

Lernbrief

Anträge auf Familien- versicherung bearbeiten

4.12
Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Bearbeitung Antje Schindler, AOK Bundesverband

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Anja Michelchen, Tel.: 030 34646-2175

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

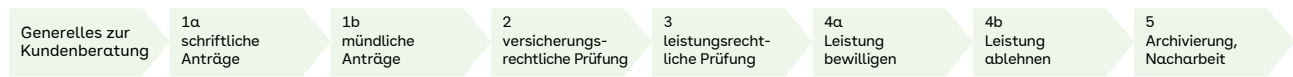
1 Einleitung	4
2 Lernziele	6
3 Allgemeines zur Familienversicherung	6
3.1 Nachweispflicht	7
4 Versicherter Personenkreis	10
4.1 Ehegatte	10
4.1.1 Beginn der Ehe	11
4.1.2 Ende der Ehe	15
4.2 Lebenspartner	16
4.2.1 Begründung einer Lebenspartnerschaft	17
4.2.2 Aufhebung einer Lebenspartnerschaft	17
4.2.3 Ehe für alle	18
4.3 Kinder	18
4.3.1 Leibliche Kinder	19
4.3.2 Adoptivkinder	21
4.3.3 Adoptivpflegekinder	22
4.3.4 Stiefkinder	24
4.3.5 Enkel	24
4.3.6 Kinder von familienversicherten Kindern	24
4.3.7 Pflegekinder	24
4.4 Übungen zum Lernabschnitt 4	26
5 Voraussetzungen für die Familienversicherung	27
5.1 Gemeinsame Voraussetzungen für Ehegatten, Lebenspartner und Kinder	27
5.1.1 Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland	27
5.1.2 Keine eigene Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung	29
5.1.3 Keine Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht	31
5.1.4 Keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit	34

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



5.1.5 Gesamteinkommen	36
5.1.5.1 Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit	39
5.1.5.2 Einkünfte aus Kapitalvermögen	46
5.1.5.3 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	47
5.1.5.4 Sonstige Einkünfte	48
5.1.5.5 Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit	49
5.1.5.6 Saldierung von Einkünften	52
5.1.5.7 Steuerfreie Einnahmen	53
5.1.5.8 Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens	54
5.2 Besondere Voraussetzungen für Kinder	57
5.2.1 Altersgrenzen	57
5.2.1.1 Altersgrenze 18. Lebensjahr	58
5.2.1.2 Altersgrenze 23. Lebensjahr	58
5.2.1.3 Altersgrenze 25. Lebensjahr	59
5.2.1.4 Verlängerung der Versicherung über das 25. Lebensjahr hinaus	64
5.2.1.5 Familienversicherung ohne Altersgrenze bei behinderten Kindern	65
5.2.2 Ausschluss der Familienversicherung für das Kind	69
5.3 Überwiegender Unterhalt	71
6 Beginn, Ende und Wegfall der Versicherung	75
6.1 Beginn	75
6.2 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrags	79
6.3 Ende und Wegfall	79
6.4 Freiwillige Versicherung nach Ende bzw. Ausschluss der Familienversicherung	83
6.5 Übungen zum Lernabschnitt 6	83
7 Meldeverfahren	84
7.1 Versichertenverzeichnis	84
7.2 Mitteilungspflichten der Krankenkassen	86
7.2.1 Ausübung des Wahlrechts	86
7.2.2 Beginn einer Mitgliedschaft	88
7.2.3 Familienversicherung nach einer Mitgliedschaft	89

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



7.3. Krankenversichertennummern-Verzeichnis (KVNR-VZ)	91
7.4 Übungen zum Lernabschnitt 7	92
8 Pflegeversicherung	93
9 Leistungen für Familienangehörige	94
9.1 Leistungspflichtige Krankenkasse	95
9.2 Nachgehender Leistungsanspruch	95
9.3 Übungen zum Lernabschnitt 9	97
10 Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich	98
11 Zusammenfassende Selbstkontrolle	100
12 Lösungen zu den Übungen im Text	105
13 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	109



1 Einleitung

Wie Sie aus der Tabelle unten ersehen können, sind über 20 % aller Versicherten bei der AOK familienversichert. Diese Familienversicherten sind unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei bei der AOK versichert. Sie besitzen also den vollen Versicherungsschutz, ohne – wie in der privaten Krankenversicherung – mit Beiträgen belastet zu werden.

AOK-Versicherte Januar 2025

Versicherte	Bundesgebiet
Versicherte insgesamt	27.431.445
davon:	
Mitglieder ohne Rentner	15.130.170
Rentner	6.010.538
Mitglieder insgesamt	21.140.708
Familienangehörige	6.321.238

Quelle: KM1 BMGS, Stand: 01. 01. 2024

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt damit auch heute noch eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Lasten, wie insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung gesamtgesellschaftlicher Solidarität. Seit dem 01. 01. 2009 gibt es den Gesundheitsfonds. In diesen Fonds (französisch: Vermögensreserve) fließen die Versicherungsbeiträge. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie die Familienversicherung werden aber auch vom Staat über Steuermitel finanziert.

