Teilnehmende an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	16
5.2.5 Behinderte Menschen	17
5.2.6 Studierende	17
5.2.7 Praktikanten und Praktikantinnen	18
5.2.8 Rentebeziehende und Rentenantragstellende	18
5.2.9 Künstler und Künstlerinnen und Publizisten und Publizistinnen	19
5.2.10 Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V	19
5.3 Personen, deren Familienversicherung endet	20
5.4 Möglichkeiten des Austritts	22
5.4.1 Erklärung des Austritts	22
5.4.2 Verspätete Austrittserklärung	23
5.4.3 Austrittserklärung und Mindestbindungsfristen	23
5.4.4 Nichtvorlage des Nachweises über den anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall	24
5.5 Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung wegen lückenlosem Versicherungsschutz in der GKV	24
5.5.1 Ausschlusstatbestand Versicherungspflicht	25
5.5.2 Ausschlusstatbestand Familienversicherung	25
5.5.3 Ausschlusstatbestand nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V	26



5.5.4 Ausschlusstatbestand für Personen mit ungeklärtem Aufenthaltsort	29
5.6 Übungen zum Lernabschnitt 5	30
6 Versicherungsfreie Berufsanfänger	33
6.1 Frist zur Beitrittsanzeige	34
6.2 Form der Beitrittsanzeige	37
6.3 Zuständige Krankenkasse	38
6.4 Übungen zum Lernabschnitt 6	39
7 Besonderheiten in der sozialen Pflegeversicherung	40
8 Mitgliedschaft	41
8.1 Beginn der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung	41
8.1.1 Beginn der obligatorischen Anschlussversicherung	41
8.1.2 Beginn der Mitgliedschaft bei versicherungsfreien Berufsanfängern	42
8.2 Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung	43
8.2.1 Beginn einer Pflichtmitgliedschaft	43
8.2.2 Wirksamwerden der Kündigung	43
8.2.3 Aufenthaltsort der betroffenen Person ist nicht ermittelbar	46
8.3 Beginn und Ende der Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung	47
8.4 Übungen zum Lernabschnitt 8	47
9 Krankenkassenwahlrechte	49
9.1 Wählbare Krankenkassen	49
9.2 Ausübung des Wahlrechts	50
9.3 Kündigung der freiwilligen Krankenversicherung wegen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung	53
9.4 Zuständige Pflegekasse	54
10 Beiträge freiwilliger Mitglieder	55
10.1 Faktoren für die Beitragsberechnung	55
10.1.1 Beitragszeit	56
10.1.2 Beitragspflichtige Einnahmen	57
10.1.2.1 Saldierung von Einnahmen	59
10.1.2.2 Mindestbetrag	61



10.1.2.3 Höchstbetrag	62
10.1.2.4 Beitragspflichtige Einnahmen von freiwillig versicherten Arbeitnehmenden	62
10.1.2.5 Beitragspflichtige Einnahmen für hauptberuflich selbstständig Tätige	64
10.1.2.6 Beitragspflichtige Einnahmen von Existenzgründenden	66
10.1.2.7 Beitragspflichtige Einnahmen von Schülern einer Fachschule oder Berufsfachschule	68
10.1.2.8 Beitragspflichtige Einnahmen von Anwartschaftsversicherten	70
10.1.2.9 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger freiwilliger Mitglieder	70
10.1.2.10 Einstufung bei fehlendem Nachweis der beitragspflichtigen Einnahmen	71
10.1.2.11 Veränderungen der beitragspflichtigen Einnahmen	74
10.1.3 Beitragssätze	78
10.1.3.1 Beitragssätze in der freiwilligen Krankenversicherung	78
10.1.3.2 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung	80
10.2 Beitragsberechnung nach den tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen	80
10.3 Beitragstragung und -zahlung	82
10.4 Fälligkeit der Beiträge	82
10.5 Berechnung von Säumniszuschlägen bei freiwilligen Mitgliedern	83
10.6 Beitragszuschuss des Arbeitgebers	83
10.7 Übungen zum Lernabschnitt 10	85
11 Leistungsansprüche und individuelle Leistungsgestaltung	87
11.1 Krankengeldanspruch – Krankengeldwahltarife	87
11.2 Nachgehende Leistungsansprüche	89
11.3 Ruhen der Leistungsansprüche bei rückständigen Beiträgen	89
12 Zusammenfassende Selbstkontrolle	92
13 Lösungen zu den Übungen im Text	93
14 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	99



1 Einleitung

Ca. 90 % der Bevölkerung gehören einer gesetzlichen Krankenkasse an, und zwar meistens als versicherungspflichtige Mitglieder oder als familienversicherte Angehörige.

Für Versicherte, die nicht zu diesem Personenkreis zählen, gibt es zwei Möglichkeiten:

- Sie versichern sich freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse.
- Sie versichern sich bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Krankheit.

Interessant für diejenigen, die nicht versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind, sind demnach die Möglichkeiten eines freiwilligen Krankenversicherungsschutzes bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einer privaten Krankenversicherung.

Auch für die AOK sind die freiwillig Versicherten von großer Bedeutung. Warum ist das so?

Mit der Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung in Form einer freiwilligen Krankenversicherung seit 01. 08. 2013 ist die Krankenkasse, bei der eine Versicherungspflicht bzw. eine Familienversicherung endet, verpflichtet, die Versicherten über den weiteren Verlauf ihres Krankenversicherungsschutzes zu informieren. Damit kommt diesen Personenkreisen eine noch höhere Bedeutung wie bisher zu.

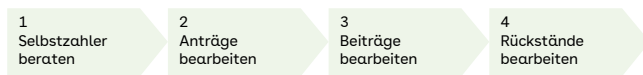
Unter diesen Personenkreisen gibt es viele potenzielle Versicherte mit günstigem Versicherungsrisiko und vorteilhaftem Verhältnis zwischen Leistungsbedarf und Versicherungsbeitrag (sogenannter Deckungsbeitrag). Im Interesse einer ausgewogenen Solidar-

gemeinschaft möchten wir diese Versicherten natürlich gern für eine Versicherung bei unserer AOK gewinnen.

Das Einkommen/Entgelt dieser Versicherten liegt in der Regel über dem Durchschnittseinkommen/-entgelt, ihre Morbidität (Krankheitshäufigkeit) dagegen weit unterhalb anderer versicherten Personen, auch wenn der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich 80 Krankheiten berücksichtigt. Freiwillig Versicherte beeinflussen somit die Risikostruktur der AOK positiv. Durch solch gute Versichertenrisiken werden sowohl der Marktanteil als auch die Leistungsfähigkeit der AOK gestärkt. Häufig sind sie in Betrieben Meinungsbildner, besetzen für die AOK wichtige Schlüsselpositionen oder sind selbst Arbeitgeber und beschäftigen Arbeitnehmende. Und hier liegt der Grund, warum diese Personen so wichtig für uns sind. Seit es keinen gesetzlich zugewiesenen Personenkreis mehr gibt, kann grundsätzlich jeder die AOK als „Die Gesundheitskasse.“ wählen.

Freiwillig Versicherte sind damit eine wichtige Zielgruppe im Rahmen der Mitgliedergewinnung und Mitgliederhaltarbeit.

Alle wahlberechtigten Personen stellen sich jedoch die Frage nach dem optimalen Krankenversicherungsschutz und damit nach der für sie unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten günstigsten Krankenkasse. Dabei fragen sie zunächst bei denjenigen Personen nach, deren Meinung sie schätzen (z.B. bei ihrem Arbeitgeber, Steuerberatern, Kollegen). Nichts wird für diesen dann näher liegen, als den Rat suchenden die eigene Krankenkasse zu empfehlen und so z.B. auch an der AOK-Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“ teilzunehmen. Gelingt es uns,



diese Meinungsbildner zu gewinnen, so folgen ihnen oft zahlreiche weitere gute Risiken.

- Überlassen Sie dieses Potenzial nicht der Konkurrenz!
- Zeigen Sie ihnen die Vorteile einer AOK-Mitgliedschaft auf.
- Zeigen Sie den Versicherten durch Ihr Handeln, dass sie bei der AOK gut aufgehoben sind.
- Schaffen Sie eine persönliche Atmosphäre, bieten Sie dem Versicherten Gesprächstermine an, zu denen Sie sich nur für ihn Zeit nehmen, denn: Ihr Handeln ist der Erfolg oder Misserfolg der „AOK – Die Gesundheitskasse.“.

Die Aussagen des Basisprozesses 5.0 sind zu beachten.

Hinweise

Da die versicherte Person im Mittelpunkt aller Aktivitäten der AOK steht, unterscheiden wir seit einiger Zeit nicht mehr zwischen Versicherten und Arbeitgebern, sondern zwischen Firmen- und Privatkunden.

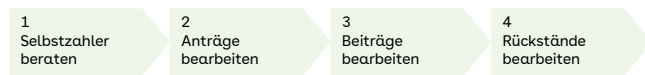
Insbesondere an den Stellen, an denen dieser Lernbrief jedoch Bezug auf Gesetzestexte nimmt, finden Sie hier die gesetzlichen Bezeichnungen. Dies soll Ihnen beim Verständnis der Gesetzestexte weiterhelfen. Denken Sie jedoch für Ihre praktische Arbeit immer an den kundenorientierten Ansatz und richten Sie auch Ihre sprachliche Ausdrucksweise danach aus.

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK und den Daten des Jahres 2025 aus.

Der Einfachheit halber unterstellen wir für die Berechnung von Beiträgen einen für alle AOKs gültigen Zusatzbeitrag von 2,5 %.

Textteile dieses Lernbriefs, die nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis von Bedeutung sind, haben wir in grüner Schrift abgedruckt.

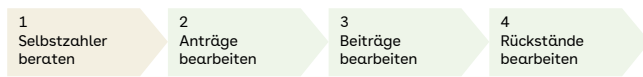
Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.



2 Lernziele

Dieser Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- Personen, deren Versicherungspflicht bzw. deren Familienversicherung endet, über die Möglichkeit der obligatorischen Anschlussversicherung im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft zu beraten
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei sind, über die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts zu beraten
- die Auswirkungen der obligatorischen Anschlussversicherung bzw. des freiwilligen Beitritts zur Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung festzustellen
- Beginn und Ende der Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung zu bestimmen
- den Versicherungsberechtigten über die Wahl seiner Krankenkasse und über die Ausübung des Wahlrechts zu beraten
- dem Versicherungsberechtigten die Leistungsansprüche sowie Möglichkeiten der individuellen Leistungsgestaltung aufzuzeigen
- den Versicherungsberechtigten über die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu beraten
- die Vorteile einer freiwilligen Mitgliedschaft gegenüber der privaten Krankenversicherung zielgerichtet aufzuzeigen



3 Versicherungsberechtigung

1
Selbstzahler
beraten

§ 4 Abs. 1
SGB I,
§ 2 Abs. 1
SGB IV

Die Sozialversicherung umfasst Personen, die kraft Gesetzes pflichtversichert oder aufgrund freiwilligen Beitritts versichert sind.

Die Pflichtversicherung entsteht unabhängig vom Willen oder einer Meldung bzw. Willenserklärung des Versicherten. Sie kommt kraft Gesetzes zustande.

Bei der freiwilligen Versicherung sind der Beginn und grundsätzlich auch das Ende der Mitgliedschaft abhängig vom Willen und einer einseitigen empfangsbedürftigen Willenserklärung des Versicherten.

Diese Willenserklärung bewirkt die Entstehung eines Versicherungsverhältnisses. Es handelt sich deshalb, wie bei der Pflichtversicherung, um ein öffentlich-rechtliches Sozialversicherungsverhältnis.

- solchen, die der gesetzlichen Krankenversicherung bisher nicht angehört haben und erstmals freiwillig beitreten.

Außerdem wird differenziert zwischen Versicherungsberechtigten,

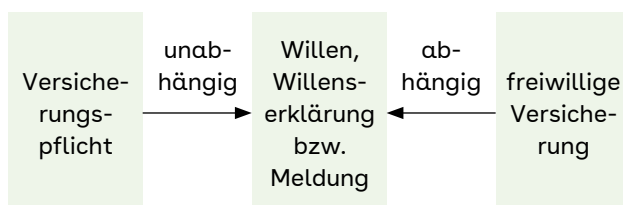
- die keine Vorversicherungszeit als Voraussetzung für eine freiwillige Versicherung benötigen

und

- denjenigen, die eine bestimmte Vorversicherungszeit nachweisen müssen.

Merke

Versicherungsberechtigung beschreibt das Recht, Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse zu bleiben oder zu werden.



Versicherte, die sich bei der AOK freiwillig krankenversichern, heißen Versicherungsberechtigte. Es wird unterschieden zwischen Versicherungsberechtigten,

- die ein bereits bestehendes Krankenversicherungsverhältnis (z.B. Pflichtversicherung/Familienversicherung) nach dessen Beendigung durch die obligatorische Anschlussversicherung fortsetzen

und

3.1 Voraussetzungen

Bei Personen, deren Versicherungspflicht bzw. deren Familienversicherung endet, ist die Zugehörigkeit zu diesen Personenkreisen einzige Voraussetzung, um durch die seit 01. 08. 2013 geltende obligatorische Anschlussversicherung freiwilliges Mitglied zu werden.

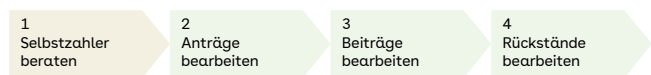
Einer Vorversicherungszeit bzw. einer Willenserklärung bedarf es damit bei diesen beiden Personenkreisen ausdrücklich nicht.

Ein Recht auf freiwillige Krankenversicherung besteht bei anderen Personenkreisen, wenn grundsätzlich folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1
Selbstzahler
beraten

§ 188 Abs. 4
Satz 1 SGB V

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



§ 9 Abs. 1
SGB V

Zugehörigkeit zu einem
bestimmten Personenkreis

+

ggf. Nachweis einer
Vorversicherungszeit

+

§ 9 Abs. 2
SGB V

Einhalten einer Anzeigefrist

+

§ 188 Abs. 3
Satz 1 SGB V

Beitritt durch schriftliche
Willenserklärung



**Zustandekommen der
freiwilligen Mitgliedschaft**

§ 9 Abs. 1
SGB V

Welche Personen das Recht zum frei-
willigen Beitritt haben, ist abschlie-
ßend im Gesetz festgelegt.

In diesem Lernbrief werden wir uns
lediglich mit drei beitragsberechtigten
Personenkreisen beschäftigen, und
zwar mit denjenigen, die für Ihre Aus-
bildung relevant sind. Einen Überblick
gibt Ihnen das nachfolgende Schau-
bild:

versicherungsberechtigte Personenkreise

Personen, deren Versicherungspflicht endet
§ 188 Abs. 4 SGB V

Personen, deren Familienversicherung endet
§ 188 Abs. 4 SGB V

versicherungsfreie Arbeitnehmende, die erst-
mals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen
§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

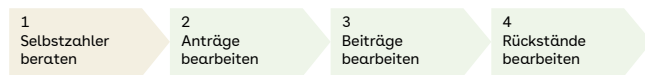
3.2 Übungen zum Lernabschnitt 3

Übung 1

Nennen Sie die Voraussetzungen, die
erforderlich sind, damit eine freiwillige
Mitgliedschaft zustande kommt.

Übung 2

Erläutern Sie stichwortartig anhand
von drei Aussagen, welche Bedeutung
freiwillig Versicherte für die AOK ha-
ben.



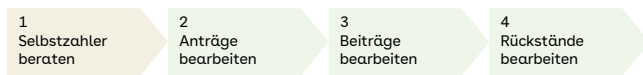
4 Unterschiede zwischen der Versicherung bei der AOK und einer privaten Krankenversicherung

1
Selbstzahler
beraten

Damit Sie potenzielle Versicherte von den Vorteilen einer freiwilligen Versicherung bei der AOK überzeugen können, ist es wichtig, auch die Besonderheiten einer privaten Krankenversicherung (PKV) zu kennen. Nur dann können Sie überzeugend argumentieren und Versicherte für die AOK

gewinnen. Wir haben Ihnen die wichtigsten Unterschiede dieser beiden Versicherungsmöglichkeiten zusammengestellt. Machen Sie sich in Ihrer AOK auch mit dem Informationsmaterial vertraut, welches bei Kundenkontakten verwendet werden kann.

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



gesetzliche Krankenversicherung	private Krankenversicherung
<ul style="list-style-type: none"> • es gilt das Solidaritätsprinzip (Beiträge nach finanzieller Leistungsfähigkeit der Versicherten – grds. gleiche Leistungen, unabhängig vom Einkommen) 	<ul style="list-style-type: none"> • es gilt das Äquivalenzprinzip (Versicherungsbeiträge richten sich grundsätzlich nach dem Versicherungsrisiko – Leistungen sind abhängig vom individuellen Versicherungsvertrag)
<ul style="list-style-type: none"> • anspruchsberechtigte Familienangehörige sind beitragsfrei mitversichert 	<ul style="list-style-type: none"> • keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen (für jede versicherte Person rechtlich eigenständiger Vertrag mit individuellem Beitrag)
<ul style="list-style-type: none"> • die Beiträge sind einkommensabhängig, d.h. sie richten sich nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten, sodass die Beiträge bei vermindertem Einkommen, z.B. im Rentenalter, sinken 	<ul style="list-style-type: none"> • die Beiträge sind einkommensunabhängig; sie richten sich nach dem Versicherungsrisiko. Das ist bestimmt durch <ul style="list-style-type: none"> – Art und Umfang der Versicherungsleistungen, – Eintrittsalter und – Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers
<ul style="list-style-type: none"> • grundsätzlich keine Vorfinanzierung; Leistungen werden über die KV-Karte abgerechnet 	<ul style="list-style-type: none"> • die Leistungen müssen vom Versicherten grundsätzlich zunächst vorfinanziert werden
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen wie: <ul style="list-style-type: none"> – ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten – Fahrkosten – Haushaltshilfe – häusliche Krankenpflege – Hilfsmittel – kieferorthopädische Behandlung – Rehabilitationsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen der in der linken Spalte genannten Art sind nicht vorgesehen oder nur im tariflich vereinbarten Umfang (ggf. Zusatztarif)
<ul style="list-style-type: none"> • grundsätzlich keine Leistungsausschlüsse für bereits bestehende oder kostenintensive Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsausschlüsse für bei Eintritt bestehender Krankheiten möglich
<ul style="list-style-type: none"> • keine Wartezeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • grundsätzlich Wartezeiten, d.h. kein Leistungsanspruch, aber trotzdem müssen Beiträge gezahlt werden (gilt nicht für Unfälle), bei Neuabschlüssen i.d.R. drei Monate
<ul style="list-style-type: none"> • keine Risikozuschläge 	<ul style="list-style-type: none"> • Risikozuschläge bei Vorerkrankungen möglich
<ul style="list-style-type: none"> • Beitragsfreiheit bei Bezug von Krankengeld, Verletzungsgeld, Mutterschafts- oder Erziehungsgeld sowie Übergangsgeld während Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Beitragsfreiheit
<ul style="list-style-type: none"> • Krankengeldbezugszeiten sind grundsätzlich kraft Gesetzes Beitragszeiten in der Rentenversicherung 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankentagegeldbezugszeiten sind grundsätzlich keine Beitragszeiten in der Rentenversicherung
<ul style="list-style-type: none"> • AOK lehnt Anträge auf Mitgliedschaft versicherungsberechtigter Kunden und Kundinnen nicht ab 	<ul style="list-style-type: none"> • Anträge auf Versicherung können abgelehnt werden
<ul style="list-style-type: none"> • Kündigung grundsätzlich zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats nach zwölf-monatiger Bindungsdauer (teilw. kürzer lt. Satzung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kündigungsfrist überwiegend ab Beginn der Versicherung drei Jahre

1
Selbstzahler
beraten2
Anträge
bearbeiten3
Beiträge
bearbeiten4
Rückstände
bearbeiten

5 Freiwillige Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung (OAV)

Lernbeispiel 1

Sie arbeiten im Bereich Firmenkunden der AOK und besuchen regelmäßig die Betriebe Ihres Beratungsbezirks, um mit den Firmenkunden sozialversicherungsrechtliche Fragen zu besprechen. Dabei erfahren Sie, dass Ricky Kurzhals als leitender Mitarbeiter aus der Firma Möbel & Design GmbH in Leipzig am 30. 06. 2025 ausgeschieden ist. Seit 01. 07. 2025 ist er als Möbeldesigner

hauptberuflich selbstständig tätig. Die Firma Möbel & Design GmbH wird er weiterhin als freiberuflicher Berater in Designfragen unterstützen. Die Firma Möbel & Design GmbH hat die Abmeldung zum 30. 06. 2025 in den letzten Tagen erledigt.

Frage

Besteht die Möglichkeit einer freiwilligen Krankenversicherung für Ricky Kurzhals?

Folgende Bildschirmmaske zeigt sich Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz:

Anwendung Bearbeiten Springen Zusätze System Hilfe

Bestandsübersicht GP anzeigen : 56478923

GPPartner 56478923 Ricky Kurzhals / Kanalstraße 25 / 04155 Leipzig GebDatum 18.04.1979

Telefon E-Mail

RV-Nummer 18180478K023 KV-Nummer Z701599965 KV-Nr.DE

Geburtsname

Geschlecht ☐ Unbekannt ☐ Weiblich ☒ Männlich

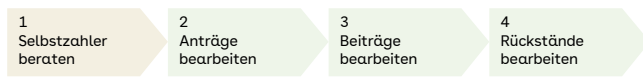
Meldungsanlage

Exp.Nr. Personenkreis Meldung

Fami Klarfalle Einkünfte Entgeltzeiten Kartenversorgung Lichtbild Bem.daten Reha

Versicherungszeiten

Sto	Beginn	Ende	BGR	VArt	Anm.grd.	Abm.grd.	Ord.begr.	Geschäftspartner	Zusatzinfo
	01.02.2016	30.06.2025	1111	101	010	030	74544444	Möbel & Design GmbH	



1 Selbstzahler beraten

§ 188 Abs. 4
Satz 1
SGB V

Bei Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung ausgeschieden sind, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach Ende der Familienversicherung im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit seinen Austritt.

GR v.
31. 07. 2013,
Ziff. 1.1.1

Mit § 188 Abs. 4 SGB V hat der Gesetzgeber seit 01. 08. 2013 eine ergänzende Regelung vorgesehen, die einer konsequenten Umsetzung der ab dem 01. 04. 2007 schrittweise eingeführten Krankenversicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland (Versicherungspflicht der Nichtversicherten) dient.

Da die Begründung der nachrangigen Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (sog. Auffangversicherungspflicht) in der Vergangenheit häufig an der fehlenden Mitwirkung der Betroffenen gescheitert ist, wurde mit der Einführung des § 188 Abs. 4 SGB V ein Instrument einer OAV im Status einer freiwilligen Mitgliedschaft vorgesehen, welches künftig das Entstehen von an sich bereits bisher unzulässigen Lücken im Verlauf der Krankenversicherung im Regelfall unterbinden soll.

Damit hat die Auffangversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erheblich an Bedeutung zugunsten der freiwilligen Versicherung verloren.

5.1 Personenkreis der OAV

Von der OAV werden die Personen erfasst, deren vorhergehende Versicherungspflicht nach § 5 SGB V, deren Mitgliedschaftserhalt nach den § 192 SGB V oder deren Familienversicherung nach § 10 SGB V kraft Gesetzes endet, ohne dass sich nahtlos ein Tatbestand einer vorrangigen Versicherungspflicht anschließt.

Der OAV-Personenkreis ist folglich mit dem bisherigen Personenkreis nach § 9 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 erste Alternative SGB V (Ende der Familienversicherung) weitgehend identisch.

Im Gegensatz zum Beitrittsrecht zur freiwilligen Mitgliedschaft nach § 9 SGB V bedarf es für das rechtswirksame Zustandekommen der OAV weder einer Vorversicherungszeit noch einer schriftlichen Beitrittserklärung innerhalb der dreimonatigen Anzeigefrist des Betroffenen; es kommt ausschließlich auf die Erfüllung der objektiven gesetzlichen Voraussetzungen an.

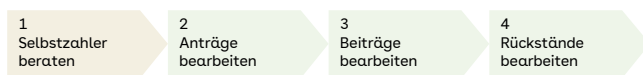
Dementsprechend basiert die OAV auf der Vorschrift des § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V als Spezialregelung zum Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft und kommt im Vergleich zu § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 erste Alternative SGB V vorrangig zur Anwendung.

Ergänzend zu den Ausführungen im Gemeinsamen Rundschreiben vom 31. 07. 2013 stellt der GKV-Spitzenverband mit den aktualisierten Grundsätzlichen Hinweisen zur Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V vom 24. 07. 2023 zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Durchführung der obligatorischen Anschlussversicherung Auslegungshinweise mit empfehlendem Charakter zur Verfügung.

1 Selbstzahler beraten

§ 188 Abs. 4
Satz 1
SGB V,
GR v.
31. 07. 2013,
Ziff. 1.1.2

GR v.
24. 07. 2023



Seit der Veröffentlichung der letzten Fassung der Grundsätzlichen Hinweise ergaben sich einige konkretisierende Entscheidungen des Bundessozialgerichts zu verschiedenen Aspekten der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung und der Auffang-Versicherungspflicht. Die vorliegende dritte Fassung der Grundsätzlichen Hinweise vom 24.07.2023 greift diese



Rechtsentwicklung auf und ersetzt die Fassung vom 14. Dezember 2018.

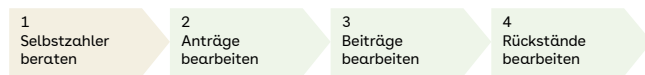
Die OAV ist auf jeden Fall immer dann durchzuführen, wenn der Kundenkontakt erst nach dem Versicherungsende erfolgt. Erkundigen Sie sich bei Ihrer AOK vor Ort, wie verfahren wird, wenn sich der Versicherte vor Ende der Versicherungszeit wegen des weiteren Versicherungsschutzes erkundigt.

5.2 Personen, deren Versicherungspflicht endet

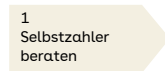
versicherungsberechtigte Personen nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V

Gründe für das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht:

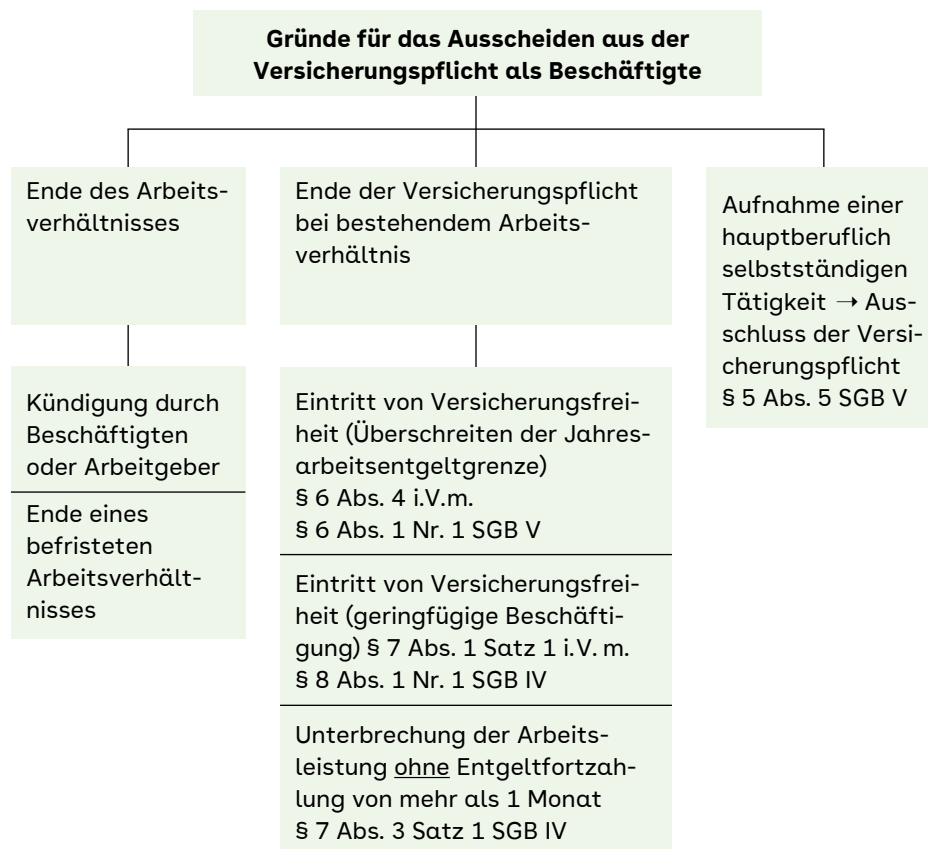
Arbeitnehmende	1. Ende des Arbeitsverhältnisses 2. Ende der Versicherungspflicht bei weiterbestehendem Arbeitsverhältnis (z.B. JAE-Übergrenzer)	§ 190 Abs. 2 SGB V § 6 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 4 SGB V
Leistungsbeziehende nach dem SGB II und SGB III	Ende des Leistungsbezugs	§ 190 Abs. 12 SGB V
Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe	Ende der Maßnahme	§ 190 Abs. 6 SGB V
Teilnehmende an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Ende der Maßnahme	§ 190 Abs. 7 SGB V
behinderte Menschen	Aufgabe der Tätigkeit	§ 190 Abs. 8 SGB V
Studierende	Beendigung des Studiums/ Exmatrikulation	§ 190 Abs. 9 SGB V
Praktikanten und Praktikantinnen	Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit	§ 190 Abs. 10 SGB V
Rentebeziehende und Rentenanspruchsteller	Ende des Rentenbezugs/ Ablehnung des Rentenanspruchs	§ 190 Abs. 11, § 189 Abs. 2 Satz 2 SGB V
Künstler und Künstlerinnen und Publizisten und Publizistinnen	Wegfall eines Tatbestands der Versicherungspflicht	§ 190 Abs. 5 SGB V

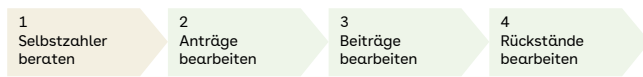


5.2.1 Arbeitnehmende



Bei den Personen, die nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V berechtigt sind, die bei Beendigung der Versicherungspflicht den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz durch die OAV mit einer freiwilligen Mitgliedschaft aufrechterhalten, handelt es sich überwiegend um Arbeitnehmende, die aus der krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden.





Für die OAV ist der Grund für das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht unerheblich (z.B. die Tatbestände der Versicherungspflicht werden nicht mehr erfüllt oder es liegt eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit vor, die einen Ausschlussgrund darstellt). Die Berechtigung, sich freiwillig weiterzuversichern, ist hier gegeben. In der obigen Übersicht wird deutlich, dass die Versicherungspflicht auch durch den Eintritt von Versicherungsfreiheit enden kann. Demzufolge liegt hier ebenfalls ein Ausscheiden aus der Versicherungspflicht aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses vor, so dass auch in diesen Fällen das Recht zur OAV besteht.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 11

Ricky Kurzhals gehört zum Personenkreis nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V, da er als Arbeitnehmer, also als Mitglied, wegen Beendigung seines Arbeitsverhältnisses aus der Versicherungspflicht ausscheidet (ab 01. 07. 2025 ist Ricky Kurzhals als hauptberuflich Selbstständiger nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtig in der Krankenversicherung).

Besonderheit bei Jahresarbeitsentgelt (JAE)-Übergrenzern

§ 6 Abs. 1
Nr. 1, Abs. 4
SGB V

Scheiden Arbeitnehmende während des bestehenden Beschäftigungsverhältnisses aufgrund Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE-Grenze) aus der Versicherungspflicht aus, endet diese erst mit Ablauf des Kalenderjahres des Überschreitens, vorausgesetzt, dass das regelmäßige Entgelt auch die JAE-Grenze des folgenden Jahres überschreitet. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Meldungen der Firmenkunden

prüfen und Fehlermeldungen bearbeiten“.

5.2.2 Leistungsbeziehende nach dem SGB II und dem SGB III

Als Leistungsbeziehende nach dem SGB II bzw. SGB III bezeichnet man die Kunden und Kundinnen, die Bürgergeld bzw. Arbeitslosengeld beziehen. Anstelle der versicherungspflichtigen Beschäftigung tritt hier als Tatbestand, der die Krankenversicherungspflicht auslöst, der Bezug o.g. Geldleistungen. Der Bezug dieser Geldleistungen führt also zur Krankenversicherungspflicht, die wiederum die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nach sich zieht.

§ 5 Abs. 1
Nr. 2, 2a
SGB V

Endet der Leistungsbezug, so endet auch die Mitgliedschaft dieses versicherungspflichtigen Personenkreises. Daraus folgt, dass diese Versicherten das Recht haben, nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht durch die OAV ihre Krankenversicherung fortzusetzen.

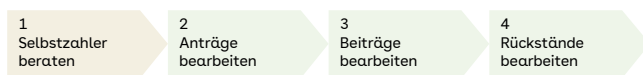
§190 Abs. 12
SGB V

Beispiel

Rainer Renz bezog bis 31. 03. Arbeitslosengeld. Da der Anspruch mit diesem Tag erschöpft ist, endet auch die Krankenversicherungspflicht als Arbeitslosengeldbezieher und damit die AOK-Mitgliedschaft mit diesem Tag. Rainer Renz hat keinen Anspruch auf Bürgergeld.

Folge

Rainer Renz kann die Versicherung und damit seine Leistungsansprüche durch die OAV mit einer freiwilligen Mitgliedschaft bei der AOK ab 01. 04. aufrechterhalten.



§§ 93, 94
SGB III

Im Rahmen der Arbeitsförderung besteht die Möglichkeit, Existenzgründungen zu fördern. Um die Unternehmensgründungen von bisherigen Arbeitslosen zu fördern, können diese einen Gründungszuschuss erhalten. Dieser Gründungszuschuss ist eine kombinierte Förderung, die in einer ersten Förderphase den Lebensunterhalt und die soziale Sicherung der Gründenden und in einer zweiten Förderphase die Finanzierung ihres Sozialversicherungsschutzes sicherstellen soll.

Voraussetzung für den Gründungszuschuss ist u.a., dass diese Personen vor Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit Entgeltersatzleistungen, insbesondere Arbeitslosengeld bezogen haben. Personen, die diesen Zuschuss beantragt haben, gelten als selbstständig Tätige. Der Bezug eines Gründungszuschusses führt deshalb nicht zur Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung. Da die berechtigten Personen in der Regel vor Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit aufgrund von Leistungen nach dem SGB II oder III versicherungspflichtig in der Kranken- und Pflegeversicherung waren, schließt sich nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht die OAV automatisch an.

5.2.3 Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe

Hier handelt es sich um Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine spätere Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.

§ 5 Abs. 1
Nr. 5 SGB V

Es besteht Krankenversicherungspflicht für die gesamte Dauer der Maßnahme.

§ 190 Abs. 6
SGB V

Endet die Maßnahme, so endet die Versicherungspflicht und auch die Mitgliedschaft mit diesem Tag.

In solchen Fällen besteht auch für diesen Personenkreis das Recht auf eine Fortsetzung des Versicherungsschutzes durch die OAV.

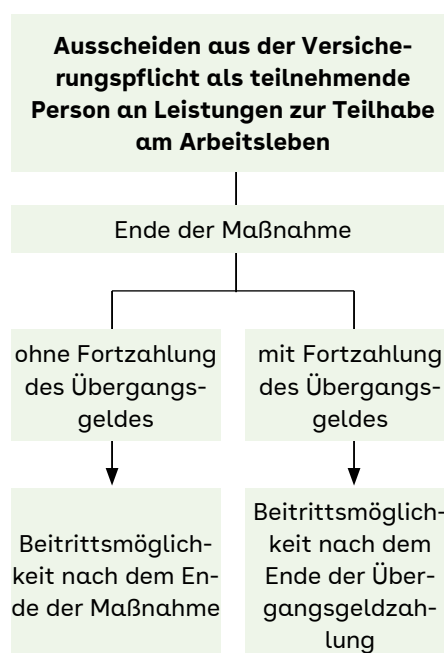
5.2.4 Teilnehmende an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

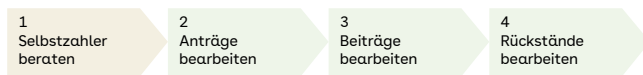
Teilnehmende an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. berufliche Rehabilitation) sind krankenversicherungspflichtig, sofern es sich nicht um Maßnahmen handelt, die nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) durchgeführt werden.

§ 5 Abs. 1
Nr. 6 SGB V

Hier besteht ebenfalls das Recht, bei Beendigung der Versicherungspflicht und Mitgliedschaft die Versicherung durch die OAV fortzusetzen. Die Versicherungspflicht endet mit dem Ende der Maßnahme, spätestens mit dem Ende der Übergangsgeldzahlung. Für die OAV spielt der Grund für das Ausscheiden keine Rolle (z.B. Ende der Maßnahme, Abbruch aus persönlichen Gründen).

§ 190 Abs. 7
SGB V





Beispiel

Nach einem schweren Autounfall musste Markus Matthey mehrere Monate im Krankenhaus behandelt werden. Nach Abschluss der Anschlussheilbehandlung befindet er sich seit 01. 03. in einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Deutsche Rentenversicherung Bund zahlt für diese Maßnahme Übergangsgeld. Am 17. 04. muss Markus Matthey diese Maßnahme jedoch aus gesundheitlichen Gründen abbrechen. Der Rentenversicherungsträger zahlt das Übergangsgeld noch bis 31. 05. weiter.

Folge

Mit dem 31. 05. endet die Krankenversicherungspflicht und die Mitgliedschaft aufgrund dieser Maßnahme. Markus Matthey kann seinen Versicherungsschutz jedoch ab 01. 06. durch die OAV bei der AOK fortsetzen.

5.2.6 Studierende

Studierende, die an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind, sind krankenversicherungspflichtig. Wenn diese aus der Krankenversicherungspflicht ausscheiden, haben sie das Recht, ihre Versicherung durch freiwilligen Beitritt fortzusetzen.

§ 5 Abs. 1
Nr. 9 SGB V

Zu beachten ist, dass hier die Versicherungspflicht und die Mitgliedschaft beendet sein müssen. Für das Ende der Mitgliedschaft gibt es verschiedene Möglichkeiten:

§ 190 Abs. 9
SGB V

- sofortiges Ende der Mitgliedschaft bei Eintritt eines Ausschlusstatbestands (z.B. hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit)
- Ende der Mitgliedschaft, weil die studierende Person das Studium beendet oder abbricht (Exmatrikulation)
- Exmatrikulation oder
- Beendigung der Mitgliedschaft, weil die studierende Person das 30. Lebensjahr vollendet hat

5.2.5 Behinderte Menschen

§ 5 Abs. 1
Nr. 7 SGB V

Für behinderte Menschen, die

- in anerkannten Werkstätten oder Blindenwerkstätten

oder

§ 5 Abs. 1
Nr. 8 SGB V

- in Anstalten, Heimen oder ähnlichen Einrichtungen tätig sind,

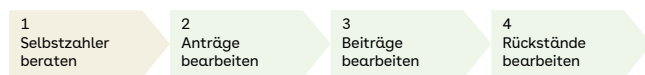
besteht unter bestimmten Voraussetzungen Krankenversicherungspflicht.

§ 190 Abs. 8
SGB V

Durch die Aufgabe der Tätigkeit endet die Krankenversicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft. Auch für diesen Kundenkreis besteht die Möglichkeit, die Versicherung durch die OAV fortzusetzen.

Näheres zu diesen einzelnen Fallgestaltungen erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Studierende und Personen im Praktikum beraten“.

In allen Fällen besteht die Möglichkeit der OAV unmittelbar nach dem Ende der bisherigen Mitgliedschaft.



Beispiel

Beginn des Sommersemesters:	01. 04.
Ende der studentischen Krankenversicherung (wegen Vollendung des 30. Lebensjahres):	30. 09.
Ende der Mitgliedschaft:	30. 09.

Folge

OAV als freiwillige Mitgliedschaft:	01. 10.
-------------------------------------	---------

aus der Versicherungspflicht den Versicherungsschutz durch die OAV fortzusetzen.

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Rentenbeziehenden endet § 190 Abs. 11 SGB V

- mit Ablauf des Monats, in dem der Anspruch auf Rente wegfällt oder die Entscheidung über den Wegfall oder den Entzug der Rente unanfechtbar geworden ist, frühestens mit Ablauf des Monats, für den letztmalig Rente zu zahlen ist,
- bei Gewährung einer Rente für zurückliegende Zeiträume mit Ablauf des Monats, in dem die Entscheidung unanfechtbar wird oder
- mit Ablauf des Tages vor Eintritt eines Ausschlusstatbestands.

5.2.7 Praktikanten und Praktikantinnen

§ 5 Abs. 1
Nr. 10 SGB V

Praktikanten und Praktikantinnen, die eine in einer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten, sind krankenversicherungspflichtig. Auch dieser Personenkreis kann nach dem Ausscheiden aus der Krankenversicherungspflicht den Versicherungsschutz durch die OAV fortsetzen.

§ 190 Abs. 10
SGB V

Die Mitgliedschaft der Praktikanten und Praktikantinnen endet mit dem Tag der Aufgabe der berufspraktischen Tätigkeit. Näheres zur Versicherungspflicht von Praktikanten und Praktikantinnen erfahren Sie ebenfalls im Lernbrief zum Thema „Studierende und Personen im Praktikum beraten“.

Beispiel

Erika Meier ist Witwenrentebezieherin und heiratet wieder.

Mitteilung über die Einstellung der Rentenzahlung: 11. 07.

Einstellung der Rente: 31. 07.

Folge

Die Krankenversicherungspflicht und Mitgliedschaft als Rentnerin enden am 31. 07. Ab 01. 08. setzt sich die bisherige Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft (OAV) fort.

5.2.8 Rentebeziehende und Rentenantragstellende

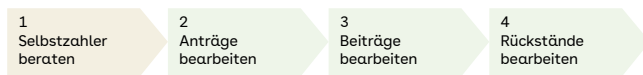
§ 5 Abs. 1
Nr. 11 SGB V

Personen, die Anspruch auf eine gesetzliche Rente haben und diese Rente beantragt haben, sind unter bestimmten Voraussetzungen krankenversicherungspflichtig. Rentebeziehende haben das Recht, bei Ausscheiden

Für den Kundenkreis der Rentenantragstellenden gibt es keine Vorschrift zur Regelung einer Versicherungspflicht. § 189 SGB V regelt lediglich die Mitgliedschaft für die Zeit vom Tag der Stellung des Rentenantrags bis zur Entscheidung des Rentenversicherungsträgers darüber.

§ 189 Abs. 2
SGB V

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Rentenantragstellende sowie Beziehende (i.d.R. Rentenbeziehende) von Versorgungsbezügen und/oder Arbeitseinkommen beraten“.

GR v.
24. 07. 2023
Ziff. 2.2,
Abs. 2

Beim Ende dieser formalen Mitgliedschaft als Rentenantragstellende liegt kein Ende der Versicherungspflicht im Sinne des § 5 SGB V vor. Der GKV-Spitzenverband stellt jedoch klar, dass Personen, die aus der Mitgliedschaft als Rentenantragstellende ausscheiden, ebenfalls zum beitragsberechtigten Personenkreis gehören. Eine bisherige Person die einen Antrag auf Rente gestellt hat kann damit ihre bisherige Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft fortsetzen.

Beispiel

Horst Garnius ist freiwilliges Mitglied der AOK. Am 04. 07. stellt er einen Rentenantrag. Aufgrund dessen wird eine Mitgliedschaft als Rentenantragsteller nach § 189 SGB V bei der AOK begründet. Diese verdrängt die freiwillige Mitgliedschaft von Horst Garnius. Am 04. 12. wird der Rentenantrag von Horst Garnius zurückgenommen.

Folge

Horst Garnius kann ab 05. 12. seine bisherige Mitgliedschaft als Rentenantragsteller als freiwillige Mitgliedschaft (OAV) fortsetzen.

5.2.9 Künstler und Künstlerinnen und Publizisten und Publizistinnen

§ 5 Abs. 1
Nr. 4 SGB V

Selbstständige Künstler und Künstlerinnen und Publizisten und Publizistinnen sind unter bestimmten Voraussetzungen krankenversicherungspflichtig. Endet die Versicherungspflicht dieses

Personenkreises aufgrund des Wegfalls eines Tatbestands (der Voraussetzung für die Versicherungspflicht nach den §§ 1, 2 KSVG ist) oder des Eintritts von Versicherungsfreiheit (§ 5 KSVG), so besteht die Möglichkeit der OAV.

Zu beachten ist hier, dass die Mitgliedschaft erst mit dem Tag endet, an dem die Künstlersozialkasse feststellt, dass diese Person nicht mehr versicherungspflichtig ist.

§ 190 Abs. 5
SGB V

5.2.10 Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V

Endet bei Versicherungspflichtigen eine fortbestehende Mitgliedschaft wegen

§ 192 Abs. 1
Nr. 2, 3 SGB V

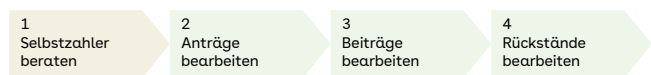
- Anspruch bzw. Bezug auf Krankengeld
- Anspruch bzw. Bezug auf Mutterschaftsgeld
- Anspruch bzw. Bezug auf Erziehungsgeld oder Elterngeld
- Anspruch auf Elternzeit
- Anspruch bzw. Bezug auf Übergangsgeld
- Anspruch bzw. Bezug auf Verletzten-geld

setzt sich diese bisherige Mitgliedschaft nach § 192 SGBV durch die OAV als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V fort.

Beispiel

Dieter Schneider bezog seit 05. 05. Krankengeld. Sein befristetes Arbeitsverhältnis endete am 31. 05. Deshalb setzt sich seine Mitgliedschaft als Krankengeldbezieher fort. Ab 10. 07. ist Dieter Schneider wieder arbeitsfähig, der Krankengeldbezug endete deshalb am 09. 07.

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



Folge

Dieter Schneider kann die Versicherung und damit seine Leistungsansprüche durch eine freiwillige Mitgliedschaft (OAV) ab 10. 07. aufrechterhalten.

Merke

Bei Mitgliedern, deren Versicherungspflicht endet, schließt sich jetzt die OAV durch eine freiwillige Mitgliedschaft ohne weitere Voraussetzungen an das Ende der Versicherungspflicht an.

5.3 Personen, deren Familienversicherung endet

Lernbeispiel 2

Am 04. 03. 2025 kommt Anja Kohler zu Ihnen in das AOK-Servicecenter und teilt Ihnen mit, dass sie von ihrem Mann, Gerd Kohler, geschieden wurde (der Beschluss ist seit 10. 02. 2025 rechtskräftig). Sie möchte sich informieren, wie es um ihren Versicherungsschutz steht, da sie als Hausfrau bis jetzt über ihren geschiedenen Ehemann familienversichert war.

Sie überprüfen die Angaben und rufen die Daten an Ihrem Bildschirm ab:

Anwendung Bearbeiten Springen Zusätze System Hilfe

Bestandsübersicht GP anzeigen : 56478923

Objektliste Feindliste Daten prüfen Sozialausgleich

GPartner 56478923 Anja Kohler / Potsdamer Straße 184 / 10783 Berlin GebDatum 15.01.1976

Telefon E-Mail

RV-Nummer 53150176R535 KV-Nummer P630577353 KV-Nr.DE

Geburtsname Röder

Geschlecht ☐ Unbekannt ☒ Weiblich ☐ Männlich

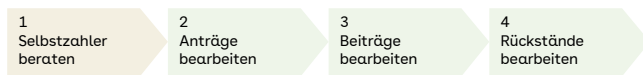
Meldungsanlage

Exp.Nr. Personenkreis Meldung

Fami Klarfalle Einkünfte Entgeltzeiten Kartenversorgung Lichtbild Bem.daten Reha

Versicherungszeiten

Sto	Beginn	Ende	BGR	VArt	Anm.grd.	Abm.grd.	Ord.begr.	Geschäftspartner	Zusatzinfo
	17.05.2016		900	114			16250966K024	Gerd Kohler	Dat. Anssp. 26.05.2024



1
Selbstzahler
beraten

Wie Ihnen aus dem Lernbrief zum Thema „Anträge auf Familienversicherung bearbeiten“ bekannt ist, ist die Familienversicherung für die Angehörigen des Mitglieds nur möglich, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Fallen diese Voraussetzungen während einer Familienversicherung weg, ist die Familienversicherung zum Zeitpunkt des Wegfalls zu beenden.

Die Familienversicherung endet

- mit dem Ende der Mitgliedschaft des Stammversicherten
- sobald eine der Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V entfällt
- mit dem Ende der Schul- oder Hochschulausbildung
- wenn die Altersgrenze bei einem Kind überschritten wird
- wenn der Ausschlussstatbestand des § 10 Abs. 3 SGB V eintritt oder
- der überwiegende Unterhalt nach § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V nicht mehr gegeben ist.

§ 188 Abs. 4
Satz 1 SGB V

In der Folge müssen bisher familienversicherte Angehörige ihren Krankenversicherungsschutz anderweitig sicherstellen. Deshalb schließt sich jetzt die OAV ohne weitere Voraussetzungen an das Ende der Familienversicherung an.

Hinweis

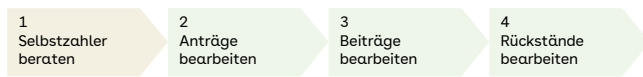
Noch einige Anmerkungen zur Rechtskraft eines Scheidungsbeschlusses: Der Beschluss wird vom Familiengericht beim Amtsgericht in der mündlichen Verhandlung verkündet. Eine schriftliche Ausfertigung mit Begründung erhalten die beteiligten Parteien (bzw. deren Rechtsanwälte) per Post. Der Beschluss wird rechtskräftig, wenn er nicht mehr mit Rechtsmitteln angefochten werden kann. Das ist der Fall, wenn die Rechtsmittelfrist von einem Monat nach Zustellung des Beschlusses abgelaufen ist oder schon vorher wirksam auf Rechtsmittel verzichtet wurde (z.B. nach der Beschlussverkündung im unmittelbaren Anschluss an die mündliche Verhandlung). Die Rechtskraft muss also im Einzelfall genau ermittelt werden.

Merke

Bei Angehörigen von Mitgliedern, deren Familienversicherung endet, schließt sich jetzt die OAV durch eine freiwillige Mitgliedschaft ohne weitere Voraussetzungen an das Ende der Familienversicherung an.

Zum Lernbeispiel 2

Da die Familienversicherung von Anja Kohler aufgrund der rechtskräftigen Scheidung am 09. 02. 2025 endet, schließt sich die OAV durch eine freiwillige Mitgliedschaft ab 10. 02. 2025 an.



5.4 Möglichkeiten des Austritts

Lernbeispiel 3

Sebastian Wolf hat am 31. 03. 2025 sein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis beendet. Die AOK hat Sebastian Wolf am 15. 04. 2025 über seine Austrittsmöglichkeit informiert. Sebastian Wolf erklärt am 22. 04. 2025 seinen Austritt und legt gleichzeitig den Nachweis einer privaten Krankenversicherung mit Wirkung ab 01. 04. 2025 vor, da er seit 01. 04. 2025 in einem krankenversicherungsfreien Beschäftigungsverhältnis als JAE-Übergrenzer steht.

Frage

Hat Sebastian Wolf seinen Austritt rechtswirksam erklärt?

heitsfall lückenlos an die bisherige gesetzliche Versicherung anschließt und hierbei eine Absicherung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung begründet wird.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Betroffenen über die Austrittsmöglichkeit zu informieren. Die OAV kommt nicht zustande, wenn der Betroffene innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt.

Die Zwei-Wochen-Frist für die Austrittserklärung beginnt mit dem Folgetag der Bekanntgabe des Hinweises der AOK; der Tag der Bekanntgabe rechnet somit bei der Erklärungsfrist nicht mit.

§ 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. § 187 Abs. 1, § 188 Abs. 2 1. Halbsatz BGB

Wie der Hinweis der Krankenkasse erfolgen soll, hat der Gesetzgeber nicht näher geregelt. In der Regel wird der Hinweis der Krankenkasse schriftlich erfolgen. Informieren Sie sich in Ihrer AOK vor Ort in welcher Form der Hinweis der Krankenkasse erfolgt.

1 Selbstzahler beraten

§ 188 Abs. 4 Satz 1, 2 SGB V, GR v. 31. 07. 2013, Ziff. 1.1.3

Die obligatorische Anschlussversicherung setzt sich mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung nur dann als freiwillige Mitgliedschaft fort, wenn das Mitglied nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt erklärt. Der Austritt wird allerdings nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist.

5.4.1 Erklärung des Austritts

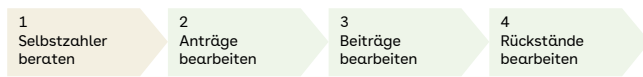
Die Möglichkeit, den Austritt zu erklären bezieht sich auf solche Sachverhalte, bei denen sich der anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krank-

Beispiel

Heiner Stoffel ist bisher versicherungspflichtiges Mitglied der AOK gewesen. Am 13. 01. teilt ihm die AOK schriftlich mit, dass er seine Krankenversicherungspflicht wegen Überschreitens der JAE-Grenze zum 31. 12. endete und er deshalb zu diesem Zeitpunkt ein Austrittsrecht hat.

Folge

Die Frist für die Austrittserklärung verläuft vom 14. bis 27. 01.



Der Austritt ist nicht an eine Schriftform gebunden. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte allerdings der Schriftform der Vorzug gegeben werden.

GR v.
24. 07. 2023,
Ziff. 3.1

Der Austritt wird nur wirksam, wenn das Mitglied das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachweist (§ 188 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB V). Die Form der Nachweisführung ist gesetzlich nicht geregelt. Daher entscheidet jede Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts, welche Beweismittel (Nachweise) sie für erforderlich hält (vgl. § 21 SGB X).

§ 188 Abs. 4
Satz 3
SGB V,
GR v.
24. 07. 2023,
Ziff. 2.3.4,
Abs. 8

Der Begriff „anderweitige Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall“ ist inhaltlich deckungsgleich mit dem gleichlautenden Begriff in § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V; dementsprechend finden die in den Veröffentlichungen der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes publizierten Auslegungshinweise zu diesem Begriff im Anwendungsbereich der Auffangversicherungspflicht ebenfalls im Anwendungsbereich der Anschlussversicherung grundsätzliche Anwendung.

In der Regel ist der anderweitige Anspruch eine Absicherung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere durch eine private Krankenversicherung oder im Rahmen einer staatlichen Gesundheitsfürsorge wie z.B. bei der Bundeswehr.

5.4.2 Verspätete Austrittserklärung

GR v.
24. 07. 2023,
Ziff. 2.4.3

Wird der Austritt erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zustellung des Hinweises erklärt, wird die OAV begründet. Die Austrittserklärung ist dann allerdings in eine Kündigung im Sinne von § 175 Abs. 4 SGB V umzudeuten.

Dabei sind die Kündigungsfrist und die Mindestbindungsfrist zu beachten. Das kann bei verspäteter Austrittserklärung dazu führen, dass bis zum Ablauf der Kündigungsfrist ggf. Beiträge an zwei Versicherungssysteme, also zur GKV und zur PKV, zu zahlen sind.

Beispiel

Heinz Langer war bis 31. 07. 2025 versicherungspflichtiges Mitglied der AOK. Die Austrittsfrist nach schriftlichem Hinweis der AOK endete am 22. 08. 2025. Heinz Langer erklärt am 04. 09. 2025 seinen Austritt und legt gleichzeitig den Nachweis einer privaten Krankenversicherung mit Wirkung ab 01. 08. 2025 vor.

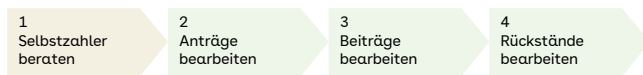
Folge

Die Austrittserklärung von Heinz Langer erfolgte zu spät. Damit ist die OAV bereits eingetreten. Die verspätete Austrittserklärung wird in eine Kündigung umgedeutet. Die freiwillige AOK-Mitgliedschaft endet somit frühestens zum 30. 11. 2025, zu diesem Zeitpunkt kann die GKV verlassen werden.

5.4.3 Austrittserklärung und Mindestbindungsfristen

Bei einer rechtzeitigen Austrittserklärung wegen einer Absicherung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. in der PKV oder im Rahmen einer staatlichen Gesundheitsfürsorge) endet die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Wegfall der vorangegangenen Versicherungspflicht. Eine Beachtung der allgemeinen Mindestbindungsfrist im Sinne des § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V oder die Mindestbindung nach § 53 Abs. 8 SGB V ist nicht erforderlich.

GR v.
24. 07. 2023,
Ziff. 2.4.2



Beispiel

Miriam Winkler war vom 01. 01. bis 30. 06. 2025 versicherungspflichtiges Mitglied der AOK. Sie erklärt am 18. 07. 2025, innerhalb der Zwei-Wochen-Frist, ihren Austritt, da sie ab 01. 07. 2025 als Zeitsoldatin freie Heilfürsorge erhält. Ein Nachweis darüber liegt der AOK vor.

Folge

Die Austrittserklärung von Miriam Winkler ist rechtzeitig erfolgt. Die OAV ist nicht zustande gekommen. Die 12-monatige Bindungsfrist ist nicht zu beachten. Die AOK-Mitgliedschaft endet somit am 30. 06. 2025.

5.4.4 Nichtvorlage des Nachweises über den anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall

Die endgültige Wirkung einer fristgerechten Austrittserklärung erfordert einen Nachweis über einen sich unmittelbar an die bisherige Versicherung bzw. unmittelbar an den nachgehenden Leistungsanspruch anschließenden anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall.

Eine Frist zur Vorlage des Nachweises besteht nicht – der Austritt ist solange schwebend unwirksam. Wurde die OAV wegen Nichtvorlage des Nachweises eingeleitet und wird die Vorlage ggf. auch sehr spät – nachgeholt, sind die Voraussetzungen für einen Austritt gleichwohl erfüllt und die OAV ist rückabzuwickeln.

Zum Lernbeispiel 3 von Seite 22

Sebastian Wolf hat seinen Austritt am 22. 04. 2025 innerhalb der Zwei-Wochen-Frist (vom 16. 04. bis 29. 04. 2025) fristgerecht erklärt. Der Nachweis einer privaten Krankenversicherung mit Wirkung ab 01. 04. 2025 liegt vor. Die OAV ist nicht zustande gekommen.

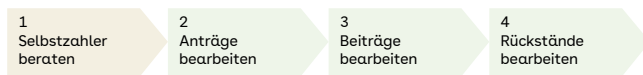
Merke

Die OAV kommt nicht zustande, wenn der Austritt aus der GKV fristgerecht (Zwei-Wochen-Frist) erklärt wird. Der Austritt wird endgültig rechtswirksam, wenn das Bestehen eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes außerhalb der GKV nachgewiesen wird.

5.5 Ausschluss der obligatorischen Anschlussversicherung wegen lückenlosem Versicherungsschutz in der GKV

Lernbeispiel 4

Lothar Hügel hat am 31. 07. 2025 sein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis beendet. Er meldet sich nicht arbeitssuchend bei der Bundesagentur, da er am 15. 08. 2025 seine schwangere Lebensgefährtin, Sandra Leber, heiratet und sich zukünftig um den Haushalt und das neugeborene Kind kümmern will. Den Hinweis auf eine obligatorische Anschlussversicherung hat Lothar Hügel von seiner bisherigen Krankenkasse be-



reits erhalten. Sandra Leber ist als versicherungspflichtig Beschäftigte bei der AOK krankenversichert.

Frage

Wie ist der Krankenversicherungsschutz von Lothar Hügel ab 01. 08. 2025 geregelt?

1
Selbstzahler
beraten

§ 188 Abs. 4
Satz 3 SGB V

Die OAV gilt nicht für Personen, deren Versicherungspflicht endet, wenn die übrigen Voraussetzungen für eine Familienversicherung erfüllt sind oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 SGB V besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

5.5.1 Ausschlusstatbestand Versicherungspflicht

GR v.
24. 07. 2023,
Ziff. 2.3.1

Die obligatorische Anschlussversicherung ist ausgeschlossen, wenn sich an das Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung nahtlos der Tatbestand einer erneuten Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 bis 12 SGB V anschließt. Die Vorrangigkeit einer Versicherungspflicht gegenüber einer obligatorischen Anschlussversicherung ergibt sich aus der Regelung des § 191 Nr. 2 SGB V, nach der die freiwillige Mitgliedschaft mit Beginn einer Pflichtmitgliedschaft endet. Der Nachweis dieses Ausschlusstatbestandes vollzieht sich im Regelfall durch die Anmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle.

§ 5 Abs. 8a
Satz 1 SGB V

Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ist dagegen nachrangig gegenüber der obligatorischen Anschlussversicherung.

Beispiel

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht als Arbeitslosengeldbezieher am: 31. 03. 2025

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung am: 01. 04. 2025

Folge

Eine OAV kommt nicht zustande, da eine lückenlose Absicherung in der GKV besteht.

Zwar greifen die Ausschlusstatbestände nach dem Wortlaut des § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V nur nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht, gleichwohl gilt dies analog auch in den Fällen nach dem Ausscheiden aus der Familienversicherung.

GR v.
31. 07. 2013,
Ziff. 1.1.4

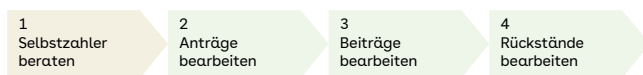
Das Gesetz nennt zwei Ausschlussgründe: die Familienversicherung nach § 10 SGB V und den nachgehenden Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.

Für den Ausschluss der Anschlussversicherung ist irrelevant, welcher der beiden Ausschlusstatbestände vorliegt.

5.5.2 Ausschlusstatbestand Familienversicherung

Die OAV ist ausgeschlossen, sofern sich lückenlos eine Familienversicherung anschließt. Dies gilt auch in atypischen Fällen, in denen eine kraft Gesetzes beendete Familienversicherung durch eine aus der anderen Stammversicherung abgeleitete Familienversicherung abgelöst wird (z.B. Ende

GR v.
24. 07. 2023,
Ziff. 2.3.2



der Familienversicherung wegen des Erreichens der Altersgrenze für Kinder, anschließend Familienversicherung als Ehegatte).

§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

In Bezug auf die OAV findet die Vorrangigkeit einer freiwilligen Versicherung gegenüber einer Familienversicherung keine Anwendung. Diese Vorrangigkeit gilt nur für die Sachverhalte, bei denen die Voraussetzungen der Familienversicherung erst nach einem rechtmäßigen Beginn der freiwilligen Versicherung erfüllt werden.

Der Vorrang gilt damit nicht bei der Begründung der Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V, vielmehr kommt in diesen Sachverhaltskonstellationen die OAV erst gar nicht zustande, da ein Anspruch auf Familienversicherung nachgewiesen wird.

Beispiel

Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung am 22. 08. 2025

Anspruch auf Familienversicherung beim Ehegatten ab 23. 08. 2025

Folge

Eine OAV kommt nicht zustande, da eine lückenlose Absicherung in der GKV besteht.

mitversicherte Familienangehörige nach § 10 SGB V einen nachgehenden Leistungsanspruch von maximal einem Monat.

Der nachgehende Anspruch besteht nur, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Der Anspruch endet, wenn eine Erwerbstätigkeit aufgenommen wird. Eine Familienversicherung nach § 10 SGB V ist vorrangig vor einem nachgehenden Leistungsanspruch.

Die Frist für den nachgehenden Anspruch beginnt ab dem ersten Tag der mitgliedschaftslosen Zeit und besteht für längstens einen Monat. Endet eine Versicherungspflicht mit dem letzten Tag eines Monats, besteht ein nachgehender Leistungsanspruch bis zum Ende des Folgemonats.

Fehlt der zum Fristablauf maßgebende Tag aus kalendarischen Gründen, so endet die Frist mit Ablauf des letzten Tages dieses Monats (z.B. 28. 02. oder 29. 02. bzw. 30. 06.).

§ 188 Abs. 3 BGB

Fällt das Ende auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, verlängert sich die Frist nicht.

§ 26 Abs. 4 SGB X

Anmerkung

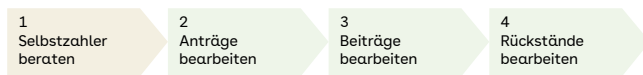
Endet die Familienversicherung wegen Erreichens der Altersgrenzen, Ende eines Schulbesuchs oder eines Studiums oder bei Überschreiten der Einkommensgrenze, werden diese Personen sofort von der OAV erfasst. Ein nachgehender Leistungsanspruch besteht für diese Personen nicht. Die OAV kommt mit dem Folgetag zustande. Das Mitglied ist auf das Austrittsrecht hinzuweisen.

Gleiches gilt für Rentenantragstellende. Nach dem Besprechungsergebnis

5.5.3 Ausschlusstatbestand nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 SGB V

§ 19 Abs. 2, 3 SGB V

Wie Sie bereits im Lernbrief „Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten“, erfahren haben, haben Versicherungspflichtige nach Ende der Mitgliedschaft und deren



der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 23./24. 10. 1997 zum Leistungsrecht wurde mit Ausnahme der Krankenkassen des – damals VdAK/AEV – entschieden, dass diesem Personenkreis kein nachgehender Leistungsanspruch eingeräumt wird.

Solange die im vorstehend genannten Besprechungsergebnis gefundene Regelung bei der AOK Anwendung findet, kommt die OAV mangels nachgehenden Leistungsanspruchs unmittelbar im Anschluss an das Ende der Mitgliedschaft als Rentenantragstellende zustande.

§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V, GR v. 24. 07. 2023, Ziff. 2.3.4

Ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V schließt die OAV aus, sofern sich daran eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anschließt und dies auch nachgewiesen wird; gleiches gilt auch für § 19 Abs. 3 SGB V.

Die OAV ist also dann ausgeschlossen, wenn sich eine vorrangige Pflichtversicherung oder Familienversicherung zwar nicht lückenlos an die vorangegangene Versicherung anschließt, sondern erst an den nachgehenden Leistungsanspruch.

In der Folge führt eine Unterbrechung der Versicherung von bis zu einem Monat – sofern ein nachgehender Leistungsanspruch besteht – nicht zur OAV.

GR v. 24. 07. 2023, Ziff. 2.3.5

Entsprechendes gilt, wenn eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV begründet wird, deren Beginn sich nicht nahtlos an die vorherige Versicherung, sondern erst an den nachgehenden Leistungsanspruch anschließt. Der Krankenkasse muss jedoch ein Nachweis über die anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (z.B. PKV) vorgelegt werden.

Demgegenüber stellt das Vorhandensein einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall außerhalb der GKV für alle Personen ohne einen nachgehenden Leistungsanspruch (etwa wegen des Ausscheidens aus der Familienversicherung oder wegen der Ausübung einer – ggf. geringfügigen – Erwerbstätigkeit) keinen Ausschlussstatbestand dar.

Das Zustandekommen der OAV kann daher in diesen Fällen nur im Wege einer Austrittserklärung (vgl. Punkt 5.4 dieses Lernbriefs) vermieden werden.

Beispiel 1

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht: 30. 06. 2025

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung: 22. 07. 2025

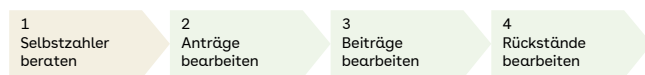
Folge

Der nachgehende Leistungsanspruch besteht vom 01. bis 21. 07. 2025. Eine OAV kommt nicht zustande, eine Austrittserklärung ist nicht erforderlich. Es besteht fortlaufender Versicherungsschutz in der GKV.

Beispiel 2

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht: 28. 02. 2025

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung: 01. 04. 2025



Folge

Der nachgehende Leistungsanspruch besteht vom 01. bis 31. 03. 2025. Eine OAV kommt nicht zustande, eine Austrittserklärung ist nicht erforderlich. Es besteht fortlaufender Versicherungsschutz in der GKV.

Beispiel 3

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht: 11. 04. 2025

Heirat: 02. 05. 2025

Anspruch auf Familienversicherung durch Heirat ab: 02. 05. 2025

Folge

Der nachgehende Leistungsanspruch besteht vom 12. 04. bis 01. 05. 2025. Eine OAV kommt nicht zustande, eine Austrittserklärung ist nicht erforderlich. Es besteht fortlaufender Versicherungsschutz in der GKV.

Beispiel 4

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht: 31. 12. 2025

PKV-Nachweis mit Anspruch ab: 29. 01. 2026

Folge

Der nachgehende Leistungsanspruch besteht vom 01. bis 28. 01. 2026, da ab 29. 01. 2026 ein Versicherungsschutz in der PKV besteht. Eine OAV kommt nicht zustande, eine Austrittserklärung ist nicht erforderlich.

Beispiel 5

Ausscheiden aus der Versicherungspflicht: 31. 07. 2025

Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung: 02. 09. 2025

Folge

Der nachgehende Leistungsanspruch besteht grundsätzlich vom 01. bis 31. 08. 2025 (Samstag). Da am 01. 09. 2025 kein Versicherungsschutz bzw. keine anderweitige Absicherung besteht, ist die OAV vom 01. 08. bis 01. 09. 2025 durchzuführen. Eine Fristverlängerung aufgrund des Wochenendes ist ausgeschlossen.

Beispiel 6

Tod des versicherungspflichtigen Mitglieds: 10. 08. 2025

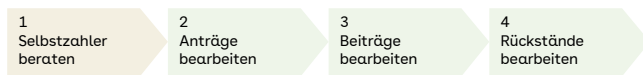
Ende der Familienversicherung der Ehefrau: 10. 08. 2025

Renten Antragstellung: 26. 08. 2025

Mitgliedschaft als Rentenantragstellerin nach § 189 SGB V ab: 26. 08. 2025

Folge

Eine OAV kommt nicht zustande, da vom 11. bis 25. 08. 2025 ein nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 3 SGB V besteht und ab 26. 08. 2025 eine Mitgliedschaft nach § 189 SGB V vorliegt.



5.5.4 Ausschlusstatbestand für Personen mit ungeklärtem Aufenthaltsort

Mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11. 12. 2018 hat der Gesetzgeber seit 01. 01. 2019 einen weiteren Ausschlusstatbestand für die OAV eingeführt.

§ 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V

Für Personen, die aus der Versicherungspflicht oder Familienversicherung ausscheiden, ist die obligatorische Anschlussversicherung nach der Neuregelung des § 188 Abs. 4 Satz 4 SGB V ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder den Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln konnte.

GR vom 24. 07. 2023, Ziff. 4.1

Nach der bis zum Inkrafttreten des GKV-VEG geltenden Rechtslage war die obligatorische Anschlussversicherung auch für solche Personen durchzuführen, deren Aufenthaltsort mit angemessenem Aufwand durch die Krankenkasse nicht feststellbar war, sei es, weil sie zwischenzeitlich ins Ausland verzogen oder zum Beispiel ohne festen Wohnsitz waren. In diesem Sinne wurde die Regelung des § 188 Abs. 4 SGB V seit deren Einführung zum 01. 08. 2013 angewandt.

Im Ergebnis wurden Mitgliedszeiten auch dann begründet, wenn die betroffene Person wegen des zwischenzeitlichen Verzugs ins Ausland dem Geltungsbereich des SGB nicht mehr unterlag, dieser Umstand jedoch

nicht abschließend aufgeklärt werden konnte. Als Folge wurden zumeist nicht realisierbare Beitragsansprüche erzeugt, die zum Anwachsen der Beitragsrückstände in der GKV beigetragen haben. Dies hat den Gesetzgeber veranlasst, im Rahmen des GKV-VEG die rechtlichen Rahmenbedingungen nachzujustieren.

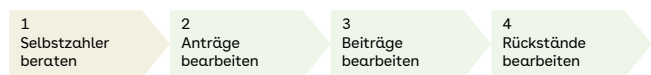
Da dieser Ausschlussbestand große Bedeutung in der arbeitstäglichen Praxis hat, sehen Sie sich in Ihrer AOK an, wie die Regelung umgesetzt wird. In diesem Zusammenhang sind die Durchführungshinweise unter Ziff. 4.2 des GR vom 24. 07. 2023 zu beachten.

GR vom 24. 07. 2023, Ziff. 4.2

Zum Lernbeispiel 4 von Seite 24

Lothar Hügel hat im Anschluss an sein am 31. 07. 2025 beendetes versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, einen grundsätzlichen nachgehenden Leistungsanspruch von einem Monat (vom 01. bis 31. 08. 2025). Mit der Heirat von Sandra Schneider am 15. 08. 2025, hat er ab diesem Tag Anspruch auf Familienversicherung bei der AOK.

Damit schließt sich am 15. 08. 2025 ein lückenloser Krankenversicherungsschutz an den nachgehenden Leistungsanspruch vom 01. bis 14. 08. 2025 an. Der anderweitige Krankenversicherungsschutz ist seiner bisherigen Krankenkasse nachzuweisen. Die OAV kommt nicht zustande, eine Austrittserklärung ist nicht erforderlich.

**Merke**

Die OAV kommt nicht zustande, wenn

- sich lückenlos eine Familienversicherung anschließt oder
- sich ein anderweitiger Versicherungsschutz lückenlos an einen nachgehenden Leistungsanspruch anschließt.

5.6 Übungen zum Lernabschnitt 5

Übung 3

Welche Personen gehören in folgenden Fällen zum versicherungsberechtigten Personenkreis?

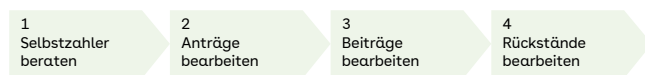
Tragen Sie Ihre Lösung in die Tabelle ein.

Sachverhalt	Versicherungs-berechtigung		ggf. Tag des Ausscheidens	ggf. Beitritts-berechtigung ab
	ja	nein		
Kündigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses zum 30. 09.				
Ende der Krankenversicherungspflicht zum 31. 12. wegen Überschreitens der JAE-Grenze (§ 6 Abs. 4 SGB V)				
Wechsel von einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in das (krankenversicherungsfreie) Beamtenverhältnis zum 01. 07.				
Ende der Versicherungspflicht als Rentner, da ab 15. 08. eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird				
unbezahlter Urlaub eines krankenversicherungspflichtigen Arbeitnehmers vom 17. bis 30. 04.				
Ende der Familienversicherung am 06. 05. wegen rechtskräftiger Scheidung				

Übung 4

Sachverhalt

Irene Schlei scheidet am 31. 05. 2025 aus dem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis aus. Wegen einer Arbeitsunfähigkeit erhält sie vom 18. 05. bis 10. 06. 2025 Krankengeld.



Aufgabe

Stellen Sie die Auswirkungen auf die Mitgliedschaft ab 18. 05. 2025 fest.

Übung 5

Stellen Sie den Zeitraum der zweiwöchigen Austrittsfrist fest und entscheiden Sie, ob die OAV in Form einer freiwilligen Mitgliedschaft zustande kommt.

Tragen Sie Lösung in die Tabelle ein.

Sachverhalt	Hinweis der Krankenkasse	zweiwöchige Austrittsfrist	OAV ja/nein
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung am 28. 02., Austritt wird nicht erklärt	13. 03.		
Ende der Familienversicherung am 14. 07., Austritt wird am 08. 08. erklärt	31. 07.		
Ende der KV-Pflicht am 31. 12. wegen Überschreitens der JAE-Grenze (§ 6 Abs. 4 SGB V), Austritt wird nicht erklärt	02. 01.		
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung am 15. 08., Austritt wird nicht erklärt, versicherungspflichtige Beschäftigung ab 15. 09.	29. 08.		
Ende Familienversicherung am 31. 08., Austritt wird nicht erklärt, hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ab 01. 10.	16. 09		

Übung 6

Nennen Sie insgesamt fünf mögliche Gründe für das Ende der Familienversicherung ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Übung 7

Entscheiden Sie, ob eine OAV in Form einer freiwilligen Mitgliedschaft zustande kommt.

Hinweis zu Übung 7

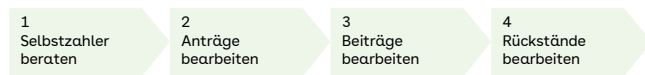
Erklären Sie Ihre Entscheidung und nennen Sie die entsprechende(n) Rechtsgrundlage(n).

Sachverhalt 1

Michael Scholl bezog seit 03. 01. bis 03. 03. 2025 Krankengeld. Sein befristetes Arbeitsverhältnis endete am 28. 02. 2025. Am 01. 04. 2025 nimmt er eine neue versicherungspflichtige Beschäftigung auf.

Sachverhalt 2

Sebastian Fröhlich war bis 16. 08. 2025 bei der AOK familienversichert. Die Austrittsfrist nach schriftlichem Hinweis der AOK endete am 12. 09. 2025. Sebastian Fröhlich erklärt am 02. 10. 2025 seinen Austritt und legt gleichzeitig den Nachweis einer privaten Krankenversicherung mit Wirkung ab 17. 08. 2025 vor.



Sachverhalt 3

Die 21-jährige Laura Klemm scheidet am 01. 08. 2025 aus Versicherungspflicht als Arbeitslosengeldbezieherin aus. Ansprüche auf Bürgergeld bestehen nicht. Laura Klemm hat einen grundsätzlichen Anspruch auf Familienversicherung, da ihr Vater Edgar Klemm freiwilliges Mitglied der AOK ist.

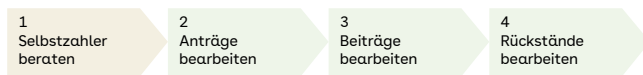
Laura Klemm wird im direkten Anschluss an das Ende der Versicherungspflicht ab 02. 08. 2025 über ihren Vater bei der AOK familienversichert.

Sachverhalt 4

Die befristete, versicherungspflichtige Beschäftigung von Hans Eisner endete am 30. 09. 2025. Nach dem Ende einer mehrwöchigen Nordlandreise nimmt er am 10. 11. 2025 erneut eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf.

Sachverhalt 5

Sandy Lobinger ist am 31. 10. 2025 aus der Versicherungspflicht der Studenten ausgeschieden. Am 14. 11. 2025 weist die AOK Sandy Lobinger auf ihr Austrittsrecht hin. Am 21. 11. 2025 erklärt sie ihren Austritt, da sie sich ab 01. 11. 2025 als Beamtin privat krankenversichert hat. Ein Nachweis über den privaten Krankenversicherungsschutz liegt der AOK vor.



6 Versicherungsfreie Berufsanfänger

Lernbeispiel 5

Manuel Kaiser war bis 31. 03. 2025 als Student versicherungspflichtiges Mitglied der AOK. Während des Studiums in der Fachrichtung Maschinenbau übte er mehrere sowohl nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V krankenversicherungsfreie als auch nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V krankenversicherungspflichtige Beschäftigungen als „Werkstudent“ aus.

Nach Beendigung seines Studiums war er für eine soziale Organisation tätig und für längere Zeit im Ausland. Er versicherte sich privat.

Am 01. 06. 2025 nimmt er dann erstmals eine Beschäftigung als Ingenieur bei WEKA GmbH in Hamburg auf, in der das regelmäßige Jahresarbeitsentgelt von Beginn an die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet.

Frage

Kann Manuel Kaiser freiwilliges Mitglied der AOK werden?

Beitrittsberechtigt sind Personen,

- die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und
- in der Beschäftigung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei sind. Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt.

§ 9 Abs. 1
Satz 1 Nr. 3
SGB V

Damit verfolgt der Gesetzgeber den Grundgedanken, dass Arbeitnehmende die Möglichkeit des Zugangs zur gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

§ 2 Abs. 1
SGB IV

Versicherungsfreie Berufsanfänger haben deshalb die Möglichkeit, eine freiwillige Krankenversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse abzuschließen.

Diese Regelung betrifft Arbeitnehmende, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt, beispielsweise nach Abschluss eines Studiums, sofort die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt.

Dieses Recht auf den freiwilligen Beitritt kann nur während der erstmaligen Beschäftigung als beschäftigte Person im Inland beansprucht werden.

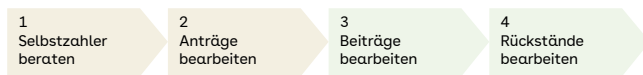
Was bedeutet erstmalige Beschäftigung als beschäftigte Person im Inland?

Mit dieser Aussage wird klargestellt, dass Personen, die erstmals im Inland – also in Deutschland – eine Beschäftigung aufnehmen, ein Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung haben, auch wenn ihr Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt. Diese Klarstellung ist angesichts der zunehmenden Internationalisierung der Arbeitsmärkte sinnvoll. Personen, die bereits im Ausland als Arbeit-

1
Selbstzahler
beraten

Die bisher in diesem Lernbrief angesprochenen Personenkreise konnten sich nur unter der Voraussetzung freiwillig versichern, wenn unmittelbar vorher eine versicherungspflichtige Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestanden hat.

Es gibt jedoch Beitrittsberechtigte, die unter Umständen noch gar keinen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung hatten.



nehmende beschäftigt waren, gelten bei Aufnahme einer Beschäftigung in Deutschland als erstmalig beschäftigt im Sinne dieser Regelung. In der letzten Konsequenz spielen somit bei versicherungsfreien Berufsanfängern bisherige Auslandsbeschäftigungen keine Rolle.

Was ist **keine** erste Beschäftigung in diesem Sinne, wodurch wird dieses besondere Beitrittsrecht also nicht beseitigt?

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 2. Halbsatz SGB V, GR v. 22. 12. 1999, Ziff. A IV, Pkt. 2

Beschäftigungen vor und während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt.

Hierzu zählen unter anderem Beschäftigungen:

- als Schüler
- als Auszubildende
- während des Studiums
- als verbeamtete Person auf Widerruf zur Vorbereitung auf das zweite juristische Staatsexamen
- als Person im Referendariat (Vorbereitungsdienst für das Lehramt)

Keine Rolle spielt außerdem, dass die über der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdienenden Arbeitnehmenden früher bereits z.B. als Waisenrentner und Waisenrentnerinnen, Studierende oder Familienangehörige versichert waren und diese Versicherung zu irgendeinem Zeitpunkt vor der Aufnahme der versicherungsfreien Beschäftigung endete.

Zum Lernbeispiel 5 von Seite 33

Manuel Kaiser nimmt erstmals eine versicherungsfreie Beschäftigung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Inland auf.

Seine Beschäftigungen während des Studiums – seiner beruflichen Ausbildung – bleiben unberücksichtigt.

Manuel Kaiser kann freiwilliges Mitglied der AOK werden.

Merke

Versicherungsfreie Berufsanfänger können freiwilliges Mitglied werden ohne vorher krankenversichert gewesen zu sein.

6.1 Frist zur Beitrittsanzeige

Fortsetzung des Lernbeispiels 5

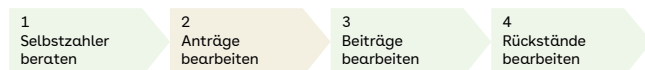
Am 07. 07. 2025 haben Sie einen Beratungstermin mit Manuel Kaiser, um ihn über seinen weiteren Krankenversicherungsschutz als versicherungsfreier Berufsanfänger zu beraten. Manuel Kaiser ist von den Vorteilen der AOK-Mitgliedschaft überzeugt und möchte als freiwilliges Mitglied wieder Kunde Ihrer AOK bleiben. Ein Anmeldeformular (vgl. nächste Seite) zur freiwilligen Krankenversicherung füllen Sie gemeinsam mit ihm aus.


Frage

Hat Manuel Kaiser damit seine Beitrittsanzeige form- und fristgerecht gewahrt?

2
Anträge
bearbeiten

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten





AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse

Anmeldung zur freiwilligen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung

Name/Vorname <i>Kaiser, Manuel</i>	Telefon-Nr. <i>0172/1604550</i>	Geburtsdatum <i>22.07.1999</i>	Vers.-Nr. <i>A238 017 244</i>
Straße <i>Bildweg 12</i>	RV-Nr. <i>63220799 K023</i>	E-Mail	
PLZ/Ort <i>55483 Frankfurt-Hahn</i>	Geburtsname <i>Kaiser</i>	Staatsangehörigkeit <i>Deutsch</i>	
Erziehen Sie Kinder oder haben Sie Kinder erzogen? <small>(wichtig zur Feststellung der Beitragshöhe zur Pflegekasse)</small>	Geburtsort <i>Mainz</i>	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input checked="" type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	
<input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Ja (Nachweis/Geburtsurkunde beifügen)			

Abweichender Empfänger: Erziehungsberechtigter/Betreuer (bei Betreuer bitte Nachweis beifügen)

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Telefon-Nr. _____

PLZ/Ort _____

Ich war zuletzt versichert bei (Name d. Krankenkasse - bitte Nachweis beifügen) von bis
AOK Hessen *01.10.2021* *31.03.2025*

Jetzige Beschäftigung oder Tätigkeit (Arbeitgeber/selbstständig/Schulbesuch usw.)
beschäftigt als Ingenieur

☐ Ich bin selbstständig Gründungszuschuss ja ☐ Steuerberater
(Gewerbeanmeldung beifügen) (Nachweis beifügen)

Name der Firma: *NEKA GmbH* Betriebsnummer: _____

Ich beantrage die Versicherung

☐ ohne Anspruch auf Krankengeld
☒ mit Anspruch auf Krankengeld

Versicherungsbeginn
01.06.2025

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich zur Zeit nicht arbeitsunfähig erkrankt bin. Mir ist bekannt, dass wenn zum Zeitpunkt der Abgabe der Wahlerklärung zum Krankengeldanspruch Arbeitsunfähigkeit besteht oder zwischen dem Tag der Abgabe und des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit eintritt, die Wahlerklärung erst zu dem Tag wirkt, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, frühestens jedoch zum Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Monats. Tritt am Tag des Wirksamwerdens der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit ein, besteht ein Anspruch auf Krankengeld.

Ich habe Familienangehörige, die bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland beitragsfrei mitversichert werden sollen

☒ Ja (Vordruck AOK Familienversicherung ausfüllen)
☐ mein Ehegatte ist privat versichert

☐ Nein
☐ mein Ehegatte ist gesetzlich versichert

Bitte wenden

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten

1
Selbstzahler
beraten

2
Anträge
bearbeiten

3
Beiträge
bearbeiten

4
Rückstände
bearbeiten

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland Die Gesundheitskasse

Das aktuelle Einkommen beträgt in Euro (Nachweis beifügen)						
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> jährlich	selbst. Tätigkeit	aus einer Beschäfti- gung	Miete, Pacht, Zinsen usw.	sonst. Einnah- men Art	Pensionsbe- züge, Renten, ausländische Renten usw.	Ich verfüge über keine Einkünfte. Mein Le- bensunterhalt wird si- chergestellt durch
Selbst		6.300 €				
Ehegatte*						

* Nur zu beantworten, wenn Ihr Ehegatte/Lebenspartner nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Änderungen der Angaben, insbesondere des Einkommens, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich möchte von der Geschäftsstelle _____ betreut werden.

Wünschen Sie die Abbuchung Ihrer Beiträge? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, füllen Sie bitte beiliegendes SEPA Lastschriftmandat vollständig aus und reichen Sie dieses mit ein.

Steuer-ID (11-stellig): _____

☒ Hiermit willige ich in die Datenübermittlung meiner gezahlten und/oder erstatteten Beiträge an die Finanzbehörde ein. Diese Einwilligung gilt bis auf schriftlichen Widerruf. Sie umfasst ggf. auch die Abfrage Ihrer Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID), um die korrekte Datenübermittlung beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) sicherzustellen (§§ 10 Abs. 2a, 22a Abs. 2 EStG).
Hinweis: Eine fehlende Einwilligung in die Datenübermittlung bzw. Widerruf der Einwilligung kann zum Wegfall der steuerlichen Abzugsfähigkeit der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge führen.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 i. V. m. §§ 9, 175, 188 Abs. 4 und 240 SGB V und/oder § 94 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 20 und 57 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Ohne die erforderlichen Daten kann eine Mitgliedschaft ggf. nicht durchgeführt werden bzw. erfolgt keine korrekte Beitragsberechnung. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bitten wir Sie um freiwillige Angabe Ihrer Telefonnummern bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Diese Felder sind entsprechend gekennzeichnet (*). Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/ps/datenschutzrechte> oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datschutz@aok.de.

Wünschen Sie darüber hinaus künftig weitere Informationen über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK oder zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK, benötigen für die Verwendung Ihrer o.a. Daten Ihre zusätzliche Einwilligung.

Frankfurt, 07.07.2025
Ort, Datum

Sie können diese Einwilligung erst abgeben, wenn Sie mindestens 15 Jahre alt sind. Empfänger Ihrer Daten können von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten mit Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung.

Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen. Sie können den Widerruf auch per E-Mail senden an: widerruf@rps.aok.de.

Einwilligung

☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchführen zu können, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

1 Ankreuzfeld

[Handwritten Signature]
Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Durch AOK auszufüllen: Ich bestätige die AOK-Mitgliedschaft ab dem _____

Datum AOK-Kundenberater

Bild für eGK:

☐ bereits im Bestand

☐ beigefügt

☐ wird nachgereicht/hochgeladen

☐ Bildbogen zusenden

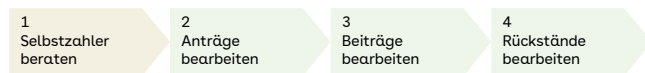
Familienfragebogen zusenden

☐ ja

☐ nein

Rücksendeadresse

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
56040 Koblenz



Im Gegensatz zur Versicherungspflicht kommt die freiwillige Versicherung nur durch eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung zustande. Das bedeutet: Sind die vom Gesetzgeber geforderten Voraussetzungen erfüllt, kann die AOK den Beitritt nicht ablehnen. Nachweispflichtig über den rechtzeitigen Zugang sind im Zweifelsfall die Versicherten.

1
Selbstzahler
beraten

§ 9 Abs. 2
Nr. 3 SGB V

Nehmen Personen erstmals eine Beschäftigung im Inland auf und sind sie wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei, dann beginnt die dreimonatige Anzeigefrist am Tag nach Aufnahme der Beschäftigung. Hierbei handelt es sich um eine Frist mit Ereignistag.

§ 187 Abs. 1,
§ 188 Abs. 2
1. Halbsatz
BGB

Richtet sich der Beginn einer Frist nach einem Ereignis oder nach einem in den Lauf eines Tages fallenden Zeitpunkt, so beginnt die Frist mit dem Tag, der auf das Ereignis oder den Zeitpunkt folgt. Der jeweils „angebrochene“ Tag (Ereignistag) wird also nicht in den Lauf der Frist einbezogen. Das bedeutet, dass die Anzeigefrist erst mit dem folgenden Tag beginnt. Sie endet mit Ablauf des Tages des folgenden dritten Monats, der dem Ereignistag entspricht.

§ 188 Abs. 3
BGB

Fehlt der maßgebende letzte Tag der Frist in dem jeweiligen Monat, endet die Frist mit dem Ablauf des letzten Tages dieses Monats (z.B. 28. 02. bzw. 29. 02. oder 30. 06.)

§ 26 Abs. 3
SGB X

Fällt der letzte Tag der Anzeigefrist auf einen Sonntag, einen staatlich anerkannten allgemeinen Feiertag oder einen Sonnabend (Samstag), verlängert sich die Frist bis zum Ablauf des nächstfolgenden Werktags.

Beispiel

Erstmalige Beschäftigungsaufnahme im Inland

Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze: 01. 06.

Folge

Beginn der Anzeigefrist: 02. 06.

Ende der Anzeigefrist: 01. 09.

6.2 Form der Beitrittsanzeige

Damit die freiwillige Mitgliedschaft zustande kommt, ist innerhalb der Anzeigefrist eine entsprechende Erklärung in Textform der versicherungsfreien Berufsanfänger notwendig.

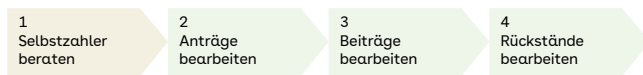
Mit dem Begriff Textform ist sowohl eine schriftliche Erklärung der Versicherten im Sinne von § 126 Abs. 1 BGB als auch eine Erklärung des freiwilligen Beitritts auf elektronischem Wege zugelassen, da die Schriftform nach § 36a Abs. 1 und 2 SGB I im Zeitalter der Digitalisierung durch eine qualifizierte elektronische Form ersetzt werden kann.

Da die Erklärung des freiwilligen Beitritts im Vergleich zur Ausübung des Wahlrechts der Pflichtversicherten nach § 175 Abs. 1 mit weitreichenden rechtlichen Konsequenzen verbunden ist, wird dem besonderen Schutzbedarf des Erklärenden dadurch Rechnung getragen, dass vor der Abgabe der Erklärung auf elektronischem Wege seitens der Krankenkassen eine Information über die Rechtsfolgen der Beitrittserklärung zu erfolgen hat.

1
Selbstzahler
beraten

§ 188 Abs. 3
Satz 1 SGB V

§ 188 Abs. 3
Satz 2 SGB V



Die Erklärung muss keinen bestimmten Inhalt haben, aber den Willen des Erklärenden sowohl schriftlich wie auch elektronisch unmissverständlich zum Ausdruck bringen. Ist der Wille des Kunden nicht zweifelsfrei erkennbar, sollten Sie ihn im Rahmen des § 14 SGB I entsprechend beraten.

Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK, wie diese Regelung in der täglichen Arbeitspraxis umgesetzt wird, insbesondere welche Erklärungen (Vordrucke bzw. Formulare) sowohl schriftlich als auch elektronisch eingesetzt werden.

Zum Lernbeispiel 5 von Seite 34

Manuel Kaiser hat seine Beschäftigung bei der WEKA GmbH am 01. 06. 2025 aufgenommen. Die Anzeigefrist zum freiwilligen Beitritt verläuft vom 02. 06. bis 01. 09. 2025. Manuel Kaiser hat die Voraussetzungen für einen freiwilligen Beitritt erfüllt, da er seinen Beitritt form- und fristgerecht am 07. 07. 2025 erklärt hat.

Merke

Sind die Voraussetzungen des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V erfüllt, kommt die freiwillige Versicherung durch

- Abgabe einer einseitigen empfangsbedürftigen Willenserklärung in Textform
- innerhalb der Anzeigefrist zustande.

6.3 Zuständige Krankenkasse

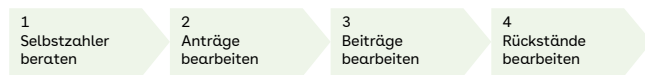
Der Beitritt ist der Krankenkasse anzuzeigen. D.h. nicht, dass dafür nur eine Krankenkasse in Betracht kommt, vielmehr kann der versicherungsfreie Berufsanfänger grundsätzlich zwischen mehreren Krankenkassen wählen. Bei welcher Krankenkasse er den Beitritt anzeigen kann, hängt von seinen Wahlrechten ab.

Die Einzelheiten zum Wahlrecht des Beitrittsberechtigten sind unter Pkt. 9 dieses Lernbriefs beschrieben.

Wer die Voraussetzungen für die freiwillige Krankenversicherung erfüllt und seinen Beitritt form- und fristgerecht bei der zuständigen Krankenkasse anzeigt, macht sein Beitrittsrecht wirksam geltend. Er hat durch seine Willenserklärung eine freiwillige Mitgliedschaft bewirkt. Die Krankenkasse darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen.

1
Selbstzahler
beraten

§ 9 Abs. 2,
§§ 173, 175
SGB V



6.4 Übungen zum Lernabschnitt 6

Übung 8

Sachverhalt

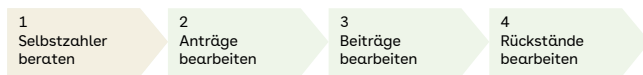
Sandra Ginger war in der Zeit vom 01. 08. 2018 bis 31. 07. 2021 als Auszubildende zur medizinisch-technischen Assistentin krankenversicherungspflichtig und Mitglied der AOK. Anschließend studierte sie Gentechnik an der Universität Freiburg. Von der Krankenversicherungspflicht als Studentin war Sandra Ginger befreit, da sie privat krankenversichert war. Am 01. 04. 2025 nimmt sie eine nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V krankenversicherungsfreie Beschäftigung bei einem Pharmaunternehmen in Leipzig auf.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Frage

Kann sich Sandra Ginger freiwillig versichern und was muss sie ggf. beachten?



7 Besonderheiten in der sozialen Pflegeversicherung

1
Selbstzahler
beraten

§ 20 Abs. 3
SGB XI

Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind in der sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich pflichtversichert.

§ 50 Abs. 1
Satz 3
SGB XI

Die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung gilt dabei als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

Es ist unerheblich, ob die freiwillige Krankenversicherung zustande kam, weil das Mitglied vorher aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist, die Familienversicherung endete oder er freiwillig beigetreten ist.

Beispiel

Yannick Rose ist seit 01. 05. 2025 freiwilliges Mitglied bei der AOK, da er eine versicherungsfreie Beschäftigung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ausübt.

Frage

Wie ist das freiwillige Mitglied Yannick Rose in der Pflegeversicherung zu versichern?

Lösung

Yannick Rose ist ab 01. 05. 2025 grundsätzlich versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

Allerdings können diese Versicherten innerhalb von drei Monaten die Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung beantragen. Sie müssen dann nachweisen, dass sie einen gleichwertigen Versicherungsvertrag bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen haben. Hier wird das Grundprinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ durchbrochen.

In der Praxis ist eine solche Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung jedoch nicht sinnvoll. Ein Vorteil der gemeinsamen Kranken- und Pflegeversicherung bei der AOK besteht gerade darin, dass Versicherte die Vorzüge der „Betreuung aus einer Hand“ voll ausschöpfen können und nicht durch Unstimmigkeiten bei Versicherungs-, Beitrags- und Leistungsangelegenheiten belastet werden.

§ 22 SGB XI,
GR v.
20. 10. 1994,
Ziff. A III,
Pkt. 2



8 Mitgliedschaft

Durch die AOK-Mitgliedschaft werden einerseits Rechte, andererseits aber auch Pflichten begründet. Zu den Rechten gehören u.a. der Anspruch auf Leistungen und die Möglichkeit zur Mitwirkung in der Selbstverwaltung der AOK. Pflichten dagegen sind u.a. Beitragsentrichtung und Mitwirkungspflichten, z.B. bei Leistungsbezug.

8.1 Beginn der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung

Fortsetzung des Lernbeispiels 5 von Seite 38

Manuel Kaiser hat seine Beschäftigung bei der WEKA GmbH am 01. 06. 2025 aufgenommen. Er hat die Voraussetzungen für einen freiwilligen Beitritt erfüllt und seinen Beitritt form- und fristgerecht am 07. 07. 2025 angezeigt.

Frage

Wann beginnt seine freiwillige Mitgliedschaft?

2
Anträge
bearbeiten

1
Selbstzahler
beraten

§ 188 SGB V

Der Beginn der Mitgliedschaft ist für freiwillig Versicherte je nach der Zugehörigkeit zum Personenkreis verschieden. Dabei werden zwei Gruppen unterschieden:

Beginn der Mitgliedschaft

Fortsetzung einer vorangegangenen Mitgliedschaft oder Versicherung
§ 188 Abs. 4 SGB V

Begründung einer neuen Mitgliedschaft
§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

8.1.1 Beginn der obligatorischen Anschlussversicherung

Die OAV schließt sich nach ausdrücklichem Wortlaut der Gesetzesgrundlage immer nahtlos an die vorherige Versicherung oder Mitgliedschaft an, d.h. die freiwillige Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung.

§ 188 Abs. 4
Satz 1 SGB V

Beispiel

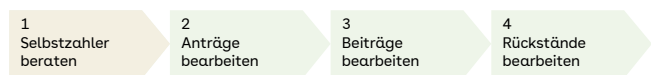
Ende der Versicherungspflicht am: 14. 07. 2025

Anmeldung durch den Arbeitgeber in BGR 9111 (Firmenzahler): 01. 09. 2025

Folge

Die OAV und damit die freiwillige Mitgliedschaft beginnt bereits mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht, also am 15. 07. 2025.

Durch die Aufnahme einer Beschäftigung mit Arbeitsentgelt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (BGR 9111) ergibt sich lediglich eine Umstellung im Status der freiwilligen Versicherung (freiwillig versicherter JAE-Übergrenzer) und in der Konsequenz eine andere Beitragsbemessung ab 01. 09. 2025.



8.1.2 Beginn der Mitgliedschaft bei versicherungsfreien Berufsanfängern

§ 188 Abs. 2 Satz 2 SGB V, GR v. 31. 07. 2013, Ziff. 1.2

Für versicherungsfreie Berufsanfänger beginnt die Mitgliedschaft der Beitrittsberechtigten bereits mit Aufnahme der Beschäftigung und nicht erst mit tatsächlicher Ausübung des Beitrittsrechts.

Damit wird eine etwaige Versicherungslücke zwischen Aufnahme der Beschäftigung und tatsächlichem Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung vermieden.

Zum Lernbeispiel 5

Die freiwillige Mitgliedschaft von Manuel Kaiser beginnt mit der Aufnahme der Beschäftigung bei der WEKA GmbH am 01. 06. 2025, obwohl er erst am 07. 07. 2025 seinen Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung ausdrücklich erklärt.

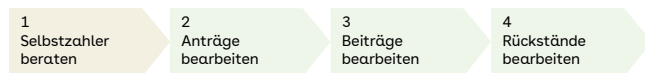
Merke

Die freiwillige Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung. Bei versicherungsfreien Berufsanfängern beginnt die freiwillige Mitgliedschaft mit dem Tag der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland.

Übrigens

In der Praxis erkennen Sie ein freiwilliges Mitglied an Ihrem Bildschirm als erstes am Schlüssel der Versichertenart.

Schlüsselnummer	Bedeutung
501	Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
502	Beitrittsberechtigte DO-Angestellte
503	Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
504	Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
505	Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V
506	Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V
508	Beitrittsberechtigte DO-Angestellte mit Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V
509	Versicherungspflichtige Personen, die bisher nicht krankenversichert waren nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
511	Freiw. versicherte Arbeitnehmende mit Beitragszahlung durch den Arbeitgeber
599	Vorversicherungszeit bei Fremdkasse



8.2 Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung

1
Selbstzahler
beraten

§ 191 SGB V

Ist die freiwillige Mitgliedschaft ordnungsgemäß zustande gekommen, so wird der Bestand durch eine spätere Änderung der beim Beitritt der Versicherung maßgeblichen Verhältnisse nicht berührt. Die freiwillige Mitgliedschaft endet jedoch bei folgenden Tatbeständen:

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

- Tod des Mitglieds
- Beginn einer Pflichtmitgliedschaft
- Wirksamwerden der Kündigung

8.2.1 Beginn einer Pflichtmitgliedschaft

Eine Pflichtmitgliedschaft ist eine Mitgliedschaft, die auf der Versicherungspflicht beruht oder aufgrund der Versicherungspflicht entstanden ist bzw. nach § 189 SGB V eintritt oder nach den §§ 192 und 193 SGB V (Fortbestehen der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger) weiter besteht.

§ 191 Nr. 2
SGB V

Eine solche Pflichtmitgliedschaft hat gegenüber der freiwilligen Mitgliedschaft Vorrang. Somit endet die freiwillige Mitgliedschaft kraft Gesetzes um 24.00 Uhr des Tages, der der Pflichtmitgliedschaft vorhergeht.

Beispiel

Beginn der freiwilligen
Mitgliedschaft: 01. 08.

Aufnahme einer versicherungspflichtigen
Beschäftigung: 01. 10.

Beginn der
Pflichtmitgliedschaft: 01. 10.

Folge

Ende der freiwilligen
Mitgliedschaft: 30. 09.
24.00 Uhr

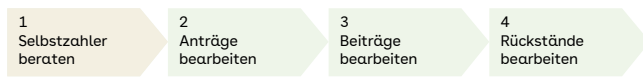
Die freiwillige Mitgliedschaft
erlischt kraft Gesetzes am: 30. 09.

8.2.2 Wirksamwerden der Kündigung

Da die freiwillige Mitgliedschaft durch Unterlassen des Austritts (OAV) bzw. durch die Beitrittserklärung des Berechtigten begründet wird, muss dem Versicherten auch das Recht zustehen, diese Mitgliedschaft zu beenden.

Die Kündigung ist eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung des Berechtigten. Daraus folgt u.a., dass eine Kündigung nie rückwirkend erklärt werden kann, da die Kündigung erst nach dem Zugang bei der zuständigen AOK wirksam wird. Sie kann nur durch eine geschäftsfähige Person vorgenommen werden.

Dabei ist nicht das Datum des Schreibens, sondern der Tag des (Post-)Eingangs bei der AOK maßgebend.



Bestimmte Formvorschriften bestehen nicht, aber die Absicht muss erkennbar sein.

Weil (im Gegensatz zur Beitrittserklärung) entsprechende Regelungen zur Schriftform fehlen, kann die Kündigung auch (fern-)mündlich ausgesprochen werden. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte die Kündigung jedoch immer schriftlich festgehalten werden (ggf. auch durch einen Aktenvermerk über ein persönliches oder telefonisches Gespräch).

§ 191 Nr. 3
1. Halbsatz
SGB V

Die freiwillige Mitgliedschaft endet mit dem Wirksamwerden der Kündigung nach § 175 Abs. 4 SGB V. Danach ist eine Kündigung zum Ablauf des übernächsten Monats möglich, gerechnet von dem Zeitpunkt, in dem das Mitglied seine Kündigung erklärt. Wird im Zusammenhang mit einer Kündigung ein Krankenkassenwahlrecht ausgeübt, endet die Mitgliedschaft aber nur zum Ablauf des übernächsten Monats, wenn bis zu diesem Zeitpunkt die Bindungsfrist von zwölf Monaten erfüllt ist (vgl. Punkt 9.2 dieses Lernbriefs).

§ 175 Abs. 4
Satz 9 SGB V

Die Bindungswirkung gilt für freiwillig Versicherte nicht, wenn sie bei ihrer bisherigen Krankenkasse kündigen, um aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszuscheiden (Wechsel zur privaten Krankenversicherung) oder weil ein Anspruch auf Familienversicherung besteht.

1. Beispiel

Konrad Traubenkraut ist selbstständig und seit 01. 11. 2024 freiwilliges Mitglied der AOK. Er entscheidet sich für einen besonderen Tarif für Selbstständige bei einer privaten Krankenversicherung und kündigt seine freiwillige Mitgliedschaft bei der AOK am 17. 06. 2025.

Frage

Ist eine Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft möglich und zu welchem Zeitpunkt endet ggf. die Mitgliedschaft?

Lösung

Eine Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist unabhängig von einer Bindungsfrist möglich, da Konrad Traubenkraut aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheidet. Seine Mitgliedschaft endet am 31. 08. 2025.

2. Beispiel

Ilse Mann ist seit 01. 03. 2025 freiwillig bei der AOK versichert. Am 02. 05. 2025 heiratet sie und hat ab diesem Tag Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V bei einer BKK. Ilse Mann kündigt daraufhin ihre freiwillige Mitgliedschaft am 13. 05. 2025.

Frage

Ist eine Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft möglich und zu welchem Zeitpunkt endet ggf. die Mitgliedschaft?



Lösung

Eine Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft ist möglich, weil eine Familienversicherung nach § 10 SGB V eintritt und für diesen Fall keine Bindungswirkung von zwölf Monaten erfüllt werden muss. Die freiwillige Mitgliedschaft endet somit am 31. 07. 2025.

§ 191 Nr. 3
2. Halbsatz
SGB V

Besteht ein Anspruch auf Familienversicherung, kann die Satzung der Krankenkasse vorsehen, dass die freiwillige Mitgliedschaft bereits zu einem früheren Zeitpunkt endet. Schauen Sie sich an, welche Regelung die Satzung Ihrer AOK vorsieht.

§ 242 SGB V

Durch den Gesundheitsfonds wurde die Finanzstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung neu geordnet. Die Beitragssätze werden einheitlich vom Gesetzgeber festgelegt. Die Finanzhoheit der einzelnen Krankenkasse ist weggefallen, die Finanzierung einer Krankenkasse erfolgt durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird.

Seit 01. 01. 2015 wird der Zusatzbeitrag, falls erforderlich, in Form eines Prozentsatzes der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben.

Das bisherige Sonderkündigungsrecht bei Erhebung eines Zusatzbeitrags ohne Beachtung der Bindungsfristen bleibt bestehen.

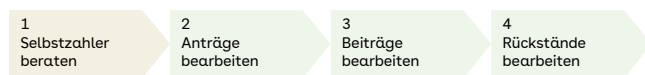
Allen Mitgliedern einer Krankenkasse wird ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt, wenn die Krankenkasse erstmalig einen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V erhebt oder den Zusatzbeitragssatz erhöht. Die Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft kann in diesen Fällen bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird. Veränderungen des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes begründen hingegen kein Sonderkündigungsrecht.

§ 175 Abs. 4
Satz 6 SGB V

Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor Ablauf des Monats, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhoben oder für den der Zusatzbeitragssatz erhöht wird, ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Sonderkündigungsrecht hinzuweisen.

Macht das Mitglied innerhalb dieser Frist von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, endet die Mitgliedschaft nach § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V mit Ablauf des auf die Kündigung folgenden übernächsten Kalendermonats.

Trotz Ausübung des Sonderkündigungsrechts ist der Zusatzbeitrag bis zum Ende der Mitgliedschaft zu erheben.



Beispiel

Krankenkasse erhöht ihren Zusatzbeitrag ab: 01. 01. 2025

Hinweispflicht der Krankenkasse spätestens am: 31. 12. 2024

Frist zur Ausübung des Sonderkündigungsrechts bis: 31. 01. 2025

Eingang der Wahlerklärung bei der neu gewählten Krankenkasse am: 24. 01. 2025

Die Kündigung ist fristgerecht erfolgt.

Folge

Die freiwillige Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse endet am: 31. 03. 2025

Im obengenannten Beispiel ist damit trotz Kündigung der Zusatzbeitrag für die Zeit vom 01. 01. bis 31. 03. 2025 vom freiwilligen Mitglied zu zahlen.

Im folgenden Schaubild werden die Kündigungsmöglichkeiten, die nicht in Zusammenhang mit einer Krankenkassenwahl stehen, noch einmal dargestellt:

Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft

Kündigungsgründe:

- Ausscheiden aus der GKV
- Anspruch auf Familienversicherung
- Erhebung eines Zusatzbeitrags

Ende der Mitgliedschaft zum Ablauf des übernächsten Monats, gerechnet von dem Monat, in dem die Kündigung erklärt wird.

8.2.3 Aufenthaltsort der betroffenen Person ist nicht ermittelbar

Im Rahmen des GKV-VEG wurde in Anlehnung an § 188 Abs. 4 Satz SGB V eine weitere Möglichkeit geschaffen, eine bestehende freiwillige Mitgliedschaft zu beenden, wenn der Aufenthaltsort des Mitglieds nicht ermittelbar ist.

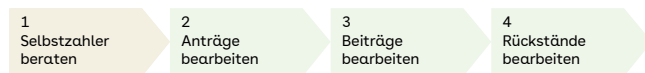
§ 191 Nr. 4 SGB V, GR vom 24. 07. 2023, Ziff. 4.3

Eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung endet kraft Gesetzes, wenn anzunehmen ist, dass ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB nicht mehr besteht.

Davon ist auszugehen, wenn innerhalb eines Zeitraums von mindestens sechs Monaten folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die Mitgliedschaft wurden keine Beiträge geleistet.
- Weder das Mitglied noch seine familienversicherten Angehörigen haben Leistungen in Anspruch genommen.
- Die Krankenkasse konnte trotz Ausschöpfung der ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten weder einen Wohnsitz noch einen gewöhnlichen Aufenthalt des Mitglieds im Geltungsbereich des SGB ermitteln.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, ist die freiwillige Mitgliedschaft einschließlich der Versicherung von familienversicherten Angehörigen rückwirkend ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums zu beenden. Im Übrigen wird im Verfahren der Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Nr. 4 SGB V nicht danach differenziert, ob diese seinerzeit nach § 9 oder § 188 Abs. 4 SGB V begründet wurde.



Wie die Voraussetzungen für die Beendigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der arbeitstäglichen Praxis umzusetzen und anzuwenden sind, können Sie im Ziff. 4.3 des GR vom 24. 07. 2023 nachvollziehen, insbesondere auf die praktischen Beispiele (Ziff. 4.3.2.1) wird verwiesen.

8.3 Beginn und Ende der Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung

1
Selbstzahler
beraten

§ 49 Abs. 1
i.V.m. § 20
Abs. 3
SGB XI

Mit Beginn der Pflegeversicherungspflicht beginnt auch die Mitgliedschaft bei der Pflegekasse.

Beispiel

Erstmalige Aufnahme einer nach
§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V
versicherungsfreien
Beschäftigung: 01. 08.

Beitrittserklärung
(innerhalb der
Antragsfrist): 12. 08.

Folge

Beginn der Mitgliedschaft
(sowohl in der Kranken-
als auch in der
Pflegeversicherung): 01. 08.

Mit dem Ende der freiwilligen Krankenversicherung entfallen die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung. Die Mitgliedschaft bei der Pflegekasse endet ebenfalls entsprechend.

8.4 Übungen zum Lernabschnitt 8

Übung 9

Sachverhalt

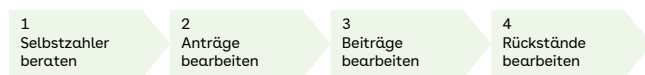
Albert Eisenstein war als eingeschriebener Student an einer Fachhochschule bis 31. 03. 2025 privat krankenversichert, da sein Vater Beamter ist. Ab 01. 04. 2025 nimmt er erstmals eine Beschäftigung bei Investment KG auf. Sein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt überschreitet ab 01. 04. 2025 die Jahresarbeitsentgeltgrenze. Nachdem er die Leistungen der GKV mit denen der PKV verglichen hat, will Albert Eisenstein freiwilliges Mitglied bei der AOK werden. Er hat seinen Beitritt am 22. 04. 2025 form- und fristgerecht erklärt.

Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Frage

Wann beginnt die freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung und Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung?



Übung 10

Wann endet in den folgenden Beispielen die freiwillige Mitgliedschaft? Vervollständigen Sie den Text.

1.1 Kündigung wegen Ausscheidens aus der GKV am: 24. 02.

Posteingang der Kündigung am: 03. 03.

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft am: _____

1.2 Beginn einer Pflichtmitgliedschaft am: 01. 11.

Ende der freiwilligen Mitgliedschaft am: _____

Übung 11

Sachverhalt

Bei Else Unruh endet aufgrund des § 6 Abs. 4 SGB V die seit Jahren bestehende Krankenversicherungspflicht am 31. 12. 2025. Die AOK weist Else Unruh am 14. 01. 2026 auf ihre Austrittsmöglichkeit nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V hin.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen ohne Angabe von Rechtsvorschriften. Erforderliche Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Aufgabe 11.1

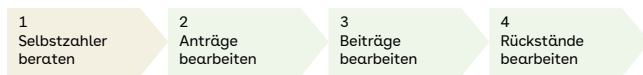
Welche Rechtswirkungen ergeben sich, wenn Else Unruh nichts weiter unternimmt?

Aufgabe 11.2

Welche Rechtswirkungen ergeben sich, wenn Else Unruh am 23. 01. 2026 der AOK ihren Austritt erklärt, da sie sich für die PKV entschieden hat?

Aufgabe 11.3

Welche Rechtswirkungen ergeben sich, wenn Else Unruh ihren Austritt der AOK erst am 04. 02. 2026 mitteilt, um in die PKV zu wechseln?



9 Krankenkassenwahlrechte

Seit der Einführung der freien Krankenkassenwahl zum 01. 01. 1996 wurde das Krankenkassenwahlrecht mehrfach reformiert.

Die letzten Änderungen erfolgten durch das MDK-Reformgesetz vom 14. 12. 2019 und sind zum 01. 01. 2021 in Kraft getreten. Hierzu gehören insbesondere die Reduzierung der Bindungsfrist von 18 Monaten auf zwölf Monate, die Erleichterung des Krankenkassenwechsels bei Eintritt der Versicherungspflicht sowie die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels.

Die Gleichstellung der verschiedenen Mitglieder beim Krankenkassenwahlrecht wurde beibehalten, d.h. die Regelungen für versicherungspflichtige Mitglieder gelten weiterhin gleichermaßen für freiwillige Mitglieder.

Im Lernbrief zum Thema „Meldungen der Firmenkunden prüfen und Fehlermeldungen bearbeiten“ haben Sie die Wahlrechte für versicherungspflichtige Arbeitnehmende detailliert kennengelernt, insofern werden in diesem Lernbrief im Schwerpunkt die Besonderheiten zum Krankenkassenwahlrecht für freiwillig Versicherte aufgezeigt.

Die Änderungen zum Krankenkassenwechsel einschließlich der Einführung eines neuen elektronischen Meldeaus-tauschs zwischen den Krankenkassen, hat der GKV-Spitzenverband in den Grundsätzlichen Hinweisen (GH) Krankenkassenwahlrecht vom 02. 12. 2022 und der Verfahrensbeschreibung für das elektronische Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen nach § 175 Abs. 2 SGB V bei Durchführung des

Krankenkassenwechsels (gültig ab 01. 01. 2021) geregelt.

Nutzen Sie diese beiden Rechtsquellen und den genannten Lernbrief zur praktischen Umsetzung des Krankenkassenwahlrechts.

9.1 Wählbare Krankenkassen

Freiwillige Mitglieder (Versicherungsberechtigte) zur Krankenversicherung haben dieselben Wahlrechte wie Versicherungspflichtige. Die Beitrittsberechtigten können ihre Wahl treffen zwischen

1 Selbstzahler beraten

der AOK des Beschäftigungs- oder Wohnorts

oder

jeder Ersatzkasse, deren Zuständigkeit sich nach der Satzung auf den Beschäftigungs- oder Wohnort erstreckt

oder

einer BKK oder IKK, wenn sie in einem Betrieb beschäftigt sind, für den eine BKK oder IKK besteht

oder

einer BKK oder IKK, wenn die Satzung der BKK/IKK dies vorsieht

oder

der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

oder

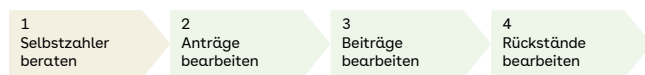
der Krankenkasse, bei der vor Beginn der Versicherungsberechtigung zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Versicherung nach § 10 SGB V bestanden hat

oder

der Krankenkasse, bei der der Ehegatte versichert ist.

Zusätzlich können freiwillig versicherte Rentbezieher auch die Krankenkasse wählen, bei der ein Elternteil versichert ist. Dieses Wahlrecht kommt insbesondere für Waisen-

§ 173 Abs. 4 SGB V



rentner und Waisenrentnerinnen in Betracht.

§ 175 Abs. 1
SGB V

Der Versicherungsbeneficiäre erklärt seine Wahlentscheidung gegenüber der gewählten Krankenkasse. Die gewählte Krankenkasse darf die Wahl des Versicherten nicht ablehnen.

Für die Ausübung des Wahlrechts ist die volle Geschäftsfähigkeit nicht erforderlich. Das Wahlrecht können auch Beitrittsberechtigzte ausüben, die das 15. Lebensjahr vollendet haben.

Merke

Neben den allgemeinen Wahlrechten, die für Versicherungspflichtige gelten, können freiwillig versicherte Rentbezieher auch die Krankenkasse eines Elternteils wählen.

versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte gleichermaßen gilt.

Insofern wird an dieser Stelle auf den Lernbrief zum Thema „Meldungen der Firmenkunden prüfen und Fehlermeldungen bearbeiten“ verwiesen. Das gleiche gilt für die Sonderkündigungsrechte.

Beim sofortigen Krankenkassenwahlrecht darf eine wahlberechtigte Person eine neue Krankenkasse ohne Kündigung und ohne Rücksicht auf die Dauer der Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse wählen.

Es bedarf weder einer Kündigung noch der Einhaltung der Mindestbindungsfrist von zwölf Monaten, wenn die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet (§§ 190 und 191 SGB V). Wird anschließend ein neuer Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung begründet, besteht ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht aus Anlass dieser Veränderung im versicherungsrechtlichen Status.

§ 175 Abs. 4
SGB V,
Gemeinsame
Hinweise
Krankenkassenwahlrecht vom
02. 12. 2022
Pkt. 3.3.1

9.2 Ausübung des Wahlrechts

1
Selbstzahler
beraten

Beim Wahlrecht wird zwischen Krankenkassenwahlrecht bei unveränderten Versicherungsverhältnis und sofortigem Krankenkassenwahlrecht unterschieden.

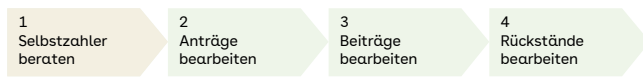
Sonderkündigungsrechte, wie z.B. bei der Einführung eines Zusatzbeitrags, sind für freiwillige Mitglieder ebenfalls anzuwenden.

Gemeinsame
Hinweise
Krankenkassenwahlrecht vom
02. 12. 2022
Pkt. 3.2
Abs. 1

Das Krankenkassenwahlrecht bei unverändertem Versicherungsverhältnis, also ohne Beendigung der Mitgliedschaft kraft Gesetzes, beinhaltet ein mehrstufiges Verfahren, das für Versi-

Entscheidend ist ausschließlich der Umstand, dass eine vorangegangene Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet; mit Ausnahme der Sonderregelungen zur Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V (obligatorische Anschlussversicherung).

Entsprechend diesem Grundsatz ist ein Krankenkassenwahlrecht nicht nur dann einzuräumen, wenn Zeiten der Versicherungspflicht unmittelbar aneinander anschließen oder nach einer Unterbrechung der Mitgliedschaft aufeinanderfolgen; ein sofortiges Wahlrecht ist vielmehr auch dann gegeben, wenn eine Zeit der Versicherungs-



pflcht sich unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete freiwillige Mitgliedschaft anschließt.

Beispiel

Bernd Schneider, BKK-Mitglied, zeigt Interesse baldmöglichst zur AOK zu wechseln. Er teilt Ihnen mit, dass seine freiwillige Mitgliedschaft bei der BKK zum 31. 12. 2025 endet, weil sein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die ab 01. 01. 2026 geltende allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze unterschreitet. Es tritt deshalb ab 01. 01. 2026 Versicherungspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung ein.

Frage

Kann Bernd Schneider ab 01. 01. 2026 zur AOK wechseln?

Lösung

Bernd Schneider kann ohne Kündigung und Einhaltung der zwölfmonatigen Bindungsfrist ab 01. 01. 2026 zur AOK wechseln, da sich seine versicherungspflichtige Beschäftigung ab 01. 01. 2026 unmittelbar an seine kraft Gesetzes zum 31. 12. 2025 beendete freiwillige Mitgliedschaft bei der BKK anschließt.

eine Familienversicherung an, bleibt die betroffene Person kraft Gesetzes Mitglied der Krankenkasse, bei der zuletzt eine Versicherung bestanden hat.

Da insoweit ein Krankenkassenwahlrecht nicht eingeräumt wird, beginnt mit Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung auch keine erneute zwölf-monatige Bindungsfrist. Dies führt dazu, dass die Betroffenen ihre freiwillige Mitgliedschaft ohne Beachtung der Bindungsfrist sofort, jedoch unter Einhaltung der allgemeinen Kündigungsfrist kündigen können. Diese Bewertung gilt unabhängig davon, ob zuletzt vor Beginn der obligatorischen Anschlussversicherung eine Pflicht- oder Familienversicherung bestanden hat.

Gemeinsame Hinweise Krankenkassenwahlrecht vom 02. 12. 2022 Pkt. 8.3.2 Abs. 7

Beispiel

Silke Herz, ledig, seit 01. 01. 2024 IKK-Mitglied, hat ihre versicherungspflichtige Teilzeitbeschäftigung als Bckereiverkuferin zum 31. 08. 2025 beendet, da sie sich ab 01. 09. 2025 um ihre schwerpflegebedürftige Mutter kümmern muss. Nach Hinweis ihrer Krankenkasse weiß Silke Herz, dass sich ihre bisherige Pflichtmitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung ab 01. 09. 2025 als freiwillige Mitgliedschaft fortsetzt. Silke Herz hat Interesse an einem Krankenkassenwechsel zur AOK.

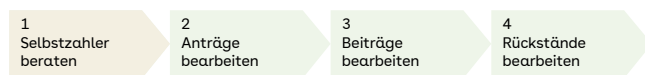
Frage

Kann Silke Herz ggf. ab wann zur AOK wechseln?

Gemeinsame Hinweise Krankenkassenwahlrecht vom 02. 12. 2022 Pkt. 3.3.1 Abs. 4

Kein sofortiges Krankenkassenwahlrecht besteht dagegen aus Anlass der Begründung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V.

Schließt sich also eine freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung unmittelbar an eine zuvor kraft Gesetzes beendete Versicherungspflicht oder



Lösung

Da sich bei Silke Herz eine freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung ab 01. 09. 2025 unmittelbar an ihre zuvor beendete versicherungspflichtige Beschäftigung anschließt, bleibt Silke Herz Mitglied bei der Krankenkasse, bei der sie zuletzt versichert war. Sie bleibt deshalb ab 01. 09. 2025 weiterhin IKK-Mitglied. Eine neue zwölfmonatige Bindungsfrist entsteht nicht.

Silke März kann jedoch ihre freiwillige IKK-Mitgliedschaft ab 01. 09. 2025 unter Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist zum 30. 11. 2025 kündigen, so dass sie ab 01. 12. 2025 zur AOK wechseln kann.

Ein sofortiges Krankenkassenwahlrecht kann bei einer neu entstandenen freiwilligen Mitgliedschaft nur eingeräumt werden, wenn diese anschließende freiwillige Mitgliedschaft nicht im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung, sondern im Zuge eines Beitritts nach § 9 SGB V bei einer anderen Krankenkasse begründet werden soll.

Beispiel

Manuel Bayer hat sein Architekturstudium am 30. 09. 2025 erfolgreich beendet. Seine versicherungspflichtige Mitgliedschaft als Student bei der Techniker Krankenkasse endet deshalb zum 30. 09. 2025. Ab 01. 10. 2025 nimmt er seine erste Beschäftigung bei einer Brückenbaufirma auf. Sein regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt überschreitet von an Beginn der Beschäftigung die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze.

Da Manuel Bayer weiterhin gesetzlich krankenversichert bleiben will, kann er sich als versicherungsfreier Berufsanfänger ab 01. 10. 2025 freiwillig krankenversichern. Manuel Bayer will seine freiwillige Mitgliedschaft bei der AOK abschließen.

Frage

Kann Manuel Bayer ab 01. 10. 2025 zur AOK wechseln?

Lösung

Da sich die freiwillige Mitgliedschaft ab 01. 10. 2025 nach Ende der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft als Student durch einen Beitritt nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V (keine OAV) vollzieht, kann Manuel Bayer eine neue Krankenkasse wählen.

Manuel Bayer kann deshalb im Rahmen seines sofortigen Krankenkassenwahlrechts ab 01. 10. 2025 als freiwilliges Mitglied zur AOK wechseln.



Merke

Ein sofortiger Krankenkassenwechsel ist bei einer neu entstandenen freiwilligen Mitgliedschaft im Rahmen der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) nicht möglich.

- beihilfeberechtigt sind und über eine ergänzende Krankheitskostenversicherung über den von der Beihilfe nicht übernommenen Kostenteil verfügen oder
- einem Sondersystem wie der freien Heilfürsorge angehören.

9.3 Kündigung der freiwilligen Krankenversicherung wegen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung

1
Selbstzahler
beraten

§ 175 Abs. 4
Satz 9 SGB V

Freiwillige Mitglieder ziehen ggf. auch einen Wechsel zur privaten Krankenversicherung in Betracht oder haben die Möglichkeit einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall.

Gemeinsame Hinweise Krankenkassenwahlrecht vom 02. 12. 2022
Pkt. 8.3.3

Wird die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall gekündigt wird, ist die allgemeine Bindungsfrist von zwölf Monaten nicht einzuhalten.

Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht z.B. für Personen, die

- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen über einen substitutiven Krankenversicherungsschutz verfügen (eine Zusatzversicherung reicht nicht aus),
- einen Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge haben,

Beispiel

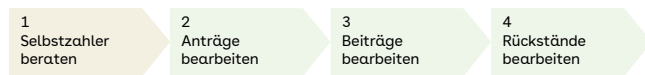
Sebastian Keller, ledig, ist seit 01. 02. 2025 als hauptberuflich selbständiger Schreinermeister freiwillig versichert und hat die AOK als Krankenkasse neu gewählt. Er will seinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz am 16. 09. 2025 kündigen, da er ein finanziell attraktives Angebot für Ledige von einer privaten Krankenversicherung vorliegen hat.

Frage

Wann kann Sebastian Keller frühestens in die private Krankenversicherung wechseln?

Lösung

Da Sebastian Keller seine freiwillige Mitgliedschaft wegen einem Wechsel zur privaten Krankenversicherung (Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung) beenden will, ist die allgemeine Bindungsfrist von zwölf Monaten (01. 02. 2025 bis 31. 01. 2026) nicht einzuhalten. Wenn er seine freiwillige Mitgliedschaft am 16. 09. 2025 bei der AOK kündigt und seinen privaten Krankenversicherungsschutz nachweist, kann die freiwillige Mitgliedschaft zum 30. 11. 2025 beendet werden. Sebastian Keller kann dann zum 01. 12. 2025 in die private Krankenversicherung wechseln.



9.4 Zuständige Pflegekasse

1
Selbstzahler
beraten

§ 48 Abs. 1
Satz 1
SGB XI

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine freiwillige Mitgliedschaft besteht. In der Umsetzung bedeutet diese Regelung, dass bei Ausübung eines Wahlrechts die Pflegeversicherung immer bei derselben Krankenkasse durchgeführt wird, bei der auch die freiwillige Krankenversicherung besteht.

Beispiel

Hans Mauer war bis 31. 05. Mitglied einer BKK. Bei der Pflegekasse dieser BKK wurde auch die Pflegeversicherung durchgeführt. Nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung macht sich Hans Mauer selbstständig. Er wählt für die freiwillige Krankenversicherung die AOK und kündigt seine Mitgliedschaft wirksam zur BKK zum 31. 05.

Folge

Hans Mauer ist ab 01. 06. bei der AOK krankenversichert und Mitglied der Pflegekasse dieser AOK.

1
Selbstzahler
beraten2
Anträge
bearbeiten3
Beiträge
bearbeiten4
Rückstände
bearbeiten

10 Beiträge freiwilliger Mitglieder

Lernbeispiel 6

Seit 01. 07. 2025 ist Ricky Kurzhals durch die OAV freiwilliges Mitglied der AOK. Am 15. 07. 2025 besucht er Sie wieder in der AOK und bittet Sie darum, einige beitragsrechtliche Fragen zu klären. Ricky Kurzhals legt Ihnen eine Gewinnvorausberechnung seines Steuerberaters vor. Aufgrund des Beratervertrags bei der Firma Möbel & Design GmbH und bereits jetzt feststehender Auftragseingänge ist von einem monatlichen Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit in Höhe von 4.425 € auszugehen. Ricky Kurzhals hat eine freiwillige Krankenversicherung ohne Krankengeldanspruch abgeschlossen. Seine wirtschaftliche Absicherung im Falle einer Arbeitsunfähigkeit ist durch eine private Krankentagegeldversicherung gewährleistet. Ricky Kurzhals hat zwei Kinder (27 und 30 Jahre alt).

Insbesondere bittet Sie Ricky Kurzhals um die Klärung folgender Fragen:

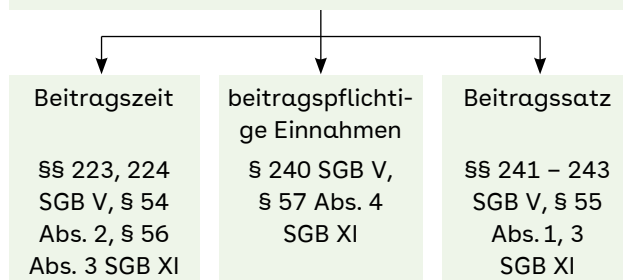
1. Wie hoch ist der monatliche Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag?
2. Wer muss die Beiträge tragen?
3. Wer muss die Beiträge an die AOK zahlen?

10.1 Faktoren für die Beitragsberechnung

3
Beiträge
bearbeiten

Die Regelungen über die Beitragsberechnung für Pflichtversicherte gelten grundsätzlich auch für freiwillige Mitglieder.

Faktoren für die Beitragsberechnung



Näheres zur Beitragsbemessung und -berechnung für freiwillige Mitglieder regeln die einheitlichen Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahlende = BVSzGs).

§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI, BVSzGs

Mit der Novellierung des § 240 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die Regelungsbefugnis zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) übertragen.

Der GKV-Spitzenverband hat für alle Krankenkassen einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder festgelegt. Durch die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahlende wird bundesweit eine einheitliche Beitragsfestsetzung nach gleichen Maßstäben sichergestellt.

Dabei wird bei der Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt. Abstufungen nach dem Familienstand oder der Zahl der familienversicherten An-

§ 240 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1, 2 SGB V



gehörigen unterbleiben. Um soziale Härten bei hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigen zu vermeiden, wurden auch weiterhin Regelungen getroffen, unter welchen Voraussetzungen von der für diesen Personenkreis grundsätzlich geltenden Mindestbemessungsgrundlage abgewichen werden kann.

10.1.1 Beitragszeit

§ 240 Abs. 2 Satz 5 i.V.m. § 223 Abs. 1, Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 54 Abs. 2 Satz 2, 3 SGB XI

Als Beitragszeit gilt grundsätzlich jeder Kalendertag der Mitgliedschaft. Dabei ist die Woche zu 7, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen. Sind Beiträge nur für einen Teil des Monats zu entrichten, so ist für die Berechnung die Anzahl der tatsächlich verbleibenden Kalendertage zu berücksichtigen.

§ 224 Abs. 1 SGB V

Für freiwillig Versicherte besteht Beitragsfreiheit, wenn – zum Beispiel wegen Arbeitsunfähigkeit – beitragspflichtige Einnahmen entfallen und deshalb ein Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung (z.B. Krankengeld bei einem freiwillig versicherten Beschäftigten) besteht.

Es sind in diesem Fall keine Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung für den Zeitraum zu entrichten, für den Anspruch auf Kranken- oder Mutterschaftsgeld besteht bzw. Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen wird. Die Vorschrift stellt somit sicher, dass die vorgenannten Leistungen dem Versicherten ungekürzt, d.h. ohne Abzug von Krankenversicherungsbeiträgen, zur Verfügung stehen.

In der Vorschrift zur Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung ist nicht ausdrücklich die Entgeltersatzleistung Krankengeld aufgeführt, da – anders als in der Krankenversicherung – während des Krankengeldbezugs vom Versicherten Beiträge aus dem Krankengeldzahlungsbetrag zur Pflegeversicherung zu entrichten sind. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“.

§ 56 Abs. 3 SGB XI

Allerdings gilt die Beitragsfreiheit ausschließlich für die durch die Entgeltersatzleistung ersetzten beitragspflichtigen Einnahmen.

Beispiel

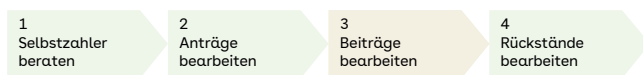
Walter Wölfe ist freiwilliges Mitglied der AOK, da sein Arbeitsentgelt die JAE-Grenze überschreitet. Am 01. 02. erkrankt er arbeitsunfähig und hat Anspruch auf Krankengeld. Weitere Einnahmen hat Walter Wölfe nicht.

Folge

Walter Wölfe ist aufgrund des Krankengeldbezugs beitragsfrei, da er neben dem Krankengeld keine weiteren Einnahmen hat und das Krankengeld beitragsfrei zur Kranken- und Pflegeversicherung ist.

Das bedeutet, dass die neben dem Bezug der Entgeltersatzleistung erzielten Einkünfte (z.B. Miet- und Pachteinnahmen, Kapitalerträge, Renten oder Versorgungsbezüge) weiterhin der Beitragspflicht unterliegen.

§ 8 Abs. 2 Satz 2 BVSzGs



Beispiel

Alina Tänzer ist freiwilliges Mitglied der AOK und hat folgende Einnahmen:

- Mieteinnahmen: 1.023 €
- Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit: 1.980 €

Sie hat die freiwillige Krankenversicherung mit Anspruch auf Krankengeld gewählt, weil bei Arbeitsunfähigkeit ihr Arbeitseinkommen wegfällt. Am 05. 04. erkrankt sie arbeitsunfähig.

Folge

Die Beitragsfreiheit bezieht sich nur auf das Arbeitseinkommen, das der Berechnung des Krankengeldes zugrunde liegt. Von den Mieteinnahmen in Höhe von 1.023 € sind weiterhin Beiträge zu zahlen.

Weitere die gesetzlichen Grundlagen ergänzende Hinweise erhalten Sie in § 8 BVSzGs (Beitragspflicht, Beitragsfreiheit).

10.1.2 Beitragspflichtige Einnahmen

§ 240 Abs. 2 Satz 5 i.V.m. § 223 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Die Beiträge versicherungspflichtiger wie auch freiwilliger Mitglieder werden nach ihren beitragspflichtigen Einnahmen bemessen.

§ 240 Abs. 1, 2, 4, 4a SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI

Der Begriff der beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder wird in § 240 SGB V näher bestimmt. Danach wird für diese Personengruppe die Beitragsbemessung in der Krankenversicherung einheitlich durch den GKV-Spitzenverband geregelt.

Es ist sicherzustellen, dass die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds berücksichtigt wird. Darüber hinaus ist zu beachten, dass mindestens die Einnahmen berücksichtigt werden, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind (vgl. Punkt 10.1.2.4 dieses Lernbriefs).

§ 240 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1 SGB V

Mit der Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist die grundsätzliche Ausrichtung der Beitragsbelastung an der Gesamtheit der Einnahmen gemeint. Welche Einnahmen im Einzelnen hierzu gehören, ist im Gesetz nicht festgelegt.

§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Aus dem Wortlaut der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahlende kann allerdings entnommen werden, dass alle Einnahmen und Geldmittel, die der Versicherte zum Lebensunterhalt verbraucht oder verbrauchen könnte, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung für die Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind, soweit sie gegenwärtig zur Verfügung stehen.

§ 3 Abs. 1 BVSzGs

Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung und Einnahmen aus Kapitalvermögen sind als beitragspflichtige Einnahmen nach Abzug von Werbungskosten zu berücksichtigen. Werbungskosten sind Aufwendungen (Ausgaben) zur Erwerbung, Sicherung und Erhaltung der Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung bzw. Kapitalvermögen.

§ 3 Abs. 1b BVSzGs

Die Krankenkassen haben bei der Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung und die Einnahmen aus Kapitalvermögen um die tatsächlichen Werbungskosten zu mindern.



Zur Vermeidung der generellen Vorlage einzelner Nachweise sieht § 3 Abs. 1b BVSzGs für Einnahmen aus Kapitalvermögen einen kalender-jährlichen Pauschbetrag in Höhe von 51 € vor. Sofern keine höheren tatsächlichen Werbungskosten nachgewiesen werden, ist in jedem Fall der Pauschbetrag in Ansatz zu bringen.

Dagegen kann der Sparer-Pauschbetrag (vormals Sparerfreibetrag) in Höhe von 1.000 € bzw. in Höhe von 2.000 € für Verheiratete nicht einkommenmindernd berücksichtigt werden, da nach § 3 Abs. 1 BVSzGs die steuerliche Behandlung nicht berücksichtigt wird.

Wegen der Vielzahl der unterschiedlichen Einnahmearten von freiwilligen Mitgliedern ist eine abschließende konkrete Aufzählung aller beitragspflichtigen Einnahmen zum Lebensunterhalt im Gesetzestext nicht möglich. Deshalb ist sowohl im § 240 Abs. 1 SGB V als auch im § 3 Abs. 1 BVSzGs eine allgemeine general-klauselartige Regelung enthalten, um sämtliche Einnahmen im vorstehenden Sinne beitragsrechtlich zu erfassen.

§ 3 Abs. 5
BVSzGs,
Anhang
BVSzGs

Zur besseren Umsetzung der beitragsrechtlichen Bewertung des Einkommensbegriffs des § 240 Abs. 1 SGB V i.V.m. den BVSzGs hat der GKV-Spitzenverband einen Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V entwickelt. Diese alphabetische Auflistung ist Richtschnur für das Handeln der Krankenkassen und dient der einheitlichen Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder. Den Katalog der Einnahmen finden Sie in Ihrer Gesetzestextsammlung oder auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes.

Zu den beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder gehören grundsätzlich alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen wie z.B.

- Arbeitsentgelt,
- Arbeitseinkommen,
- Einnahmen aus Kapitalvermögen,
- Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung,
- Zahlbetrag der Renten und Versorgungsbezüge sowie
- Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (Sozialhilfe).
- Unterhaltszahlungen an getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten stellen für Empfangende Einnahmen im Sinne des § 240 SGB V dar, obwohl sie beim Unterhaltspflichtigen bei dessen beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigen sind (z.B. das Arbeitsentgelt für versicherungspflichtige Arbeitnehmende; es kann durch Unterhaltszahlung nicht gemindert werden – Bruttoprinzip). Das Gleiche gilt für Unterhaltszahlungen nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) an getrennt lebende Lebenspartner bzw. an Lebenspartner, deren Lebenspartnerschaft durch gerichtlichen Beschluss aufgehoben wurde.

Beispiel

Harry Klein erzielt aus seiner Beschäftigung ein regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt in Höhe von 5.620 €. Seiner dauernd getrennt lebenden Ehefrau Ilona überweist er monatlich 1.050 € Unterhalt. Beide Eheleute sind freiwillig bei der AOK krankenversichert.



Folge

Das Arbeitsentgelt von Harry Klein als Einnahme im Sinne von § 240 SGB V ist grundsätzlich in Höhe von 5.620 € zu berücksichtigen. Da es aber die BBG überschreitet, ist es nur in Höhe von 5.512,50 € beitragspflichtig. Der Unterhalt in Höhe von 1.050 € ist bei Ilona Klein als Einnahme nach § 240 SGB V heranzuziehen.

- Erziehungsgeld bzw. Elterngeld
- Kindergeld wird nach geltender Rechtsauffassung ausdrücklich von den Einnahmen zum Lebensunterhalt ausgeschlossen.

Um sich abschließend einen Gesamtüberblick zu verschaffen, sehen Sie sich den alphabetisch geordneten Einnahmenkatalog des GKV-Spitzenverbandes genau an.

10.1.2.1 Saldierung von Einnahmen

Fallen bei Einnahmen zum Lebensunterhalt nicht nur Einnahmen (positive Einkünfte), sondern auch Aufwendungen (negative Einkünfte) an, stellt sich die Frage, wie diese bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigen sind.

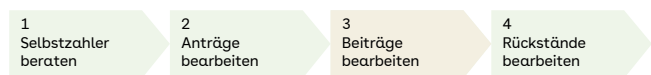
Das BSG hat für solche Fälle entschieden, dass positive Einkünfte aus einer Einkunftsart nicht mit negativen Einkünften einer anderen Einkunftsart aufgerechnet werden können. Der Verlust aus einer Einnahmeart mindert die Einnahmen aus einer anderen Einnahmeart nicht, denn mit der Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist die grundsätzliche Ausrichtung der Beitragsbelastung an der Gesamtheit der Einnahmen, nicht dagegen die Differenz zwischen Einnahmen aus einer Einnahmeart und Verlusten oder notwendigen Ausgaben aus einer anderen Einnahmeart gemeint. Ein sogenannter „vertikaler Verlustausgleich“ ist also nicht möglich.

BSG-Urteil v. 23. 02. 1995, USK 9598

Folgende Einnahmen von freiwilligen Mitgliedern zählen insbesondere nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt im Sinne des § 240 Abs. 1 SGB V i.V.m. der Anlage BVSzGs:

Anhang
BVSzGs

- Arbeitsentgelt aus einer geringfügig entlohten Beschäftigung bis zu 556 € monatlich, auf das der Arbeitgeber bereits einen Pauschalbeitrag entrichtet, wird nach geltender Rechtsauffassung bei der Beitragsbemessung zur freiwilligen Krankenversicherung nicht berücksichtigt.
- In der Pflegeversicherung sind aus dem Arbeitsentgelt aus einer geringfügig entlohten Beschäftigung weiterhin Beiträge zu berechnen, weil für den Bereich der Pflegeversicherung eine dem § 249b SGB V vergleichbare Regelung nicht existiert.
- Lohnersatzleistungen wie z.B. Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Verletzungsgeld, Übergangsgeld
- Pflegegeld aus der Pflegeversicherung und Pflegezulagen sowie an Pflegepersonen weitergereichtes Pflegegeld bleibt nach § 240 Abs. 2 Satz 4 SGB V ebenfalls unberücksichtigt.

**Beispiel**

monatliche Einkünfte:

• Arbeitseinkommen	360 €
• Zinseinnahmen	1.790 €
• Mieteinnahmen (Negativeinkunft z.B. Renovierungskosten)	– 260 €

Folge

Die Einnahmen zum Lebensunterhalt sind	360 €
	+ 1.790 €

Einnahmen im Sinne
von § 240 SGB V
insgesamt 2.150 €

Die Anrechnung der Aufwendungen
für das Mietobjekt (vertikaler Ver-
lustausgleich) ist nicht möglich, da
es sich um unterschiedliche Ein-
kunftsarten handelt.

Dagegen wird der „horizontale Ver-
lustausgleich“ (Saldierung von positi-
ven und negativen Einnahmen inner-
halb der gleichen Einkunftsart) nach
allgemeiner Rechtsauffassung für
zulässig gehalten. Damit ist die Auf-
rechnung von Einnahmen bzw. Auf-
wendungen innerhalb einer Einkunfts-
art bei der Beurteilung der Einnahmen
zum Lebensunterhalt anwendbar.

Beispiel

monatliche Einkünfte:

• Arbeitseinkommen	260 €
• Einkünfte aus Landwirtschaft	460 €
• Zinseinnahmen	511 €
• Mieteinnahmen aus Objekt A	1.280 €
• Mieteinnahmen aus Objekt B (Negativeinkunft)	– 160 €

Folge

Die Einnahmen zum Lebens-
unterhalt sind 460 €

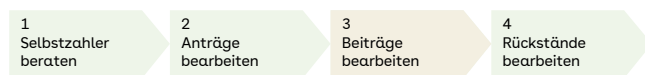
+ 460 €
+ 511 €
+ 1.280 €

Einnahmen im Sinne von § 240 SGB V	– 160 €
insgesamt	2.351 €

Die Anrechnung der Aufwendungen
für das Mietobjekt (horizontaler
Verlustausgleich) ist möglich, da
es sich um die gleiche Einkunftsart
handelt.

Merke

Bei der Beitragsbemessung ist
sicherzustellen, dass die gesam-
te wirtschaftliche Leistungsfä-
higkeit des freiwilligen Mitglieds
berücksichtigt wird.



10.1.2.2 Mindestbetrag

§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI

Nur bei freiwilligen Mitgliedern sieht das Gesetz vor, dass als beitragspflichtige Einnahme ein Mindestbetrag (Mindeststufe) zugrunde zu legen ist. Es handelt sich hier um einen kalendertäglichen Betrag von 1/90 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV.

Das heißt, dass das Ergebnis dieser Division mit 30 (Monat = 30 Tage) zu multiplizieren ist, um den monatlichen Mindestausgangswert zu ermitteln.

Durch die Fiktion eines beitragspflichtigen Mindesteinkommens soll ein vertretbarer Ausgleich von Leistung und Beitrag bei freiwilligen Mitgliedern erreicht werden. Dadurch wird verhindert, dass diese sich zu unangemessenen niedrigen Beiträgen versichern können.

BSG-Urteile v. 07. 11. 1991, USK 91123 u. 91128

Eine Unterschreitung der Mindesteinnahmegrenze kann weder damit gerechtfertigt werden, dass nach § 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Beitragsbelastung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds entsprechen soll, noch damit, dass nach § 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V mindestens diejenigen Einnahmen berücksichtigt werden müssen, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Dies hat das BSG in seinen Urteilen ausführlich dargestellt und in späteren Entscheidungen mehrfach bekräftigt.

Die monatliche Bezugsgröße beträgt im Jahr 2025 3.745 €. Dieser Wert ist für die freiwillig Versicherten in den alten und neuen Bundesländern maßgebend. Der Mindestausgangswert für die Beitragsberechnung freiwilliger Mitglieder beträgt damit monatlich 1.248,33 € (3.745 € : 90 x 30).

1. Beispiel

Ein freiwillig versichertes Kind hat keine eigenen Einnahmen.

Folge

Beiträge sind im Jahr 2025 aus monatlich 1.248,33 € zu berechnen.

2. Beispiel

Ludwig Schreiber ist freiwilliges Mitglied der AOK. Zu seinen Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören auch Miet- und Zinseinnahmen. Insgesamt verfügt er monatlich über folgende Einnahmen:

monatliche Zinsen aus Kapitaleinlage:	150 €
monatliche Mieteinnahmen:	700 €
monatliche Einnahmen insgesamt:	850 €

Dieser Betrag ist niedriger als der Mindestausgangswert für das Jahr 2025.

Folge

Für die Beitragsberechnung ist von einem monatlichen Ausgangswert in Höhe von 1.248,33 € auszugehen.

Merke

Die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung sind für den Kalendertag von mindestens 1/90 der monatlichen Bezugsgröße zu berechnen.



10.1.2.3 Höchstbetrag

§ 223 Abs. 3
SGB V, § 55
Abs. 2 SGB XI

Da die Regelungen über die Beitragsberechnung auch für freiwillige Mitglieder gelten, sind die beitragspflichtigen Einnahmen hier ebenfalls nur bis zur Höhe der JAE-Grenze nach § 6 Abs. 7 SGB V (Beitragsbemessungsgrenze der Kranken- und Pflegeversicherung) zu berücksichtigen. Das ist demnach der Höchstbetrag, von dem Beiträge berechnet werden dürfen. Dieser beträgt im Jahr 2025 kalendertäglich 183,70 € und monatlich 5.512,50 €.

Die Einnahmen können der Beitragsbemessung bis zur monatlichen BBG nur in dem Monat zugrunde gelegt werden, in dem der Anspruch auf sie besteht oder in dem sie ausbezahlt werden. Sie bleiben für die Beitragsbemessung außer Ansatz und damit endgültig beitragsfrei, wenn und soweit sie im Kalendermonat ihrer Entstehung oder Auszahlung die monatliche Beitragsbemessungsgrenze übersteigen.

Beispiel

Ein freiwilliges Mitglied hat insgesamt Einnahmen in Höhe von 5.623,50 € monatlich.

Folge

Beiträge sind im Jahr 2025 aus monatlich 5.512,50 € zu berechnen.

Auf andere Zeiträume können die Einnahmen nur umgelegt werden, soweit dies ausdrücklich vorgesehen ist. Solche Ausnahmen vom Zuflussprinzip sind im Gesetz u.a. für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (z.B. Weihnachts- oder Urlaubsgeld) vorgesehen (vgl. Punkt 10.1.2.4 dieses Lernbriefs).

10.1.2.4 Beitragspflichtige Einnahmen von freiwillig versicherten Arbeitnehmenden

Bei der Beitragsbemessung von freiwillig versicherten Arbeitnehmenden müssen mindestens die Einnahmen (besser: Arten der Einnahmen) berücksichtigt werden, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten zugrunde zu legen sind. Damit soll erreicht werden, dass freiwillige Mitglieder hinsichtlich der Beiträge nicht geringer belastet werden als vergleichbare versicherungspflichtige Arbeitnehmende. Folgende Einkünfte zählen zu den Einnahmen für versicherungspflichtig Beschäftigte:

- das Arbeitsentgelt (laufend und einmalig, § 14 SGB IV)
- der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 228 SGB V)
- der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge (z.B. Betriebsrenten, § 229 SGB V)
- das Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV), soweit es neben einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezügen erzielt wird

§ 240 Abs. 2
Satz 1, § 226
Abs. 1 Satz 1
SGB V, § 57
Abs. 4 Satz 1
SGB XI



Beispiel

Uwe Lehmann bezieht ein monatliches Gehalt in Höhe von 5.595 € aus seiner Beschäftigung als Angestellter bei der Delta GmbH. Er ist freiwillig krankenversichert bei der AOK.

Frage

In welcher Höhe ist das Gehalt von Uwe Lehmann monatlich beitragspflichtig zur Kranken- und Pflegeversicherung im Jahr 2025?

Lösung

Das Gehalt (Arbeitsentgelt) von Uwe Lehmann ist im Jahr 2025 bis zum Betrag der monatlichen BBG in Höhe von 5.512,50 € beitragspflichtig.

BSG-Urteil
v. 11.09.1995,
USK 9542

Auch einmalige Einnahmen dienen grundsätzlich der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Sie sind deshalb auch bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen.

§ 240 Abs. 2
Satz 5 SGB V,
§ 5 Abs. 3
BVSzGs

Einmalige beitragspflichtige Einnahmen sind ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt ihrer Entstehung oder des Zuflusses (Zahlung) dem jeweiligen Beitragsmonat mit einem Zwölftel des zu erwartenden Betrags für zwölf Monate zuzuordnen. Dies gilt abweichend von § 23a SGB IV auch für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt aus einer Beschäftigung. Damit wird die Aufteilung einer Einmalzahlung auf zwölf Kalendermonate als grundsätzliche Vorgehensweise festgeschrieben.

Arbeitnehmende können sich nur freiwillig versichern, wenn sie wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind. Damit liegen ihre beitragspflichtigen Einnahmen in jedem Fall über der Beitragsbemessungsgrenze. Deshalb sehen die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahlende als beitragspflichtige Einnahme für den Kalendertag 1/30 der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze vor.

§ 7 Abs. 1
BVSzGs

Beispiel

Rüdiger Klappert ist seit vielen Jahren wegen Überschreitens der JAE-Grenze versicherungsfrei in der Kranken- und Pflegeversicherung und ist deshalb freiwilliges Mitglied der AOK.

Er erhält aus seiner Beschäftigung:

- ein monatliches Gehalt in Höhe von 5.580 €
- im Juli ein Urlaubsgeld in Höhe von 2.790 €
- im November ein Weihnachtsgeld in Höhe von 5.580 €

Folge

Da Rüdiger Klappert freiwilliges Mitglied wegen Überschreitens der JAE-Grenze ist, liegen seine beitragspflichtigen Einnahmen in jedem Fall über der monatlichen BBG.

Für Rüdiger Klappert werden deshalb im Jahr 2025 die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung aus 5.512,50 € berechnet.



Merke

Für die Beitragsbemessung müssen für freiwillige Mitglieder mindestens die gleichen Einnahmen berücksichtigt werden, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten herangezogen werden.

10.1.2.5 Beitragspflichtige Einnahmen für hauptberuflich selbstständig Tätige

Wie bei allen freiwilligen Mitgliedern sind auch beim Personenkreis der hauptberuflich selbstständig Tätigen die Einnahmen zum Lebensunterhalt die Berechnungsgrundlage für die Beiträge.

§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI Gleiches gilt auch für die Mindestbemessungsgrundlage und die Beitragsbemessungsgrenze. Auch für die hauptberuflich selbstständig Tätigen gilt einheitlich der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße (2025: monatlich 1.248,33 €) als Mindestbemessungsgrundlage.

§ 223 Abs. 3 SGB V, § 55 Abs. 2 SGB XI Als Höchstbetrag für die Beitragsberechnung gilt auch hier die Beitragsbemessungsgrenze (2025: monatlich 5.512,50 €).

Diese Regelungen sind auch in der sozialen Pflegeversicherung anzuwenden.

1. Beispiel

Heidi Schwan ist hauptberuflich selbstständig tätig und freiwilliges Mitglied der AOK. Sie weist beitragspflichtige Einnahmen in Höhe von monatlich 2.395 € nach.

Folge

Es werden im Jahr 2025 monatlich 2.395 € für die Beitragsberechnung zugrunde gelegt, da die nachgewiesenen Einnahmen weniger als 5.512,50 € aber mehr als 1.248,33 € betragen.

2. Beispiel

Constanze Kunze ist nebenberuflich selbstständig tätig und freiwilliges Mitglied der AOK. Sie weist beitragspflichtige Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit von monatlich 920 € nach. Weitere Einkünfte hat sie nicht.

Folge

Es werden im Jahr 2025 für die Beitragsberechnung monatlich 1.248,33 € zugrunde gelegt, da dieser Betrag monatlich als Mindestausgangswert anzusetzen ist.



§ 15 Abs. 1 SGB IV

Bei der Betrachtung der Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit ist das Arbeitseinkommen die maßgebliche Bemessungsgrundlage. Das Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit. Das Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist.

Die Krankenkassen können diesen Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit nicht selbst feststellen. Sie sind deshalb bei freiwillig versicherten Selbstständigen auf deren Angaben und die von ihnen vorgelegten Bescheide der Finanzämter, insbesondere die Einkommensteuerbescheide, angewiesen. Der steuerliche Gewinn bei hauptberuflich Selbstständigen ist im Einkommensteuerbescheid aus der Spalte „Einkünfte aus Gewerbebetrieb“ unverändert zu entnehmen.

Da die Einkommensteuerbescheide in der Regel nicht aktuell sind, sondern – entsprechend den Bestimmungen des Einkommensteuerrechts – rückwirkend erlassen werden, muss zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen grundsätzlich der letzte Einkommensteuerbescheid zugrunde gelegt werden. Die Mitglieder sind deshalb darauf hinzuweisen, dass sie den vom Finanzamt erlassenen aktuelleren Einkommensteuerbescheid vorlegen sollen, sobald ihnen dieser vorliegt.

Im Einkommensteuerbescheid ist immer das jährlich erzielte Einkommen angegeben. Für die monatliche Beitragsbemessung ist dieser Betrag deshalb durch zwölf zu dividieren.

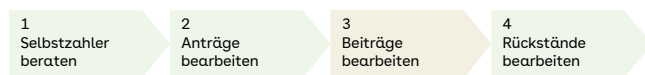
Die Ermittlung der Beiträge nach dem Arbeitseinkommen ist im § 240 Abs. 4a SGB V nachvollziehbar geregelt.

Danach werden die nach dem Arbeitseinkommen zu bemessenden Beiträge auf der Grundlage des zuletzt erlassenen Einkommensteuerbescheids vorläufig festgesetzt; dabei ist der Einkommensteuerbescheid für die Beitragsbemessung ab Beginn des auf die Ausfertigung folgenden Monats heranzuziehen. Diese vorläufig festgesetzten Beiträge werden auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr nach Vorlage des jeweiligen Einkommensteuerbescheids endgültig festgesetzt.

Damit wird klargestellt, dass die Beiträge erst dann endgültig festgesetzt werden, wenn der Einkommensteuerbescheid der entsprechenden Beitragszeit vorliegt.

Eine Ausnahme von der Vorlage eines Einkommensteuerbescheids ist bei „Existenzgründenden“ gegeben. In diesen Fällen ist der voraussichtliche, geschätzte Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit für die Bestimmung des Arbeitseinkommens maßgebend (durch Vorlage eines Steuervorauszahlungsbescheids des Finanzamts oder einer Gewinn-Vorausberechnung von Steuerberatenden), mindestens jedoch der Mindestausgangswert.

§ 240 Abs. 4a
Satz 2 SGB V



Beispiel

Alfred Neumann ist als hauptberuflich Selbstständiger freiwilliges Mitglied der AOK. Am 06. 05. 2025 legt er Ihnen seinen letzten Einkommensteuerbescheid vor:

Auszug aus dem Einkommensteuerbescheid 2024

Einkünfte aus Gewerbebetrieb	69.468 €
Summe der Einkünfte	69.468 €

Frage

Wie hoch ist die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage?

Lösung

Die Beitragsbemessungsgrundlage wird wie folgt ermittelt:

Jahresbetrag:	
69.468 € : 12 =	5.789 €
monatliche BBG:	5.512,50 €
(im Jahr 2025)	

Für die Beitragsbemessung ist der Betrag in Höhe von 5.512,50 € anzusetzen, da die monatlichen Einkünfte von Alfred Neumann die monatliche BBG überschreiten.

Die Beitragsbemessung aus Einnahmen, die daneben unabhängig von der selbstständigen Erwerbstätigkeit erzielt werden, bleibt unberührt d.h. sie werden ebenfalls bei den beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt.

Dabei ist aber insofern eine Rangfolge der beitragspflichtigen Einnahmen von hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen zu beachten, dass das Arbeitseinkommen an erster Stelle vor allen anderen beitragspflichtigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen ist.

§ 7 Abs. 3
Satz 1
BVSzGs

10.1.2.6 Beitragspflichtige Einnahmen von Existenzgründenden

Personen, die durch Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden, können von der Agentur für Arbeit einen Gründungszuschuss erhalten. Dieser Gründungszuschuss ist eine kombinierte Förderung, die in einer ersten Förderphase den Lebensunterhalt und die soziale Sicherung der Gründenden und in einer zweiten Förderphase die Finanzierung ihres Sozialversicherungsschutzes sicherstellen soll.

§§ 93, 94
SGB III

Existenzgründende erhalten monatlich:

- in der ersten Förderphase (1. bis 6. Monat) ein individuelles Arbeitslosengeld zur Sicherung des Lebensunterhalts und eine Pauschale von 300 € zur sozialen Absicherung,
- in der zweiten Förderphase (7. bis 15. Monat) weiterhin die Pauschale von 300 € zur sozialen Absicherung (Kann-Leistung).



§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI Für diese freiwillig versicherten Selbstständigen, die Anspruch auf einen Gründungszuschuss haben, gilt auch die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage, für den Kalendertag der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Das entspricht im Jahr 2025 einem Mindestausgangswert in Höhe von kalendertäglich 41,61 €, kalendermonatlich 1.248,33 € ($3.745 \text{ €} : 90 \times 30$).

Um festzustellen, ob es sich um Existenzgründende handelt, die von der Agentur für Arbeit eine Förderung erhalten, ist es erforderlich, sich in der Praxis vom Beitrittsberechtigten den Bescheid der Arbeitsagentur vorlegen zu lassen.

§ 240 Abs. 2 Satz 3 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI Der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses in Höhe von monatlich 300 € dient zur Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge während der Startphase und nicht der Sicherung des Lebensunterhalts. Aus diesem Grund kann diese Pauschale zur sozialen Sicherung des Gründungszuschusses nicht zu den beitragspflichtigen Einnahmen zählen und ist daher nicht zur Beitragsbemessung heranzuziehen.

Der andere Teil des Gründungszuschusses, das individuelle Arbeitslosengeld zur Sicherung des Lebensunterhalts in der ersten Förderphase (1. bis 6. Monat), ist aber in jedem Fall bei der Beitragsberechnung als beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.

1. Beispiel

Rudi Halm erhielt bis 31. 03. 2025 Bürgergeld. Die Zahlung von Bürgergeld wurde eingestellt, weil sich Rudi Halm ab 01. 04. 2025 als Existenzgründer selbstständig gemacht hat. Ab 01. 04. 2025 ist er freiwilliges Mitglied der AOK. Er legt der AOK den Bescheid der Agentur für Arbeit über den Gründungszuschuss vor. Dieser setzt sich aus dem Bürgergeld in Höhe von 563 € das er zuletzt bezog und der Pauschale in Höhe von 300 € zur sozialen Absicherung zusammen. Rudi Halm legt der AOK eine Gewinn-Vorausberechnung vor, die monatliche Einnahmen in Höhe von vorerst 600 € erwarten lässt.

Frage

Wie hoch ist die Beitragsbemessungsgrundlage für die freiwillige Mitgliedschaft ab 01. 04. 2025?

Lösung

Da Rudi Halm einen Gründungszuschuss erhält und seine voraussichtlichen monatlichen Einnahmen ($563 \text{ €} + 600 \text{ €} = 1.163 \text{ €}$) nicht höher als $1/90$ der monatlichen Bezugsgröße betragen, sind für die Beitragsberechnung im Jahr 2025 kalendertäglich fiktive Einnahmen in Höhe von $1/90$ der monatlichen Bezugsgröße ($2025 = 1.248,33 \text{ €}$ monatlich) zugrunde zu legen. Der zur sozialen Sicherung vorgesehene Teil des Gründungszuschusses in Höhe von 300 € bleibt unberücksichtigt.



2. Beispiel

Monika Sauer, freiwilliges AOK-Mitglied, ist als Existenzgründerin selbstständig tätig und erhält seit 01. 05. 2025 in der zweiten Phase der Bewilligung des Gründungszuschusses von der Agentur für Arbeit nur noch die Pauschale zur sozialen Absicherung von 300 €. Sie gibt der AOK an, dass sie voraussichtlich 1.450 € an monatlichem Arbeitseinkommen (lt. Steuervorauszahlungsbescheid) erzielen wird.

Frage

Wie hoch ist die Beitragsbemessungsgrundlage für die freiwillige Mitgliedschaft ab 01. 05. 2025?

Lösung

Monika Sauer ist Existenzgründerin und erhält in der zweiten Phase der Bewilligung des Gründungszuschusses von der Agentur für Arbeit nur noch die Pauschale zur sozialen Absicherung. Diese Pauschale in Höhe von 300 € bleibt bei der Beitragsbemessung unberücksichtigt. Sie gibt der AOK durch Vorlage eines Steuervorauszahlungsbescheids an, dass ihr voraussichtliches monatliches Arbeitseinkommen 1.450 € beträgt. Da die Einnahmen kalendertäglich höher sind als 1/90 der monatlichen Bezugsgröße (2025 = 1.248,33 € monatlich), beträgt der monatliche Ausgangswert für sie 1.450 € Arbeitseinkommen. Der Zuschuss zur sozialen Sicherung in Höhe von 300 € wird nicht berücksichtigt.

10.1.2.7 Beitragspflichtige Einnahmen von Schülern einer Fachschule oder Berufsfachschule

Freiwillig versicherte Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule sind beitragsrechtlich den krankenversicherungspflichtigen Studierenden, Praktikanten/Praktikantinnen und Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs gleichgestellt.

§ 240 Abs. 4 Satz 2 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI

Als Fach- oder Berufsfachschulen werden Schulen bezeichnet, deren Aufgabe es ist, allgemeine und fachliche Lerninhalte zu vermitteln und den Schüler zu befähigen, den Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf zu erlangen oder ihn zu einem Berufsabschluss zu führen, der nur in Schulen erworben werden kann. Fach- oder Berufsfachschüler sind keine Auszubildenden des Zweiten Bildungswegs und bedurften daher der besonderen Erwähnung in § 240 SGB V im Hinblick auf die beitragsrechtliche Gleichstellung mit den nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 und 10 SGB V Versicherten. Der Fach- bzw. Berufsfachschulbesuch beginnt mit der Aufnahme des Schulbesuchs und endet am Tag der bestandenen Abschlussprüfung.

Fachschulen

Fachschulen dienen einer vertieften beruflichen Aus- und Weiterbildung und werden in der Regel nach Abschluss einer ausreichenden Berufsausbildung oder einer entsprechenden praktischen Berufstätigkeit besucht. Sie dienen u.a. der landwirtschaftlichen, gartenbaulichen, technischen und verkehrswirtschaftlichen Ausbildung. Die Ausbildung muss in der Regel mindestens sechs Monate (Halbjahreskurs) dauern und dabei Zeit und Arbeitskraft des Fachschülers überwiegend in Anspruch nehmen.



Berufsfachschulen

Berufsfachschulen sind Schulen mit Vollzeitunterricht von mindestens einjähriger Dauer, für deren Besuch keine Berufsausbildung oder berufliche Tätigkeit vorausgesetzt wird. Sie dienen entweder der Vorbereitung auf einen industriellen, handwerklichen, kaufmännischen, hauswirtschaftlichen oder künstlerischen Beruf, wobei der Schulbesuch in der Regel auf die Ausbildungszeit angerechnet wird, oder gelten als voller Ersatz für eine betriebliche Berufsausbildung und schließen mit der Gesellen-, Facharbeiter- oder Gehilfenprüfung ab.

Für diese Schüler gilt für die Beitragsbemessung und Berechnung § 236 i.V.m. § 245 Abs. 1 SGB V. In der Konsequenz bedeutet dies, dass dieser Personenkreis den sogenannten Studentenbeitrag zu entrichten hat. Der für die Beitragsberechnung maßgebende Bedarfssatz (Bemessungsgrundlage) beträgt zurzeit bundeseinheitlich monatlich 855 €. Der für die Beitragsberechnung maßgebende Beitragssatz beträgt nach § 245 Abs. 1 SGB V 7/10 des bundeseinheitlich geltenden allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 %. Somit beträgt der für diesen Personenkreis geltende Beitragssatz 10,22 %.

Erhebt die Krankenkasse einen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz z.B. von 2,5 %, kommt dieser Betrag noch hinzu.

Es ergeben sich deshalb folgende monatlichen Beiträge:

Beitrag zur Krankenversicherung
(855 € x 10,22 %) 87,38 €

Kassenindividueller Zusatzbeitrag
(855 € x 2,5 %) 21,38 €

Beitrag in der Pflegeversicherung
(855 € x 3,6 %) 30,78 €

Beitrag für Kinderlose in der Pflegeversicherung (855 € x 4,2 %) 35,91 €

Näheres zur Bemessung und Berechnung des Studentenbeitrags erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Studierende und Personen im Praktikum beraten“.

Beispiel

Sabine Bauer ist seit 01. 05. Schülerin der Berufsfachschule „Mode“ in Stuttgart. Die Schulausbildung dauert fünf Semester. Sabine Bauer hat keinen Anspruch auf Familienversicherung in der GKV und ist deshalb freiwillig bei der AOK versichert. Sie ist 25 Jahre alt und hat keine Kinder. Die AOK erhebt einen Zusatzbeitrag von 2,5 %.

Frage

Wie gestaltet sich die monatliche Beitragsberechnung zur Kranken- und Pflegeversicherung?

Lösung

Für Sabine Bauer gilt ab 01. 05. als beitragspflichtige Einnahme der BAFöG-Bedarfssatz in Höhe von 855 € monatlich. Der Beitragssatz beträgt 10,22 %, dies ergibt einen monatlichen Krankenversicherungsbeitrag von 87,38 €. Hinzu kommt der Zusatzbeitrag aus 2,5 % von 21,38 €. Damit sind insgesamt 108,76 € an Krankenversicherungsbeiträgen zu zahlen. Der Pflegeversicherungsbeitrag beträgt 35,91 €, da Sabine Bauer keine Kinder hat.



Merke

Freiwillig versicherte Fach- oder Berufsfachschüler zahlen den gleichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag wie pflichtversicherte Studierende und Praktikanten und Praktikantinnen.

10.1.2.8 Beitragspflichtige Einnahmen von Anwartschaftsversicherten

§ 240 Abs. 4b SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI

Für freiwillige Mitglieder und ihre nach § 10 SGB V versicherten Angehörigen, deren Leistungsanspruch wegen eines z.B. beruflich bedingten Auslandsaufenthalts ruht oder die nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben, besteht die Möglichkeit, ihre Krankenversicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung bei der AOK aufrechtzuerhalten. Nach Rückkehr aus dem Ausland oder nach Beendigung einer Dienstzeit als Zeitsoldat ist hierdurch der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht verwehrt.

Für diesen Personenkreis sind 10 % der monatlichen Bezugsgröße (im Jahr 2025 374,50 €) als Bemessungsgrundlage maßgebend. Diese fiktive Grundlage ist für die Beitragsbemessung unabhängig von den tatsächlich Einnahmen des Mitglieds in Ansatz zu bringen.

Ein beruflicher Auslandsaufenthalt ist z.B. in den Fällen gegeben, in denen Arbeitnehmende nicht im Rahmen von Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) im Ausland beschäftigt sind.

Während dieser Zeit des berufsbedingten Auslandsaufenthalts erbringt die AOK keine Leistungen.

Beispiel

Hans Merz ist freiwilliges Mitglied der AOK. Vom 01. 08. bis 31. 12. 2025 ist er als Koch auf einem ausländischen Schiff in der Karibik beschäftigt. Hans Merz hat monatliche Einnahmen in Höhe von 2.800 €. Sein Anspruch auf Leistungen ruht während dieser Zeit nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Frage

Wie hoch ist die monatliche Bemessungsgrundlage für die Beitragsberechnung vom 01. 08. bis 31. 12. 2025?

Lösung

Die monatliche Bemessungsgrundlage beträgt vom 01. 08. bis 31. 12. 2025 374,50 €.

Merke

Bei einer Anwartschaftsversicherung sind für die Beitragsbemessung monatliche Einnahmen von 10 % der monatlichen Bezugsgröße zu berücksichtigen.

10.1.2.9 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger freiwilliger Mitglieder

Neben den Regelungen über die beitragspflichtigen Einnahmen der hauptberuflich selbstständig Tätigen finden Sie in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahlende auch Bestimmungen über die Beitragsbemessung der sonstigen freiwillig versicherten Personen (Beamte, Sozialhilfeempfangende, freiwillig versicherte Ehegatten, usw.). Machen Sie sich mit den Regelungen vertraut.

§ 240 Abs. 1 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI, § 7, § 2 Abs. 4 BVSzGs



10.1.2.10 Einstufung bei fehlendem Nachweis der beitragspflichtigen Einnahmen

§ 240 Abs. 1
Satz 1, 2
SGB V, § 6
Abs. 1
BVSzGS

Für freiwillige Mitglieder wird die Beitragsbemessung einheitlich durch den GKV-Spitzenverband geregelt. Dabei ist sicherzustellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt. Die Krankenkassen sind deshalb verpflichtet, von den freiwilligen Mitgliedern einen aktuellen Nachweis über die beitragspflichtigen Einnahmen zu verlangen.

Sofern und solange freiwillige Mitglieder die Nachweise über die beitragspflichtigen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht vorlegen, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag der dreißigste Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V).

Das heißt, die Beitragsbemessungsgrenze (2025 = 5.512,50 € monatlich) ist als Beitragsberechnungsgrundlage heranzuziehen, wenn das freiwillige Mitglied keine beitragspflichtigen Einnahmen nachweist. Diese Regelung gilt für alle freiwilligen Mitglieder.

§ 240 Abs. 1
Satz 3 SGB V

Gleichzeitig sind in bestimmten Fallkonstellationen rechtliche Instrumente für Mitglieder vorgesehen, um die ursprüngliche fehlende Mitwirkung nachzuholen und dadurch die Sanktionen der Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze rückgängig zu machen.

Mit dem Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG) vom 11. 12. 2018 wurde eine Neuregelung eingeführt. Diese ermöglicht es den freiwilligen Mitgliedern, inner-

halb einer Frist von zwölf Monaten nach endgültiger Festsetzung von Höchstbeiträgen geringere Einkünfte nachzuweisen und eine rückwirkende Reduzierung der Beiträge für die nachgewiesenen Zeiträume zu erreichen.

Das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) vom 12. 12. 2023 greift die vorgenannten rechtlichen Instrumente auf und unterzieht sie einer Modifizierung und Erweiterung.

Die Rechtsänderung durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz ist auf die Fortentwicklung dieser Regelung gerichtet. Sie lässt die vorgenannte zwölfmonatige Frist für das Nachholen der fehlenden Mitwirkung zwar unberührt, verändert gleichzeitig aber die Anforderungen an das Handeln des Mitglieds.

Nach dem neu gefassten § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V ist es künftig ausreichend, wenn das Mitglied innerhalb von zwölf Monaten nach Bekanntgabe des Bescheides der Krankenkasse über die Beitragsbemessung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze eine Neufestsetzung der Beiträge verlangt.

Entscheidend für die Fristwahrung ist nach dem neuen Recht somit der Antrag auf Neufestsetzung und nicht mehr der Nachweis der geringeren Einnahmen. Für die anschließende Nachweisführung der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen sieht das Gesetz keine Fristen vor. Die Vorlage der notwendigen Nachweise, über die die zuständige Krankenkasse im Übrigen nach pflichtgemäßem Ermessen entscheidet, ist jedoch nach wie vor zwingende Voraussetzung für die Aufhebung des Sanktions-Beitragsbescheids.



Gegen den Beitragsbescheid auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze hat das Mitglied somit innerhalb von zwölf Monaten die Möglichkeit, einen Antrag auf Neufestsetzung der Beiträge bei der Krankenkasse im Sinne des § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V zu stellen.

Maßgebend für den Beginn der zwölfmonatigen Frist ist die Bekanntgabe des Sanktions-Beitragsbescheids. Der Antrag ist an keine bestimmte Form gebunden. Die alleinige Antragstellung ohne eine gleichzeitige Nachweisführung der maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen ändert zunächst nichts am Fortbestehen der Wirksamkeit des ursprünglichen Sanktions-Beitragsbescheids.

Werden die relevanten beitragspflichtigen Einnahmen im Anschluss an die oder gleichzeitig mit der Antragstellung nachgewiesen, sind die Beiträge per Bescheid neu festzusetzen. Hierbei werden anstelle der Beitragsbemessungsgrenze für die nachgewiesenen Zeiträume die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen, ggf. unter Berücksichtigung der Mindestbemessungsgrundlage, zugrunde gelegt.

Lässt ein Mitglied die zwölfmonatige Antragsfrist verstreichen und holt später seine Mitwirkung nach, führt die nachgeholte Vorlage des Einkommensnachweises nur zukunftsbezogen zu einer Korrektur der Beitragsbemessung. Die zukunftsbezogene Berücksichtigung der nachgewiesenen Änderungen findet ab dem ersten Tag des auf die Vorlage folgenden Monats statt.

Beispiel

Maria Baumann ist seit 01.03.2025 freiwilliges Mitglied der AOK. Trotz Aufforderung durch ihre AOK, legt sie zunächst keinen Nachweis über ihre beitragspflichtigen Einnahmen vor. Die AOK teilt ihr deshalb durch Beitragsbescheid vom 23.04.2025 mit, dass ab 01.03.2025 für die Berechnung ihrer Beiträge die Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 5.512,50 € zugrunde gelegt wird.

Am 11.02.2026 stellt Maria Baumann bei der AOK einen formlosen Antrag auf eine Neufestsetzung der Beiträge. Am 22.05.2026 erhält die AOK von Maria Baumann einen Einkommensnachweis über monatliche Miteinnahmen von 850 €, weitere Einkünfte hat sie nicht.

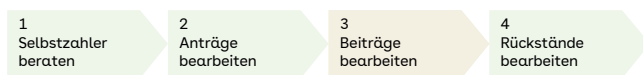
Frage

Wie ist der am 22.05.2026 vorgelegte Einkommensnachweis über 850 € Miteinnahmen bei der Beitragseinstufung von Maria Baumann zu berücksichtigen?

Lösung

Die AOK hat wegen fehlender Mitwirkung von Maria Baumann mit Beitragsbescheid vom 25.04.2025 ab 01.03.2025 den Höchstbeitrag festgesetzt. Da Maria Baumann innerhalb von zwölf Monaten (24.04.2025 – 23.04.2026), konkret am 11.02.2026 Antrag auf eine Neufestsetzung der Beiträge stellt und am 22.05.2026 Miteinnahmen in Höhe von 850 € nachweist, ist die Beitragsberechnung rückwirkend ab 01.03.2025 durch die AOK zu korrigieren.

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



Da die Mietnahmen von 850 € unter der monatlichen Mindestbemessungsgrundlage von 1.248,33 € liegen, sind die Beiträge rückwirkend ab 01.03.2025 aus 1.248,33 € zu berechnen. Zuviel gezahlte Beiträge sind ggf. zu erstatten.

Der bisherige Satz 4 in § 240 Abs. 4a SGB V wird durch die neuen Sätze 4 bis 8 ersetzt. Die endgültige vergangenheitsbezogene Beitragsfestsetzung bei Mitgliedern, die ihre Mitwirkungspflichten verletzt haben, gestaltet sich künftig nun auch mehrstufig.

§ 240 Abs. 4a Satz 1 SGB V Für die laufende zukunftsbezogene Beitragsfestsetzung aus dem Arbeits-einkommen gilt das beschriebene neue Verfahren entsprechend. Die Verletzung der Mitwirkungspflichten durch einen freiwillig versicherten Selbstständigen führt ebenfalls zur Beitragsbemessung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze. Es gilt jedoch die Besonderheit, dass diese zukunftsbezogene Beitragsfestsetzung vorläufig erfolgt.

Für die erste Stufe in diesem Prozess gilt: Weist das Mitglied seine tatsächlichen Einnahmen auf Verlangen der Krankenkasse nicht innerhalb von drei Jahren nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres nach, werden die zunächst vorläufig festgesetzten Beiträge unter Zugrundelegung beitragspflichtiger Einnahmen in Höhe des Betrags der Beitragsbemessungsgrenze endgültig festgesetzt. Insoweit gilt die bisherige Krankenkassenpraxis.

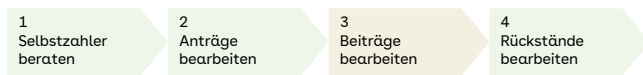
§ 240 Abs. 4a Satz 1 bis 3 SGB V Demnach werden die Beiträge zunächst vorläufig anhand der durch das Mitglied nachgewiesenen voraussichtlichen Einnahmen und später endgültig auf Grundlage der tatsächlich erzielten beitragspflichtigen Einnahmen für das jeweilige Kalenderjahr festgesetzt.

Abweichend von dem bisherigen Recht, erhalten die Mitglieder künftig eine Reaktionsmöglichkeit auf diese „endgültige“ Beitragsfestsetzung (zweite Stufe). Nach dem neu eingeführten § 240 Abs. 4a Satz 7 SGB V kann das Mitglied innerhalb von zwölf Monaten nach Bekanntgabe des Sanktions-Beitragsbescheides der Krankenkasse einen (formlosen) Antrag auf die Neufestsetzung der Beiträge für das jeweilige Kalenderjahr stellen. Um diese zu bewirken, muss das Mitglied die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen per Einkommensteuerbescheid gegenüber der zuständigen Krankenkasse nachweisen.

§ 240 Abs. 4a Satz 4 bis 8 SGB V Der Nachweis für ein Kalenderjahr muss binnen einer Frist von drei Jahren erbracht werden, anderenfalls gilt die endgültige vergangenheitsbezogene Beitragsfestsetzung unter Zugrundelegung von Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze.

Die vorgenannte Dreijahresfrist wurde in der Krankenkassenpraxis nach dem bisherigen Recht als materiell-rechtliche Ausschlussfrist verstanden. Um den damit möglicherweise einhergehenden Härtefällen entgegenzuwirken, sieht das Pflegestudiumstärkungsgesetz die Neuordnung dieses Verfahrens vor.

Für die Nachweisführung ist hierbei keine Frist vorgesehen. Es gilt dem Grunde nach das gleiche Regelungskonstrukt wie in dem neu gefassten § 240 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Insoweit wird grundsätzlich auf die bereits genannten Erläuterungen verwiesen.



Abweichend von diesen Ausführungen ist es jedoch festzuhalten, dass im Falle des Verstreichens der zwölfmonatigen Antragsfrist dem Mitglied keine rechtlichen Instrumente mehr zur Verfügung stehen, um eine Änderung der Beitragsbemessung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze zu bewirken. Diese ist dann unveränderbar.

Weitere zusätzliche Ausführungen zur Beitragsfestsetzung im Anwendungsbereich des § 240 SGB V im Falle der nachgeholten Mitwirkung bei freiwillig versicherten Selbstständigen finden Sie in der Ergebnisniederschrift Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes vom 20.11.2023.

§ 240 Abs. 1
Satz 4 SGB IV

Darüber hinaus ist eine zweite Fallkonstellation vorgesehen, bei der die Krankenkasse den ursprünglichen Sanktionsbescheid rückwirkend zugunsten des Mitglieds zu korrigieren hat. Dabei wird die Krankenkasse verpflichtet, von Amts wegen – also ohne Nachweisführung durch das Mitglied – die Beitragsfestsetzung auf Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze rückwirkend zu korrigieren, wenn aufgrund hinreichender Anhaltspunkte klar ist, dass die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds die jeweilige Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nicht überschreiten.

Als Anhaltspunkte in diesem Sinne kommen zunächst die Informationen in Frage, die der Krankenkasse durch Meldung Dritter bekannt werden (z.B. Meldungen der Leistungsträger über die Hilfebedürftigkeit nach SGB II). Als

Anhaltspunkte in diesem Sinne können auch die Aktivitäten des Mitglieds angenommen werden, die den Anforderungen an die Nachweisführung nicht entsprechen (z.B. bestimmte Erklärungen des Mitglieds im Rahmen der Vollstreckung ohne Abgabe des Einkommensfragebogens bei der Krankenkasse).

Mit der Verwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs „hinreichende Anhaltspunkte“ hat sich der Gesetzgeber bewusst gegen eine abschließende Aufzählung fest umrissener Sachverhalte auf der Tatbestandsseite der Rechtsnorm entschieden. Stattdessen soll die Regelung durch die arbeitstägliche Praxis der Krankenkassen „mit Leben gefüllt“ werden, wodurch die Rechtsanwendung dieser Regelung einer gewissen Entwicklung unterworfen wird. Verfolgen Sie deshalb, wie sich diese Regelung bei Ihrer AOK entwickelt hat.

Hinsichtlich der Auslegung von „hinreichenden Anhaltspunkten“ können Sie auch für die arbeitstägliche Praxis in der Niederschrift der Fachkonferenz Beiträge des GKV-Spitzenverbandes am 20. 11. 2018 weitere konkrete Informationen finden.

10.1.2.11 Veränderungen der beitragspflichtigen Einnahmen

Ändern sich die Einkommensverhältnisse von freiwillig Versicherten, so wird die neu festgesetzte Beitragsbemessung vom Zeitpunkt der Änderung an wirksam.

§ 6a Abs. 1
BVSzGS



Beispiel

Gert Berger ist seit vielen Jahren freiwilliges Mitglied der AOK. Bei der Beitragsberechnung wird derzeit die Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt, da er bisher Miet-einkünfte aus zehn Wohneinheiten in Höhe von 6.000 € monatlich nachweist. Am 15. 07. 2025 teilt er schriftlich mit, dass seit 01. 05. 2025 eines seiner Mietshäuser umgebaut wird und deshalb bis auf weiteres seine Mieteinnahmen nur noch 3.500 € monatlich betragen, da derzeit drei Wohneinheiten nicht vermietet werden können.

Frage

Ab wann wird die Änderung der Mieteinnahmen bei der Beitragsbe-rechnung berücksichtigt?

Lösung

Die Änderung der Mieteinnahmen wird trotz Nachweis vom 15. 07. 2025 rückwirkend ab der Änderung der Einkommensverhältnisse, also ab 01. 05. 2025, wirksam. Da sein Einkommen von 3.500 € über der monatlichen Mindestbemessungs-grundlage von 1.248,33 € und unter der monatlichen Beitrags-bemessungsgrenze in Höhe von 5.512,50 € liegt, sind die Beiträge rückwirkend ab 01. 05. 2025 aus 3.500 € zu berechnen.

Sie sollten Versicherte, die zunächst keine Angaben über ihre Einkünfte ge-macht haben, auf diese Regelungen aufmerksam machen. Verdeutlichen Sie ihnen, dass fehlende Angaben zu ihrem eigenen Nachteil sind und Sie diese Nachteile gern vermeiden möch-ten.

Im Übrigen ist der Versicherte für Angaben, die die AOK für die Durch-führung der freiwilligen Versicherung benötigt, auskunftspflichtig. Diese Auskunftspflicht umfasst folgende Be-reiche:

§ 206 Abs. 1
SGB V,
§ 50 Abs. 3
SGB XI

- unverzügliche Auskunft über Tat-sachen, die zur Feststellung der Versicherungs- oder Beitragspflicht erforderlich sind
- unverzügliche (und unaufgeforderte) Mitteilung von Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststel-lung der Versicherungs- bzw. Bei-tragspflicht erheblich sind und nicht bereits durch Dritte gemeldet wer-den (z.B. Gewerbean- und -abmel-dungen, Bescheide über den Bezug und die Höhe von Sozialleistungen oder anderem Einkommen)
- auf Verlangen unverzügliche Vorlage von Unterlagen, aus denen die Tat-sachen oder Änderungen hervorge-hen, z.B. Einkommensteuerbescheide.

Um die Beiträge von freiwilligen Mit-gliedern möglichst korrekt zu be-rechnen, hat der Gesetzgeber die Krankenkassen dazu verpflichtet, einen aktuellen Nachweis über die bei-tragspflichtigen Einnahmen bei ihren Versicherten zu verlangen.

§ 6 Abs. 1
BVSzGs

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



§ 6 Abs. 2 BVSzGs

Zur Feststellung der aktuellen Einkommensverhältnisse hat sich in der Praxis der Krankenkassen eine grundsätzlich jährliche Einkommensüberprüfung als sinnvoll und sachgerecht erwiesen, so wie es der Gesetzgeber auch vorsieht. Sie dient im Interesse aller Beitragszahlenden dem Zweck, die Einnahmen zeitnah und vollständig zu erheben, damit die Mittel für die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen.

Es ist der Krankenkasse freigestellt, die Einkommensverhältnisse individuell je Mitglied im jährlichen Turnus zu überprüfen oder eine jährliche stichtagsbezogene Überprüfung aller oder bestimmter Personengruppen vorzunehmen. Der Prüfturnus kann auf einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten ausgeweitet werden, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, dass keine Änderungen in den für die Beitragspflicht relevanten wirtschaftlichen Verhältnissen eingetreten sind.

Verschaffen Sie sich einen Überblick, wie die Einkommensprüfung der freiwilligen Mitglieder, insbesondere der einzelnen Personenkreise wie z.B. den freiwillig versicherten Selbstständigen, bei Ihrer AOK durchgeführt wird.

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



Beispiel eines Formulars aus der AOK-Praxis, um die für die Beitragsberechnung zu berücksichtigenden Einnahmen des Versicherten festzustellen:



Einkommensanfrage
AOK Gesund

Ihr AOK-Ansprechpartner:

Angaben zur Person Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt lebend Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder: _____	
Angaben zur Tätigkeit/Beschäftigung <input type="checkbox"/> Selbstständiger Art der Tätigkeit _____ Anzahl der Arbeitnehmer _____ <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer als _____ Arbeitgeber _____ <input type="checkbox"/> Beamter Dienstbezeichnung _____ Dienstherr _____ <input type="checkbox"/> Soldat auf Zeit/ Dienstbezeichnung _____ <input type="checkbox"/> Ruhegeldempfänger <input type="checkbox"/> Rentner/Pensionär <input type="checkbox"/> Berufssoldat <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Schüler/Student vorauss. bis _____ /Schulart _____ <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> sonstiges (z. B. Anwartschaftsversicherung) _____	
Angaben zu meinen Einnahmen 1. Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 5.512,50 EUR <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, brauchen Sie die nachstehenden Fragen nur zu beantworten, wenn Sie eine Rente/Versorgungsbezüge erhalten.	
Bitte fügen Sie zu den folgenden Einkünften jeweils aktuelle Nachweise bei (z. B. letzter Einkommensteuerbescheid, Verdienstschein, Zinsbescheinigung usw.)	
2. Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit/Gewerbebetrieb	jährl. _____ EUR
Art des Gewerbes _____ Der Steuerbescheid _____ (Steuerjahr) liegt noch nicht vor. Die Steuererklärung wurde am _____ beim Finanzamt eingereicht.	
3. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft	jährl. _____ EUR
4. Lohn/Gehalt aus nichtselbstständiger Arbeit/Dienstbezüge	jährl. _____ EUR
(voraussichtliche Bruttoeinnahmen einschließlich Einmalzahlungen/Sachbezügen - z. B. Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld – im Jahre 2025)	
4.1 Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung („Mini-Jobs“)	mtl. _____ EUR
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen	jährl. _____ EUR
(z. B. Zinsen, Dividenden usw. vermindert um Werbungskosten aber ohne Abzug des Sparerpauschbetrages)	
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	jährl. _____ EUR
(Bruttoeinnahmen abzüglich Werbungskosten)	
7. Sonstige Einkünfte, z. B.	
- Rente der gesetzlichen Rentenversicherung (Bruttorente ohne Beitragszuschuss)	mtl. _____ EUR
- Rente aus dem Ausland (Bruttorente. Bitte akt. Bescheid oder Kto.-Auszug beilegen)	mtl. _____ EUR
- Versorgungsbezüge (z. B. Pensionen, Betriebsrente) einschließlich Sonderzahlungen	mtl. _____ EUR
- Leistungen nach dem SGB XII/Sozialhilfe (Angaben sind nicht erforderlich bei Unterbringung in stationärer Einrichtung)	mtl. _____ EUR
- Sonstige Einnahmen und Geldmittel (z. B. Abfindungen, private Lebensversicherungen, priv. Renten, Unfallrenten usw.): _____	mtl. _____ EUR
<input type="checkbox"/> Ich verfüge nicht über eigene Einnahmen. Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch: _____	mtl. _____ EUR
Art der Einnahmen (z. B. Unterhalt, BAföG) _____	
Angaben zu meinem Ehegatten/Lebenspartner (Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG) Name, Vorname: _____ ist selbst krankenversichert: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; bei _____ ausgeübter Beruf: _____ (Krankenkasse)	
hat eigenes Einkommen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; in folgender mtl. Höhe: _____ EUR	
Vorstehende Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Wenn sich meine Einkommensverhältnisse ändern, werde ich Sie umgehend benachrichtigen und geeignete Nachweise (z. B. Einkommensteuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.	
Datum, Unterschrift des Mitgliedes _____ Telefonnummer für Rückfragen _____	
Datenschutzhinweis Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und/oder § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge nach § 240 SGB V und/oder § 57 SGB XI, deren Tragung und Zahlung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 206 SGB V erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Feststellung der Beitragshöhe führen. *Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter https://aok.de/rps/datenschutzrechte oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de .	



10.1.3 Beitragssätze

10.1.3.1 Beitragssätze in der freiwilligen Krankenversicherung

§ 241, § 243
Satz 1, 3
SGB V

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds legt die Bundesregierung für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, also auch für die freiwilligen Mitglieder, den allgemeinen und ermäßigten Beitragssatz durch Rechtsverordnung in Hundertstel der beitragspflichtigen Einnahmen fest.

Der bundeseinheitliche allgemeine Beitragssatz beträgt derzeit 14,6 %.

Der bundeseinheitliche ermäßigte Beitragssatz beträgt derzeit 14,0 %.

Der Beitrag zur freiwilligen Krankenversicherung ist somit der prozentuale Anteil (Beitragssatz) der beitragspflichtigen Einnahmen.

Bei der Frage, ob der allgemeine oder ermäßigte Beitragssatz für freiwillige Mitglieder anzuwenden ist, ist ein Anspruch auf Krankengeld maßgebend.

§ 44 Abs. 1
SGB V

Krankengeldanspruch haben versicherte Arbeitnehmende, wenn sie bei Arbeitsunfähigkeit für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben. Freiwillige Mitglieder, die diese Voraussetzungen erfüllen, sind versicherungsfreie Arbeitnehmende, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben und freiwillig versichert sind. Somit ist bei diesem freiwillig versicherten Personenkreis der allgemeine Beitragssatz anzuwenden.

§ 243 Satz 1,
§ 44 Abs. 2
Satz 1 Nr. 2
SGB V

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld bzw. bei Arbeitsunfähigkeit keinen Verdienstausschlag haben, ist der Beitragssatz entsprechend zu ermäßigen.

Da die meisten freiwillig Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit keinen Verdienstausschlag haben, ist überwiegend der ermäßigte Beitragssatz bei der Beitragsberechnung zugrunde zu legen ist.

Eine besondere Regelung gibt es für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die freiwillig versichert sind. Grundsätzlich hat dieser Personenkreis keinen Anspruch auf Krankengeld. Hat der hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige aber bei Arbeitsunfähigkeit einen Verdienstausschlag, kann er mittels einer schriftlichen Wahlerklärung bestimmen, dass die freiwillige Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll.

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die eine Wahlerklärung abgegeben haben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. In der Konsequenz ist dann bei diesen hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen ebenfalls der allgemeine Beitragssatz anzuwenden.

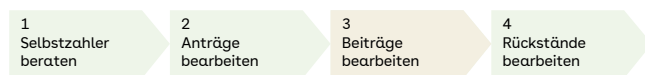
§ 46 Satz 2
SGB V

Zusätzlich haben die Krankenkassen für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die freiwillig versichert sind, im Rahmen der ihnen in § 53 Abs. 6 SGB V eingeräumten Gestaltungsfreiheit Krankengeldwahltarife anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 SGB V oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen. Näheres hierzu erfahren Sie unter dem Punkt 11.1 dieses Lernbriefs.

§ 53 Abs. 6
SGB V

Der ermäßigte Beitragssatz gilt jedoch nicht für Anwartschaftsversicherte, die nach § 240 Abs. 4a SGB V bei der AOK freiwillig versichert sind. Für diese ist nach wie vor der allgemeine Beitragssatz maßgebend.

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



§ 242 Abs. 1 Satz 1 SGB V Sowie eine Krankenkasse einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben muss, weil ihr die aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel nicht ausreichen, ist dieser Beitragssatz auch für die freiwilligen Mitglieder dieser Krankenkasse anzuwenden.

§ 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V Die Krankenkassen haben den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen jedes Mitglieds zu erheben. Freiwillige Mitglieder sind auch verpflichtet, ggf. den Zusatzbeitrag zu bezahlen.

§ 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V Die Höhe des Zusatzbeitragssatzes regelt jede Krankenkasse in ihrer Satzung, d. h. den kassenindividuellen Zusatzbeitrag Ihrer AOK entnehmen Sie Ihrer Satzung.

In diesem Lernbrief verwenden wir der Einfachheit halber einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von 2,5 %.

§ 220 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V Der Zusatzbeitrag ist originärer Bestandteil des Krankenversicherungsbeitrags. Mithin findet für den Zusatzbeitrag die für die sonstigen Beiträge maßgeblicher beitragsrechtlichen Regelungen grundsätzlich entsprechende Anwendung.

Beispiel

Die folgenden Personen sind freiwillig bei der AOK versichert:

1. Der Arbeitnehmer Herbert Klausner hat im Fall der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf sechs Wochen Entgeltfortzahlung. Danach hat er Anspruch auf Krankengeld.

2. Petra Sonnenfeld sichert ihren Lebensunterhalt durch Mieteinnahmen und ist deshalb ohne Anspruch auf Krankengeld versichert.

3. Wilfried Ostermeier ist als Optikermeister hauptberuflich selbstständig erwerbstätig. Als „Ein-Mann-Betrieb“ fallen seine Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit bei Arbeitsunfähigkeit aus. Er hat deshalb den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld gewählt.

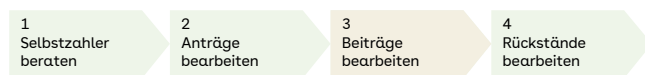
Frage

Welcher Beitragssatz ist bei diesen freiwilligen Mitgliedern für die Berechnung der freiwilligen Krankenversicherungsbeiträge anzuwenden?

Lösung

- | | |
|------------------------|---------------------------------------|
| 1. Herbert Klausner | allgemeiner Beitrags-satz
(14,6 %) |
| 2. Petra Sonnenfeld | ermäßigter Beitrags-satz
(14,0 %) |
| 3. Wilfried Ostermeier | allgemeiner Beitrags-satz
(14,6 %) |

Zusätzlich kommt jeweils der Zusatzbeitragssatz von 2,5 % hinzu.



10.1.3.2 Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung

§ 55 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB XI
Der einheitliche Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung wird gesetzlich festgelegt. Er gilt bundesweit für alle Pflegekassen und beträgt derzeit 3,6 %.

§ 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI
Von Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die keine Kinder haben oder hatten, ist ein Beitragszuschlag für Kinderlose zu erheben. Der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung von 3,6 % erhöht sich in diesen Fällen um 0,6 Beitragssatzpunkte auf 4,2 %.

§ 55 Abs. 3 Satz 2, 3 SGB XI, GR v. 11. 07. 2023, Ziff. 2.2 – 2.6
Der Beitragszuschlag für Kinderlose in der sozialen Pflegeversicherung ist für folgende Personenkreise nicht zu erheben:

- Mitglieder, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Mitglieder, die vor dem 01. 01. 1940 geboren sind
- Wehr- und Zivildienstleistende
- Mitglieder, die Bürgergeld beziehen
- Mitglieder mit nachgewiesener Elterneigenschaft

§ 55 Abs. 3 Satz 4 SGB XI
Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten bis zum fünften Kind mit einem Abschlag in Höhe von 0,25 % für jedes Kind entlastet. Bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Der Abschlag gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

Für Mitglieder gelten aktuell folgende Beitragssätze. Die in Klammern genannten Werte gelten bei Anwendung des halben Beitragssatzes.

GR v. 11. 07. 2023
Ziffer 3.2

Anzahl der berücksichtigungs-fähigen Kinder	maßgebender Beitragssatz in Prozent
1 Kind	3,6 (1,8)
2 Kinder	3,35 (1,55)
3 Kinder	3,1 (1,3)
4 Kinder	2,85 (1,05)
5 und mehr Kinder	2,6 (0,8)

Näheres zum Beitragszuschlag für Kinderlose, insbesondere zur Feststellung der Elterneigenschaft und zum Beitragsabschlag bei zwei und mehr Kindern, erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Eingang der Beitragsnachweise sowie Zahlungseingang überwachen, Unstimmigkeiten aufklären“.

10.2 Beitragsberechnung nach den tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen

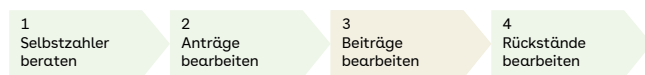
Für die Berechnung der Beiträge sind die beitragspflichtigen Einnahmen (bis zur BGG) anzusetzen, die im zu berechnenden Zeitraum (Beitragsmonat) tatsächlich erzielt worden sind bzw. auf die tatsächlich ein Anspruch besteht.

Eine Rangfolge der zu berücksichtigenden Einnahmen ist nur zu beachten, wenn es sich bei dem Kunden bzw. bei der Kundin um eine freiwillig versicherte, hauptberuflich selbstständig erwerbstätige Person handelt.

3 Beiträge bearbeiten

§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI, § 5 BVSzGs

§ 7 Abs. 6 BVSzGs



Bei freiwillig versicherten Renteberechtigten ist ebenfalls die Rangfolge der beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigen.

Der auf den Kalendermonat bezogene centgenaue Ausgangswert ist durch 30 zu dividieren und ergibt den kalendertäglichen Bemessungswert.

Beispiel

tatsächliche monatliche Einnahmen zum Lebensunterhalt:	3.125,40 €
monatliche BBG 2025:	5.512,50 €
kalendertägliche BBG 2025:	183,75 €

Folge

monatlicher Ausgangswert:	3.125,40 €
kalendertäglicher Ausgangswert: $(3.125,40 \text{ €} : 30) =$	104,18 €

Bei vollen Kalendermonaten bestehen jedoch keine Bedenken, anstelle des kalendertäglichen Ausgangswerts direkt den monatlichen Ausgangswert für die Beitragsberechnung heranzuziehen. Bei Teilmonaten muss dagegen zunächst der kalendertägliche Ausgangswert ermittelt werden.

§ 9 Abs. 2
BVSzGs

Dies geschieht durch Division des centgenauen Ausgangswerts durch 30. Der auf den Teilmonat bezogene Ausgangswert ergibt sich durch Multiplikation des kalendertäglichen ungerundeten Ausgangswerts mit den tatsächlichen beitragspflichtigen Tagen (SV-Tage) des maßgebenden Kalendermonats.

Beispiel

Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft:	16. 07. 2025
tatsächliche monatliche Einnahmen zum Lebensunterhalt:	2.500,00 €
BBG kalendertäglich:	183,75 €

Folge

Ausgangswert im Juli 2025 kalendertäglich:	83,33 € (2.500 € : 30)
Ausgangswert für die Zeit vom 16. bis 31. 07. 2025 (16 SV-Tage):	1.333,33 € (83,33 € [ungerundet] x 16)

Hinweis

Der Beitrag zur freiwilligen Krankenversicherung ergibt sich aus der Summe der getrennt berechneten gerundeten Anteile. Dies sind zum einen der Anteil, der unter Berücksichtigung der gesetzlich geregelten Beitragssätze (14,6 % bzw. 14,0 %) berechnet wird und zum anderen der Anteil, der auf der Grundlage des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes nach § 242 SGB V zu berechnen ist.

§ 9 Abs. 1a
BVSzGs

Die Beitragsberechnung selbst erfolgt unter Ansatz des jeweils maßgeblichen Beitragssatzes auf die beitragspflichtigen Einnahmen. Die vom freiwilligen Mitglied zu zahlenden Beiträge werden dann sowohl für den gesetzlichen Krankenversicherungsbeitrag als auch für den Zusatzbeitrag nach folgenden Berechnungsformeln ermittelt:



beitragspflichtige Einnahmen x
ermäßigter Beitragssatz (Ergebnis runden)
100

beitragspflichtige Einnahmen x
Zusatzbeitragssatz (Ergebnis runden)
100

Beitrag zur Krankenversicherung =
Addition der gerundeten Ergebnisse

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist spätestens am drittletzten Bankarbeitstag des Monats, in dem die Beschäftigung oder Tätigkeit, mit der das Arbeitsentgelt oder Arbeits-einkommen erzielt wird, ausgeübt worden ist oder als ausgeübt gilt, in voraussichtlicher Höhe der Beitrags-schuld fällig. Ein eventuell verbleiben-der Restbeitrag ist mit der nächsten Fälligkeit zu zahlen. Diese gesetzliche Regelung hat die AOK auch in ihre Satzung übernommen.

§ 23 Abs. 1
Satz 2
SGB IV

Diese Fälligkeit für den Gesamtsozial-versicherungsbeitrag gilt nicht für die Kranken- und Pflegeversicherungsbei-träge der bei der Krankenkasse frei-willig Versicherten.

Hier bleibt es bei der Fälligkeit zum 15. des Monats, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind.

§ 23 Abs. 1
Satz 5
SGB IV

Die Beiträge werden monatlich er-hoben. Fälligkeitstag ist der 15. des Monats für die für den Vormonat zu zahlenden Beiträge. Der GKV-Spitzen-verband hat damit in den BVSzGs eine einheitliche Fälligkeitsregelung für die von den sogenannten Selbstzahlenden zu entrichtenden Beiträgen verankert. Für den Zusatzbeitrag als Teil des Krankenversicherungsbeitrags gelten keine besonderen Regelungen, es gilt die gleiche Fälligkeit. Fällt der 15. des Monats auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, ver-schiebt sich der Fälligkeitstag auf den nächstfolgenden Werktag.

§ 10 Abs. 1
BVSzGs

Dieser festgeschriebene Fälligkeits-tag ist als spätester Zeitpunkt für die Zahlung der Beiträge durch und für alle freiwilligen Mitglieder maßge-bend. Dies gilt dementsprechend auch dann, wenn die Beiträge vom Arbeit-geber im Rahmen des Firmenzahler-verfahrens abgeführt werden. Möglich

10.3 Beitragstragung und -zahlung

3
Beiträge
bearbeiten

§ 250 Abs. 2,
§ 252 Abs. 1
Satz 1 SGB V,
§ 59 Abs. 4
Satz 1,
§ 60 Abs. 1
Satz 1
SGB XI

Die Beiträge zur Kranken- und Pflege-versicherung sind von den freiwilligen Mitgliedern allein zu tragen. Somit sind sie auch Beitragsschuldende (Bei-tragszahlende) und haben dafür zu sorgen, dass die Beiträge pünktlich bei der AOK eingehen.

Unabhängig davon können freiwil-lig versicherte Arbeitnehmende und Arbeitgeber vereinbaren, dass der Ar-beitgeber die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung und zur Pflege-versicherung direkt vom Arbeitsent-gelt einbehält und (ggf. zusammen mit den Beiträgen für die versicherungs-pflichtigen Arbeitnehmenden) an die AOK überweist. Diese Kunden bzw. Kundinnen erkennen Sie an der Ver-sichertenart „511“ bzw. der Beitrags-gruppe „9111“. Beitragschuldende Person bleibt aber auch in diesen Fäl-len das freiwillige Mitglied.

10.4 Fälligkeit der Beiträge

3
Beiträge
bearbeiten

§ 23 Abs. 1
Satz 1
SGB IV

Hinsichtlich der Fälligkeit der Beiträge gelten die allgemeinen Bestimmungen. Danach werden laufende Beiträge ent-sprechend den Regelungen der Satzung der AOK und den Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes fällig.



bleibt selbstverständlich eine Beitragszahlung durch den Arbeitgeber zum Fälligkeitstag für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag (drittletzter Bankarbeitstag des Monats für die Beiträge des laufenden Monats), wenn die Beschäftigten dieser Verfahrensweise zustimmen.

10.5 Berechnung von Säumniszuschlägen bei freiwilligen Mitgliedern

4 Rückstände bearbeiten

Laufende Beiträge, die geschuldet werden, werden entsprechend den zuvor genannten Regelungen fällig. Für Beiträge, die das freiwillige Mitglied nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstags gezahlt hat, sind Säumniszuschläge zu erheben.

§ 24 Abs. 1 SGB IV

Für freiwillige Beiträge, die nicht bis zum Fälligkeitstag gezahlt sind, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis einen Säumniszuschlag von 1 % des rückständigen, auf 50 € nach unten abgerundeten Beitrags zu zahlen.

Beispiel

Die Beiträge eines freiwilligen Mitglieds (monatlicher Beitrag 513,60 €) sind ab Soll-Monat April (Fälligkeit am 16. 05.) rückständig. Am 22. 07. kann der Beitragschuldner alle offenen Forderungen bezahlen.

Fragen

In welcher Höhe sind bis 22. 07. Säumniszuschläge angefallen?

Wie hoch ist die Forderung am 22. 07. insgesamt?

Lösung

Säumniszuschlag am 16. 05.	für Beiträge April	5 €	(1 % von 500 €)
Säumniszuschlag am 17. 06.	für Beiträge April	5 €	(1 % von 500 €)
	für Beiträge Mai	5 €	(1 % von 500 €)
Säumniszuschlag am 16. 07.	für Beiträge April	5 €	(1 % von 500 €)
	für Beiträge Mai	5 €	(1 % von 500 €)
	für Beiträge Juni	5 €	(1 % von 500 €)
Säumniszuschläge	gesamt:	30 €	

Insgesamt sind bis 22. 07. Säumniszuschläge in Höhe von 30 € angefallen.

Die Forderung beträgt am 22. 07. demnach insgesamt 1.570,80 € (Beiträge 1.540,80 € + Säumniszuschläge 30 €).

10.6 Beitragszuschuss des Arbeitgebers

Die freiwillig versicherten Arbeitnehmenden (JAE-Übergrenzer) erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V bei Versicherungspflicht von Beschäftigten zu tragen hätte, d. h. Beschäftigte erhalten die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt nach dem allgemeinen Beitragssatz und auch die Hälfte der Beiträge aus dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag.

3 Beiträge bearbeiten

§ 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V



§ 61 Abs.1 Satz 1 SGB XI

In der Pflegeversicherung ist der Beitragszuschuss auf die Höhe begrenzt, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht zu zahlen wäre. Grundsätzlich beträgt der Beitragszuschuss auch hier die Hälfte des Pflegeversicherungsbeitrags.

Der Arbeitgeberzuschuss zum Zusatzbeitrag ist wie der Beitragsanteil des Arbeitgebers für versicherungspflichtige Arbeitnehmende getrennt zu berechnen. Im Rahmen des sogenannten Firmenzahlverfahrens (BGR 9111) ist der abzuführende Zusatzbeitrag – einschließlich des Arbeitgeberzuschusses – wie bisher im Beitragsnachweis gesondert nachzuweisen.

§ 58 Abs. 3 Satz 1 SGB XI

Dieser im SGB XI anders als im SGB V formulierten Aussage bedarf es deshalb, weil im Bundesland Sachsen der Arbeitnehmende Pflegeversicherungsbeiträge in Höhe von 1 % allein tragen muss und die verbleibenden 2,4 % von Arbeitgeber und Beschäftigten jeweils zur Hälfte getragen werden. Der Zuschuss ist somit begrenzt auf 1,2 % des Pflegeversicherungsbeitrags.

§ 59 Abs. 5 SGB XI

Der Beitragszuschlag für Kinderlose in der sozialen Pflegeversicherung hat auf den Beitragszuschuss des Arbeitgebers keine Auswirkung, da dieser Zuschlag ausschließlich von den Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.

Beispiel

Gesamtbeitrag eines kinderlosen, freiwillig versicherten JAE-Übergrenzers

allgemeiner BS	14,6 %
Zusatzbeitrag	2,5 %

Beiträge zur Krankenversicherung

AG:	5.512,50 € x 7,3 % =	402,41 €
	5.512,50 € x 1,25 % =	68,91 €
AN:	5.512,50 € x 7,3 % =	402,41 €
	5.512,50 € x 1,25 % =	68,91 €
insgesamt:		942,64 €

Beiträge zur Pflegeversicherung

AG:	5.512,50 € x 1,8 % =	99,23 €
AN:	5.512,50 € x 2,4 % =	132,30 €
insgesamt:		231,53 €

Folge

Der Zuschuss des Arbeitgebers beträgt

zur KV:	5.512,50 € x 7,3 % =	402,41 €
	5.512,50 € x 1,25 % =	68,91 €
insgesamt:		471,32 €
zur PV:	5.512,50 € x 1,8 % =	99,23 €
Bundesland Sachsen:	5.512,50 € x 1,3 % =	71,66 €

Die Beitragsbelastung des Arbeitnehmers beträgt

zur KV:	942,64 € - 471,32 €	471,32 €
zur PV:	231,53 € - 99,23 €	132,30 €
Bundesland Sachsen:	231,53 € - 71,66 €	159,87 €



Hinweis

Beitragszuschüsse erhöhen nicht die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und sind demnach nicht als beitragspflichtige Einnahme zu behandeln.

Merke

Freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmende erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zu den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Zum Lernbeispiel 6 von Seite 55

Die Fragen von Ricky Kurzhals können Sie nun beantworten:

1. Der monatliche Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung beträgt 889,43 € (730,13 € + 159,30 €).

Ricky Kurzhals hat beitragspflichtige Einnahmen von monatlich 4.425 €. Dieser Betrag übersteigt die monatliche Mindeststufe von 1.248,33 € (monatliche Bezugsgröße von 3.745 € : 90 x 30) aber nicht die monatliche Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 5.512,50 €.

Der Beitragsberechnung ist somit ein monatlicher Betrag in Höhe von 4.425 € zugrunde zu legen.

Da Ricky Kurzhals eine freiwillige Krankenversicherung ohne Krankengeldanspruch gewählt hat, ist der ermäßigte Beitragsatz anzuwenden.

Krankenversicherungsbeitrag:

$$4.425 \text{ €} \times 14,0 \% = 619,50 \text{ €}$$

Zusatzbeitrag:

$$4.425 \text{ €} \times 2,5 \% = 110,63 \text{ €}$$

$$\text{insgesamt} \quad 730,13 \text{ €}$$

Pflegeversicherungsbeitrag:

$$4.425 \text{ €} \times 3,6 \% = 159,30 \text{ €}$$

$$\text{insgesamt} \quad 889,43 \text{ €}$$

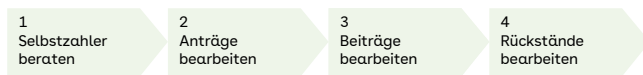
2. Ricky Kurzhals muss nach § 250 Abs. 2 SGB V und § 59 Abs. 4 Satz 1 SGB XI die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung alleine tragen.
3. Nach § 252 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 250 Abs. 2 SGB V und § 60 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 59 Abs. 4 Satz 1 SGB XI ist Ricky Kurzhals Beitragszahler, d.h. er selbst hat die Beiträge jeweils rechtzeitig zum Fälligkeitstag (15. des Folgemonats) in voller Höhe an die AOK zu zahlen.

10.7 Übungen zum Lernabschnitt 10

Übung 12

Sachverhalt

Helmut Koch ist seit 01. 04. 2025 freiwilliges Mitglied der AOK. Trotz mehrfacher Aufforderungen weist er keine Einnahmen nach. Deshalb werden von der AOK mit Beitragsbescheid vom 28. 05. 2025 Beiträge aus der Beitragsbemessungsgrenze festgesetzt. Erst am 04. 09. 2025 erscheint Helmut Koch mit einem Einkommensnachweis bei der AOK. Sein Einkommen beträgt seit 01. 04. 2025 monatlich 1.975 €.



Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung zusammen mit Angabe der maßgebenden Rechtsvorschriften.

Frage

Aus welchen Einnahmen hat Helmut Koch ab 01. 04. 2025 Beiträge zu zahlen, und ab welchem Zeitpunkt ändert sich ggf. die Bemessungsgrundlage?

Übung 13

Sachverhalt

Hans Ballmann, verheiratet, zwei schulpflichtige Kinder, ist seit 01. 08. 2025 als Leiter der Marketingabteilung des Kaufhauses „Chic & Adrett“ beschäftigt. Da er nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei in der Krankenversicherung ist, ist er freiwilliges Mitglied der AOK. Er hat einen Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Sein monatliches Gehalt beträgt 5.756 €, außerdem erhält er ein 13. Monatsgehalt als Weihnachtsgeld. Daneben hat er Mieteinnahmen in Höhe von 500 € und Einkünfte aus Kapitalerträgen in Höhe von 25 € monatlich. Werbungskosten für Kapitalerträge sind berücksichtigt.

Hinweis zu Aufgabe 13.1

Fassen Sie Lösung und Begründung mit Angabe der maßgebenden Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe 13.1

Stellen Sie fest, welche Einnahmen monatlich der Beitragsbemessung zugrunde gelegt werden.

Hinweis zu Aufgabe 13.2

Es genügt die nachvollziehbare Darstellung des Rechenwegs mit kurzen Erläuterungen ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe 13.2

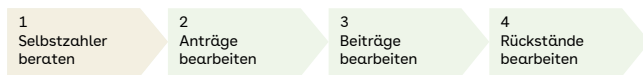
Ermitteln Sie den monatlichen Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung.

Hinweis zu Aufgabe 13.3

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 13.3

Stellen Sie fest, ob und in welcher Höhe Hans Ballmann Beitragszuschüsse erhält und wer diese zahlt.



11 Leistungsansprüche und individuelle Leistungsgestaltung

Den freiwillig Versicherten stehen ab Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft grundsätzlich die gleichen Sach-, Geld- und Dienstleistungen wie den Versicherungspflichtigen zu. Es sind allerdings in drei Bereichen Besonderheiten zu beachten:

11.1 Krankengeldanspruch – Krankengeldwahltarife

Wie bereits erwähnt (vgl. Punkt 10.1.3 dieses Lernbriefs), hat der überwiegende Teil der freiwilligen Mitglieder im Falle der Arbeitsunfähigkeit keinen Verdienstausschlag, deshalb ist bei diesen Mitgliedern der allgemeine Beitragssatz entsprechend zu ermäßigen.

Lernbeispiel 7

Das freiwillige AOK-Mitglied Franz Alt ist als Antiquitätenhändler hauptberuflich selbstständig tätig. Er betreibt sein Geschäft alleine. Bei Arbeitsunfähigkeit fällt deshalb sein monatliches Arbeitseinkommen von 3.000 € vollständig aus.

Frage

Wie beraten Sie Franz Alt, um das Risiko seines Verdienstausschlags bei Arbeitsunfähigkeit abzusichern?

§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, Satz 2 – 4 SGB V

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige haben grundsätzlich keinen gesetzlichen Krankengeldanspruch. Ihnen wird jedoch die Option eingeräumt, gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld zu wählen, sofern sie einen tatsächlichen Verdienstausschlag im Rahmen ihrer Selbstständigkeit nachweisen können.

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die freiwillig versichert sind, können demnach eine Versicherung mit gesetzlichem Krankengeldanspruch und/oder eine Absicherung über einen Wahltarif wählen.

Mitglieder, die den gesetzlichen Krankengeldanspruch wählen, können – in Abhängigkeit von den Wahlтарifen der jeweiligen Krankenkasse – ggf. weitergehende Ansprüche über Wahlтарife absichern. Es ist eine schriftliche Wahlklärung des Mitglieds erforderlich.

Das Mitglied ist an seine Wahlklärung für drei Jahre gebunden. Die Bindungswirkung bleibt auch bei einem Kassenwechsel erhalten, d.h. der freiwillig versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige bleibt auch bei seiner neu gewählten Krankenkasse mit Anspruch auf Krankengeld versichert. Nach Ablauf der dreijährigen Bindungswirkung kann mit Wirkung zum Ende eines Kalendermonats widerrufen werden.

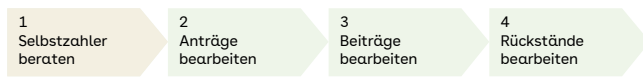
§ 53 Abs. 8 Satz 1 SGB V

Der gewählte gesetzliche Krankengeldanspruch für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige umfasst auch den Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.

§ 45 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die eine Wahlklärung abgegeben haben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. In der Konsequenz bedeutet das, dass der Anspruch auf Krankengeld und damit eine tatsächliche Auszahlung von Krankengeld erst ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit realisiert werden kann.

§ 46 Satz 2 SGB V



§ 53 Abs. 6 SGB V

Aus diesem Grund verpflichtet der Gesetzgeber die Krankenkassen in ihrer Satzung gemeinsame Tarife anzubieten, die einen sofortigen Anspruch auf Krankengeld bzw. einen Anspruch auf Krankengeld vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit beinhalten.

Die Krankenkasse hat für diese Wahltarife zusätzliche Prämienzahlungen von den freiwilligen Mitgliedern zu erheben. Die Prämien der Tarife sind unabhängig von Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiko zu gestalten.

Die Höhe und die Berechnung des Krankengeldes aus dem einzelnen Wahltarif kann von den gesetzlichen Regelungen des § 47 SGB V abweichen.

Mit diesen Krankengeld-Wahlтарifen hat jede AOK die Möglichkeit, ihre Angebote auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Versicherten zuzuschneiden.

Beispielsweise könnte eine AOK für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, die freiwillig versichert sind und im Falle der Arbeitsunfähigkeit einen tatsächlichen Verdienstausschlag nachweisen, zusätzlich zum bereits gewählten gesetzlichen Krankengeldanspruch, einen Krankengeld-Wahlтарif mit Anspruch auf Krankengeld vom Beginn der dritten Woche bis zum Ende der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit anbieten. Ab Beginn der siebten Arbeitsunfähigkeitswoche wird das gesetzliche Krankengeld gezahlt.

Dieses Wahlтарif-Krankengeld wird dann wie das gesetzliche Krankengeld ermittelt. Es beträgt in diesen Fällen 70 % des Arbeitseinkommens, das für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge maßgebend und ist ebenfalls auf das Höchstkrankengeld begrenzt ist.

Die monatliche Prämie für diesen Krankengeld-Wahlтарif beträgt dann z.B. 0,8 % der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge zugrunde gelegt werden. In der Regel sieht die Satzung auch die Prämienzahlung während des Bezugs von Wahlтарif-Krankengeld und anderen Entgeltersatzleistungen vor.

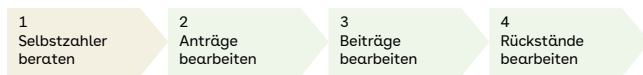
Eine weitere Möglichkeit wäre hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen einen Krankengeld-Wahlтарif anzubieten, der Verdienstausschläge oberhalb des gesetzlichen Höchstkrankengeldes absichert.

Informieren Sie sich deshalb über die individuellen Satzungsregelungen zu den Krankengeldwahlтарifen Ihrer AOK.

Zum Lernbeispiel 7

Beratungsinhalte

- Franz Alt kann seinen Verdienstausschlag bei Arbeitsunfähigkeit durch Wahl des gesetzlichen Krankengeldanspruchs absichern. Die Wahl ist schriftlich zu erklären.
- Der gesetzliche Anspruch auf Krankengeld entsteht von der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit an.
- Bei der Beitragsberechnung ist der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % und der Zusatzbeitrag von 2,5 % anzuwenden.
- Zusätzlich ist ihm die vorgenannte Satzungsregelung zum Krankengeldwahlтарif anzubieten, um sein Verdienstausschlagrisiko vor der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit abzusichern.



- Mit diesem Tarif erhält Franz Alt bereits Krankengeld vom Beginn der dritten Woche bis zum Ende der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit, danach schließt sich der gesetzliche Krankengeldanspruch nahtlos an.
- Die monatliche Prämie für diesen Krankengeld-Wahltarif beträgt dann z.B. 0,8 % der beitragspflichtigen Einnahmen, die für die Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge zugrunde gelegt werden.

11.2 Nachgehende Leistungsansprüche

1
Selbstzahler
beraten

Der Leistungsanspruch beginnt bei freiwilligen Mitgliedern zeitgleich mit der Mitgliedschaft. Wartezeiten wie in der PKV sind grundsätzlich nicht vorgesehen. Unter Wartezeiten versteht man Zeiten, in denen – trotz Beitragszahlung – die Leistungsansprüche ruhen.

§ 19 Abs. 1
SGB V

Endet die freiwillige Mitgliedschaft, endet auch zeitgleich der Leistungsanspruch.

§ 19 Abs. 2
SGB V

Nachgehende Leistungsansprüche (die über das Ende einer Mitgliedschaft hinaus noch bestehen können) hat der Gesetzgeber für freiwillig Versicherte nicht vorgesehen. Er hat sich dabei von dem Gedanken leiten lassen, dass diese Versicherten das Ende des Versicherungsschutzes – anders als die Pflichtversicherten – selbst bestimmen können und damit auch über das Ende der Leistungen entscheiden.

§ 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V sieht nachgehende Leistungsansprüche deshalb nur für Versicherungspflichtige vor.

Jedoch bleibt für die familienversicherten Angehörigen beim Tod des freiwilligen Mitglieds der Leistungsanspruch für längstens einen Monat erhalten. Da dieser Personenkreis das Ende des Versicherungsschutzes nicht selbst bestimmen kann, sondern er vom Ende der Familienversicherung wegen Tod des Mitglieds verursacht wird, liegt eine besondere Schutzbedürftigkeit dieser Angehörigen vor. Sie erhalten deshalb noch für längstens einen Monat nach dem Tod des freiwilligen Mitglieds Leistungen von der AOK. Der nachgehende Leistungsanspruch endet allerdings, wenn innerhalb der Monatsfrist ein anderweitiger Versicherungsschutz begründet wird.

§ 19 Abs. 3
SGB V

11.3 Ruhen der Leistungsansprüche bei rückständigen Beiträgen

1
Selbstzahler
beraten

Der Anspruch auf Leistungen ruht für Versicherte nach dem KSVG, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Dies gilt auch für Versicherte des SGB V, die ihre Krankenversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben. Somit sind von dieser Regelung auch freiwillig versicherte AOK-Mitglieder betroffen.

§ 16 Abs. 2
KSVG,
§ 16 Abs. 3a
SGB V

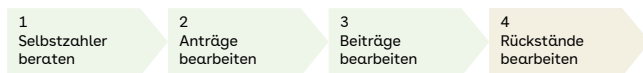
Die Begrenzung der Ruhensregelung ausschließlich auf das in Beitragsverzug geratene Mitglied führt dazu, dass die familienversicherten Angehörigen von der Ruhensregelung nicht betroffen sind.

GR v.
25. 08. 2009
zu § 16
Abs. 3a
SGB V Pkt. 2

Vom Ruhen ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

§ 16 Abs. 3a
SGB V

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



4 Rückstände bearbeiten

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der freiwillig Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II bzw. SGB XII wird. Darüber hinaus endet das Ruhen auch, wenn eine Ratenzahlungsvereinbarung zur Zahlung der Beitragsrückstände zwischen dem Mitglied und der AOK geschlossen wird.

GR v.
25. 08. 2009
zu § 16
Abs. 3a
SGB V Pkt. 4

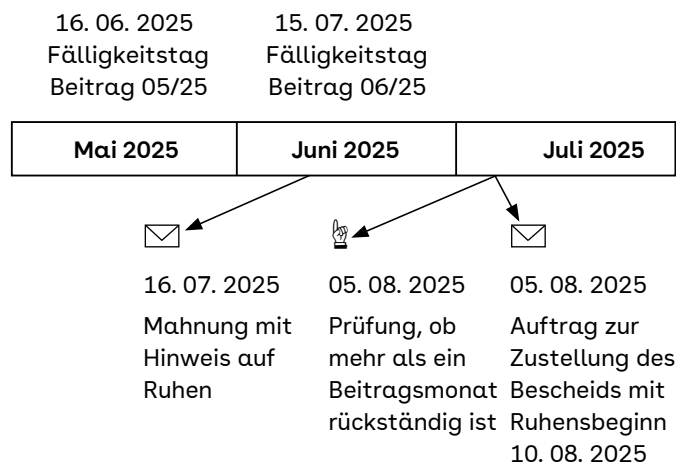
Somit besteht ab dem Zeitpunkt, an dem die Ratenzahlung vereinbart wird, keine Ruhenswirkung mehr. Diese Regelung ist jedoch nur solange anwendbar, wie die vereinbarten Raten auch gezahlt werden. Ansonsten setzt die Ruhenswirkung ab dem Zeitpunkt des Zahlungsverzugs mit sofortiger Wirkung wieder ein.

Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt die AOK das Ruhen der Leistungen fest; das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang des Bescheids beim Versicherten ein. Es empfiehlt sich, insbesondere den Feststellungsbescheid für das Ruhen der Leistungsansprüche förmlich zuzustellen, um den Beginn des Ruhens der Leistungsansprüche abschließend festzustellen.

Merke

Die Prüfung zum Ruhen der Leistungsansprüche muss immer im Hinblick auf „Beitragsanteile für **zwei** Monate“ vorgenommen werden. Voraussetzungen zum Ruhen der Leistungsansprüche sind erfüllt, wenn mehr als ein Beitragsmonat rückständig ist.

Übersicht zum Verfahrensablauf bei Ruhen des Leistungsanspruchs

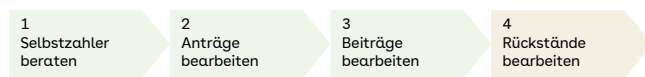


Erläuterung zum Verfahrensablauf bei Ruhen des Leistungsanspruchs

- Mahnung mit Hinweis auf Ruhen des Leistungsanspruchs vom 16. 07. 2025 – am selben Tag Aufgabe zur Post (Mittwoch)
 - Bekannt gegeben am 20. 07. 2025 (Sonntag) – Zustellfiktion neu: am 4. Tag
 - Beginn der 2-Wochen-Frist am 21. 07. 2025 (Montag)
 - Ende der Zwei-Wochen-Frist am 03. 08. 2025 (Sonntag) – Fristverlängerung auf nächstfolgenden Werktag, 04. 08. 2025 (Montag)
 - nach dem 04. 08. 2025 ist festzustellen, ob der Beitragsrückstand höher als ein Monatsbeitrag ist
 - Prüfung erfolgt am 05. 08. 2025 (Dienstag), Auftrag zur Zustellung des Bescheids mit Ruhensbeginn erfolgt am gleichen Tag
 - Ruhensbeginn nach § 16 Abs. 2 Satz 2 KSVG drei Tage nach Zugang beim Mitglied/Versicherten: Bekannt gegeben am 07. 08. 2025 (Donnerstag) durch förmliche Zustellung; Ruhensbeginn am 10. 08. 2025 (Sonntag)
- § 37 Abs. 2 SGB X

§ 26 Abs. 3
Satz 1 SGB X

5.1 · Freiwillig Versicherte beraten

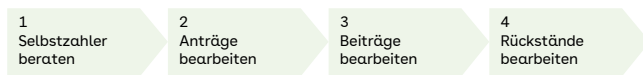


Informieren Sie sich bei Ihrer AOK über die praktische Umsetzung des Verfahrens bei Ruhen des Leistungsanspruchs. Sehen Sie sich insbesondere die Formulierungen in den Bescheiden (Verwaltungsakten) an.

§ 32 Abs. 1
Satz 1, Abs. 3
SGB XII,
§ 26 Abs. 2
Satz 2 SGB II

In diesem Zusammenhang sind die „säumigen“ freiwilligen Mitglieder, insbesondere in persönlichen Beratungsgesprächen, darauf hinzuweisen, dass unter bestimmten Voraussetzungen die Übernahme der Beiträge zur freiwilligen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung durch den Träger der Sozialhilfe (Sozialamt) bzw. die Arbeitsagentur möglich ist.

Mit der Feststellung der Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II bzw. SGB XII durch den zuständigen Leistungsträger ist auch die Ruhenswirkung im Sinne von § 16 Abs. 3a SGB V hinfällig.



12 Zusammenfassende Selbstkontrolle

Sachverhalt

Wolfgang Gärtner, 46 Jahre alt und langjähriges AOK-Mitglied, ist am 31. 08. 2025 aus seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung bei der Zeitarbeitsfirma Leiher GmbH ausgeschieden. Am 16. 09. 2025 hat die AOK Wolfgang Gärtner über seine Austrittsmöglichkeit informiert. Am 06. 10. 2025 erscheint Wolfgang Gärtner im AOK-Servicecenter und teilt Ihnen mit, dass er weiterhin AOK-versichert bleiben will. Weil sich Wolfgang Gärtner die nächsten Monate um seine schwerpflegebedürftige Mutter kümmern will, hat er sich bei der Agentur für Arbeit nicht arbeitssuchend gemeldet. Es besteht deshalb derzeit weder Anspruch auf Arbeitslosengeld noch auf Bürgergeld.

Im Verlauf des Beratungsgesprächs erfährt der AOK-Kundenberater, dass Wolfgang Gärtner monatliche Einkünfte aus der Vermietung und Verpachtung von monatlich 1.350 € hat. Außerdem erhält er für seinen 15-jährigen Sohn ein monatliches Kindergeld in Höhe von 255 €.

Nachweise über die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie dem Kindergeld hat er mitgebracht.

Die AOK erhebt einen Zusatzbeitragsatz von 2,5 %.

Hinweise zu den Aufgaben 1 und 2

Begründen Sie Ihre Lösungen nach der Drei-Schritt-Methode. Erforderliche Fristenberechnungen sind nicht zu begründen.

Aufgabe 1

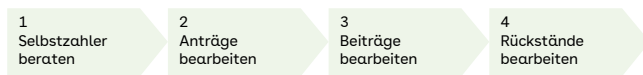
Stellen Sie fest, wie sich Wolfgang Gärtner bei der AOK weiterhin krankenversichern kann und wann ggf. seine Mitgliedschaft beginnt. Gehen Sie auch auf die Pflegeversicherung ein.

Fortsetzung des Sachverhalts

Gehen Sie unabhängig von Ihrer Lösung zu Aufgabe 1 davon aus, dass Wolfgang Gärtner ab 01. 09. 2025 freiwilliges Mitglied der AOK seines Wohnorts ist.

Aufgabe 2

Ermitteln Sie den monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag ab September 2025 von Wolfgang Gärtner.



13 Lösungen zu den Übungen im Text

Lösung zu 1

Voraussetzungen für eine freiwillige Mitgliedschaft:

- Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis

Gehört die Person nicht zu dem Personenkreis, bei dem die Versicherungspflicht bzw. die Familienversicherung endet, sind folgende weitere Voraussetzungen erforderlich:

- ggf. Erfüllen einer Vorversicherungszeit
- Einhalten einer Anzeigefrist
- Beitritt durch schriftliche Willenserklärung

Lösung zu 2

Freiwillig Versicherte sind eine wichtige Zielgruppe im Rahmen der Mitgliedergewinnung und Mitgliederhaltarbeit, da

- häufig gute Versicherungsrisiken (hohes Einkommen und geringe Krankheitshäufigkeit),
- Stärkung und Erhöhung des Marktanteils der AOK,
- Stärkung der Leistungsfähigkeit der AOK,
- Meinungsbildner (z.B. leitende Angestellte in Personalbüros oder Selbstständige mit eigenen Mitarbeitenden),
- Stärkung des Ansehens und der Attraktivität der AOK bei Versicherten und in der Öffentlichkeit.

Hinweis

Es waren lediglich drei Aussagen zu treffen.

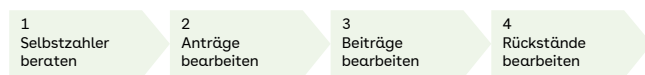
Lösung zu 3

Sachverhalt	Versicherungsberechtigung		ggf. Tag des Ausscheidens	ggf. Beitrittsberechtigung ab
	ja	nein		
Kündigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses zum 30. 09.	X		30. 09.	01. 10.
Ende der Krankenversicherungspflicht zum 31. 12. wegen Überschreitens der JAE-Grenze (§ 6 Abs. 4 SGB V)	X		31. 12.	01. 01. des Folgejahres
Wechsel von einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis in das (Krankenversicherungsfreie) Beamtenverhältnis zum 01. 07.	X		30. 06.	01. 07.
Ende der Versicherungspflicht als Rentner, da ab 15. 08. eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird	X		14. 08.	15. 08.
unbezahlter Urlaub eines krankenversicherungspflichtigen Arbeitnehmers vom 17. bis 30. 04.		X		
Ende der Familienversicherung am 06. 05. wegen rechtskräftiger Scheidung	X		06. 05.	07. 05.

Lösung zu 4

Erhalt der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bis 10. 06. 2025.

Ab 11. 06. 2025 obligatorische Anschlussversicherung als freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V.



Lösung zu 5

Sachverhalt	Hinweis der Krankenkasse	zweiwöchige Austrittsfrist	OAV ja/nein
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung am 28. 02., Austritt wird nicht erklärt	13. 03.	14. 03. – 27. 03.	ja
Ende der Familienversicherung am 14. 07., Austritt wird am 08. 08. erklärt	31. 07.	01. 08. – 14. 08.	nein
Ende der KV-Pflicht am 31. 12. wegen Überschreitens der JAE-Grenze (§ 6 Abs. 4 SGB V), Austritt wird nicht erklärt	02. 01.	03. 01. – 16. 01.	ja
Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung am 15. 08., Austritt wird nicht erklärt, versicherungspflichtige Beschäftigung ab 15. 09.	29. 08.	30. 08. – 12. 09.	nein
Ende Familienversicherung am 31. 08., Austritt wird nicht erklärt, hauptberuflich selbstständige Tätigkeit ab 01. 10.	16. 09.	17. 09. – 30. 09.	ja

Lösung zu 6

Gründe für das Ende einer Familienversicherung:

- bei Ehegatten infolge
 - rechtskräftiger Scheidung
- bei Lebenspartnern infolge
 - Aufhebung der Lebenspartnerschaft
- bei Ehegatten/Lebenspartnern und Kindern infolge

- Ausübung einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V)
- Überschreiten der Gesamteinkommensgrenze (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V)
- Ende der Mitgliedschaft (des Stammversicherten) in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Bei Kindern infolge
 - Überschreiten der Altersgrenzen
 - Wegfall des überwiegenden Unterhalts (z.B. bei Stiefkindern) durch das Mitglied
 - Eintritt des Ausschlussstatbestands nach § 10 Abs. 3 SGB V

Hinweis

Es waren lediglich insgesamt fünf Gründe zu nennen.

Lösung zu 7

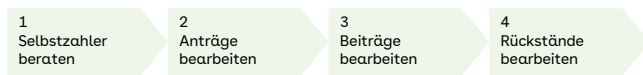
Sachverhalt 1

Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft endete am 03. 03. 2025. Im direkten Anschluss an den nachgehenden Leistungsanspruch vom 04. bis 31. 03. 2025 schließt sich ab 01. 04. 2025 eine versicherungspflichtige Beschäftigung an. Die OAV kommt nicht zustande (§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V).

Sachverhalt 2

Die Austrittserklärung von Sebastian Fröhlich erfolgte zu spät. Damit ist ab 17. 08. 2025 die OAV in Form einer freiwilligen Mitgliedschaft zustande gekommen. Die verspätete Austrittserklärung vom 02. 10. 2025 wird in eine Kündigung umgedeutet. Die freiwillige AOK-Mitgliedschaft endet somit frühestens zum 31. 12. 2025 (§ 188 Abs. 4 Satz 1, § 175 Abs. 4 Satz 3 SGB V).

Sachverhalt 3



Laura Klemm wird im direkten Anschluss an das Ende der Versicherungspflicht ab 02. 08. 2025 über ihren Vater bei der AOK familienversichert. Die OAV kommt nicht zustande (§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V).

Sachverhalt 4

Nach Ende der befristeten, versicherungspflichtigen Beschäftigung, besteht der nachgehende Leistungsanspruch vom 01. bis 31. 10. 2025. Da am 01. 11. 2025 kein Versicherungsschutz bzw. kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht, ist die OAV vom 01. 10. bis 09. 11. 2025 in Form einer freiwilligen Mitgliedschaft zustande gekommen (§ 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V im Umkehrschluss).

Sachverhalt 5

Die Zwei-Wochen-Frist verläuft vom 15. bis 28. 11. 2025. Der Austritt von Sandy Lobinger ist rechtzeitig erfolgt. Der Austritt wird wirksam, da sie der AOK einen privaten Krankenversicherungsschutz ab 01. 11. 2025 nachweist. Die AOK Mitgliedschaft endet am 31. 10. 2025. Die OAV ist nicht zustande gekommen (§ 188 Abs. 4 Satz 1, 2 SGB V).

Lösung und Begründung zu 8

Sandra Ginger nimmt am 01. 04. 2025 erstmalig eine Beschäftigung im Inland auf und ist nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V krankenversicherungsfrei. Die Ausbildung vor ihrem Studium zählt nicht als „erstmalige“ Beschäftigung.

Sandra Ginger muss die freiwillige Versicherung innerhalb der dreimonatigen Anzeigefrist vom 02. 04. bis 01. 07. 2025 erklären.

Wenn sie eine Mitgliedschaftserklärung zur freiwilligen Krankenversicherung unterschreibt (schriftlicher Antrag), kann sich Sandra Ginger freiwillig versichern.

Lösung zu 9

Die freiwillige Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung beginnt am 01. 04. 2025.

Begründung

§ 188 Abs. 2 Satz 2 SGB V

[hier:]

Albert Eisenstein hat als versicherungsfreier Berufsanfänger (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) am 01. 04. 2025 erstmals eine Beschäftigung aufgenommen. Am 22. 04. 2025 erklärt er seinen freiwilligen Beitritt form- und fristgerecht.

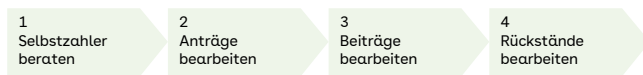
[also:]

Die freiwillige Mitgliedschaft in der Krankenversicherung beginnt am 01. 04. 2025.

§ 20 Abs. 3 SGB XI

[hier:]

Albert Eisenstein ist ab 01. 04. 2025 freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung.



[also:]

Ab 01. 04. 2025 besteht Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung.

§ 49 Abs. 1 Satz 1 SGB XI

[hier:]

Ab 01. 04. 2025 ist Albert Eisenstein versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

[also:]

Die Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung beginnt am 01. 04. 2025.

Lösung zu 10

- | | |
|---|----------------|
| 1.1 Kündigung wegen Ausscheidens aus der GKV am | 24. 02. |
| Posteingang der Kündigung am | 01. 03. |
| Ende der freiwilligen Mitgliedschaft am | <u>31. 05.</u> |
| 1.2 Beginn einer Pflichtmitgliedschaft am | 01. 11. |
| Ende der freiwilligen Mitgliedschaft am | <u>31. 10.</u> |

Lösung zu 11.1

Die Mitgliedschaft von Else Unruh bei der AOK endet am 31. 12. 2025 nicht, da Else Unruh ihren Austritt nicht erklärt hat. Ab 01. 01. 2026 wird die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft im Rahmen der OAV fortgeführt.

Lösung zu 11.2

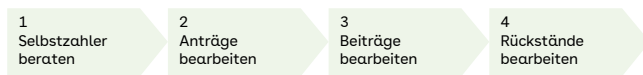
Else Unruh scheidet am 31. 12. 2025 aus der Versicherungspflicht und damit aus der Mitgliedschaft aus. Am 14. 01. 2026 wurde sie von der AOK über ihre Austrittsmöglichkeit informiert. Die Frist für die Austrittserklärung verläuft somit vom 15. bis 28. 01. 2026. Ihren Austritt erklärte sie am 23. 01. 2026, und damit fristgemäß. Eine freiwillige Mitgliedschaft kommt nicht zustande.

Lösung zu 11.3

Da Else Unruh ihren Austritt nicht innerhalb der für sie maßgebenden Frist erklärt hat, ist sie ab 01. 01. 2026 freiwilliges Mitglied der AOK. Ihren Austritt erklärt sie am 04. 02. 2026, d.h. sie kündigt ihre freiwillige Mitgliedschaft, um aus der GKV auszuschcheiden. Ihre freiwillige Mitgliedschaft endet damit am 30. 04. 2026.

Lösung und Begründung zu 12

Helmut Koch weist zunächst keine Einnahmen nach. Daher sind ab 01. 04. 2025 aus der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 5.512,50 € Beiträge zu zahlen (Beitragsbescheid der AOK vom 28. 05. 2025). Da Helmut Koch innerhalb von zwölf Monaten, konkret am 02. 09. 2025, beitragspflichtige Einnahmen in Höhe von 1.975 € nachweist, sind die Beiträge rückwirkend ab 01. 04. 2025 durch die AOK neu festzusetzen. Da sein Einkommen von 1.975 € über der monatlichen Mindestbemessungsgrundlage von 1.248,33 € und unter der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von 5.512,50 € liegt,



sind die Beiträge rückwirkend ab 01. 04. 2025 aus 1.975 € zu berechnen. (§ 240 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V, § 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 57 Abs. 4 Satz 1 SGB XI).

Anmerkung:

In Übung 12 geht mit dem Einkommensnachweis der Antrag auf Neufestsetzung der Beiträge innerhalb von der zwölf Monaten einher. Grundsätzlich muss aber nur der Antrag auf Neufestsetzung der Beiträge innerhalb der zwölfmonatigen Frist erfolgen. Entscheidend für die Fristwahrung ist somit der Antrag auf Neufestsetzung und nicht mehr der Nachweis der geringeren Einnahmen. Für die anschließende Nachweisführung der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen sieht das Gesetz keine Fristen vor.

Lösung zu 13.1

Da Hans Ballmann ab 01. 08. 2025 freiwilliges Mitglied wegen Überschreitens der JAE-Grenze ist, liegen seine beitragspflichtigen Einnahmen in jedem Fall über der monatlichen BBG. Es wird deshalb die monatliche BBG in Höhe von 5.512,50 € der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt (§ 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 7 Abs. 1 BVSzGs).

Lösung zu 13.2

• Beitrag zur Krankenversicherung:
 AG: 5.512,50 € x 7,3 % = 402,41 €
 5.512,50 € x 1,25 % = 68,91 €
 AN: 5.512,50 € x 7,3 % = 402,41 €
 5.512,50 € x 1,25 % = 68,91 €
 insgesamt 942,64 €

• Beitrag zur Pflegeversicherung:
 AG: 5.512,50 € x 1,8 % = 99,23 €
 AN: 5.512,50 € x 1,55 % = 85,44 €
 insgesamt 184,67 €

In der Krankenversicherung ist der allgemeine Beitragssatz maßgebend, da Hans Ballmann Anspruch auf Krankengeld ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit hat.

In der Pflegeversicherung ist der halbe Beitragssatz von 1,8 % um 0,25 % für den Arbeitnehmer zu reduzieren, da Hans Ballmann zwei schulpflichtige Kinder (unter 25 Jahre) hat.

Lösung zu 13.3

Hans Ballmann erhält von seinem Arbeitgeber, dem Kaufhaus „Chic & Adrett“, monatlich Beitragszuschüsse in Höhe von insgesamt 570,55 €.

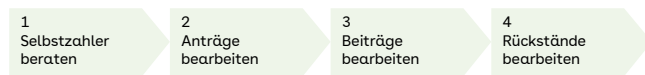
Begründung

§ 257 Abs. 1 Satz 1 SGB V, § 61 Abs. 1 Satz 1 SGB XI

[hier:]
 Hans Ballmann ist wegen Überschreitens der JAE-Grenze versicherungsfrei und freiwilliges Mitglied der AOK. Sein monatlicher Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung beträgt 1.127,31 €.

[also:]
 Der Arbeitgeber, das Kaufhaus „Chic & Adrett“, hat Hans Ballmann einen Beitragszuschuss in Höhe von insgesamt monatlich 570,05 € auszu zahlen.

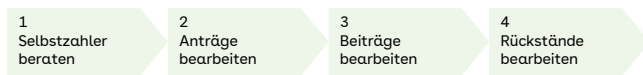
5.1 · Freiwillig Versicherte beraten



Der monatliche Zuschuss beträgt zur Krankenversicherung 471,32 € und zur Pflegeversicherung 99,23 €.

Hinweis

Bei Beschäftigungsort in Sachsen beträgt der Zuschuss des Arbeitgebers zur Pflegeversicherung lediglich 1,3 %, dies sind 71,66 € (vgl. § 61 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 58 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Insgesamt beträgt der Zuschuss in Sachsen 542,98 €.



14 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

Wolfgang Gärtner wird freiwillig krankenversichert. Die Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung beginnt ab 01. 09. 2025.

Begründung

§ 188 Abs. 4 Satz 1 SGB V

[hier:]

Wolfgang Gärtner ist am 31. 08. 2025 aus seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden. Am 16. 09. 2025 hat die AOK Wolfgang Gärtner über seine Austrittsmöglichkeit informiert. Am 06. 10. 2025 erscheint Wolfgang Gärtner im AOK-Servicecenter und teilt Ihnen mit, dass er weiterhin AOK-versichert bleiben will.

[also:]

Die Zwei-Wochenfrist verläuft vom 17. bis 30. 09. 2025. Innerhalb dieser Frist hat Wolfgang Gärtner seinen Austritt nicht erklärt. Wolfgang Gärtner wird freiwillig krankenversichert. Seine bisherige Mitgliedschaft setzt sich somit ab 01. 09. 2025 als freiwillige Mitgliedschaft fort.

§ 20 Abs. 3 SGB XI

[hier:]

Wolfgang Gärtner ist ab 01. 09. 2025 freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung.

[also:]

Ab 01. 09. 2025 ist Wolfgang Gärtner versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

§ 49 Abs. 1 Satz 1 SGB XI

[hier:]

Die freiwillige Mitgliedschaft beginnt am 01. 09. 2025.

[also:]

Die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung bei der Pflegekasse der AOK seines Wohnorts beginnt ebenfalls am 01. 09. 2025.

Lösung zu 2

Der monatliche Beitrag zur Kranken- und Pflegeversicherung beträgt 271,35 €.

Begründung

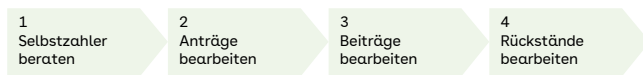
§ 240 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, 4 SGB V, § 3 Abs. 1 Satz 1 BVSzGs, Katalog von Einnahmen und deren beitragsrechtliche Bewertung nach § 240 SGB V

[hier:]

Wolfgang Gärtner hat monatliche Einkünfte aus der Vermietung einer Wohnung seines Zweifamilienhauses in Höhe von 1.350 €. Außerdem erhält er für seinen 15-jährigen Sohn ein monatliches Kindergeld von 255 €.

[also:]

Die Mieteinnahmen von 1.350 € sind bei den Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen, das Kindergeld dagegen bleibt unberücksichtigt. Es ist demnach ein Betrag von monatlich 1.350 € als beitragspflichtige Einnahme für die Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags zugrunde zu legen.



§ 240 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 18 Abs. 1 SGB IV, § 223 Abs. 3 SGB V

[hier:]

Als monatliche Mindeststufe ist ein Betrag von 1.248,33 € (monatliche Bezugsgröße von 3.745 € : 90 x 30) anzusetzen. Die monatliche BBG beträgt 2025 5.512,50 €.

[also:]

Die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen von Wolfgang Gärtner liegen über der monatlichen Mindeststufe und unter der monatlichen BBG. Es sind monatlich 1.350 € für die Beitragsberechnung in der Krankenversicherung heranzuziehen.

§ 243 Satz 1, 3 SGB V, § 242 Abs. 1 Satz 2 SGB V

[hier:]

Die Einnahmen von Wolfgang Gärtner fallen bei Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

[also:]

Für die Beitragsberechnung ist der ermäßigte Beitragssatz (ohne Krankengeldanspruch) von 14,0 % und der Zusatzbeitragssatz von 2,5 % anzuwenden.

§ 9 Abs. 1a BVSzGs

[hier:]

Die Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung berechnen sich wie folgt:

$1.350\text{€} \times 14,0\% = 189\text{€}$

$1.350\text{€} \times 2,5\% = 33,75\text{€}$

[also:]

Der monatliche Beitrag zur freiwilligen Krankenversicherung beträgt 222,75 €.

§ 57 Abs. 4 Satz 1, § 54 Abs. 2 Satz 2, 3, § 55 Abs. 2 SGB XI

[hier:]

Die für die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge maßgebende beitragspflichtige Einnahme beträgt 1.350 €.

[also:]

Dieser Betrag ist auch Grundlage für die Berechnung des Pflegeversicherungsbeitrags.

§ 55 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB XI

[hier:]

Wolfgang Gärtner ist Mitglied der Pflegeversicherung. Er hat einen 15-jährigen Sohn.

[also:]

Der Beitragssatz zur Pflegeversicherung beträgt 3,6 %.

§ 9 Abs. 1 BVSzGs

[hier:]

Die Beiträge zur Pflegeversicherung berechnen sich analog der Krankenversicherung:

$1.350\text{€} \times 3,6\% = 48,60\text{€}$

[also:]

Der monatliche Beitrag zur Pflegeversicherung beträgt 48,60 €. Damit sind monatlich Beiträge in Höhe von insgesamt 271,35 € zu zahlen.