Gesetzliche Rahmenbedingungen und der schärfer werdende Wettbewerb haben dazu geführt, dass die Familienversicherung für den Markterfolg

der AOK entscheidend an Bedeutung gewonnen hat. Das liegt besonders an dem zum 01. 01. 1994 eingeführten Risikostrukturausgleich. Durch ihn werden unter anderem die unterschiedlichen Familienlastquoten zwischen den Kassenarten ausgeglichen. Aber dieser finanzielle Aspekt ist bei weitem nicht der einzige Grund dafür, sich mit verstärktem Engagement für die Familienversicherung einzusetzen.

Jeder einzelne AOK-Familienversicherte ist zugleich ein potenzielles AOK-Mitglied. Dabei unterstützt die gefühlsmäßige Bindung der Familienversicherten an die AOK den Prozess des Übergangs in die eigene AOK-Mitgliedschaft. Gerade beim Start ins Berufsleben entscheiden sich die Kinder oftmals für die Krankenkasse ihrer Eltern. Das gilt auch für Eheleute, die beim beruflichen Wiedereinstieg in erster Linie ihre bisherige Versicherung bevorzugen werden. Diese These lässt sich in der Praxis jedoch nur dann umsetzen, wenn sich das potenzielle Mitglied zum Zeitpunkt der Wahlentscheidung auch emotional an die AOK gebunden fühlt. Das Erreichen dieses Ziels erfordert somit eine aktive, zielgerichtete und kundenorientierte Betreuung der Familienangehörigen – und dies nicht erst zum Zeitpunkt der Wahlentscheidung, sondern als kontinuierlicher Prozess für die gesamte Dauer der Familienversicherung.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Hinweise

Wir haben in diesem Lernbrief die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und für die AOK-Praxis sind, in grüner Schrift abgedruckt.

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 aktuellen Jahres aus.

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

„Wir tun mehr! AOK – Die Gesundheitskasse“. Dass dies so ist, beweist die AOK tausendfach täglich in vielfältigen Kontakten mit ihren Kundinnen und Kunden.

Durch diesen Lernbrief sollen Sie in die Lage versetzt werden, der Kundschaft Ihrer AOK fachkundige Auskünfte über Fragen der Familienversicherung zu geben und die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden damit die Verbundenheit mit ihrer AOK zu steigern.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- die Kundschaft über die beitragsfreie Familienversicherung zu beraten
- den einheitlichen Vordruck, der die Angaben zur Feststellung der Familienversicherung enthält (FAMI-Bogen) zusammen mit ggf. erforderlichen Nachweisen entgegenzunehmen und zu bearbeiten
- festzustellen, ob die Zugehörigkeit zum Personenkreis erfüllt ist
- das Gesamteinkommen zu ermitteln und festzustellen, ob die Einkommensgrenze nicht überschritten wird
- den überwiegenden Unterhalt des Mitglieds für Stiefkinder und Enkel festzustellen
- die Kundschaft über Beginn und Ende der Familienversicherung zu beraten
- die Kundschaft über das Wahlrecht zu beraten, wenn die Voraussetzungen für die Familienversicherung mehrfach erfüllt sind
- die Mitteilungspflichten der Krankenkassen und die Meldepflicht der Versicherten zu erläutern
- die kostenfreie Mitversicherung positiv zu verkaufen
- die Kundschaft über die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung zu beraten, wenn die Voraussetzungen der Familienversicherung entfallen oder nicht erfüllt sind
- die Bedeutung der Anzahl von Familienversicherten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu kennen
- die Kundschaft über die im Rahmen der Familienversicherung bestehenden Leistungsansprüche zu beraten und
- die Regelungen der Krankenversicherung mit denen in der Pflegeversicherung zu vergleichen

3 Allgemeines zur Familienversicherung

Durch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sollen die Mitglieder insbesondere vor solchen finanziellen Aufwendungen bewahrt werden, die ihnen – ohne Versicherungsschutz – bei Krankheit entstehen würden.

Aber wie sieht es aus, wenn nicht das Mitglied selbst, sondern Familienangehörige erkranken? Wer übernimmt hierbei die anfallenden Kosten?

Ist ein Ehegatte oder ein Kind selbst nicht in der Lage, die Kosten z.B. einer ärztlichen Behandlung zu tragen, so haben im Allgemeinen der andere Ehegatte oder die Eltern – aufgrund ihrer Unterhaltsverpflichtung gegenüber der/dem Angehörigen – die entstehenden Aufwendungen zu übernehmen. Um das Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung vor den Folgen dieses Risikos zu schützen, wurde die Familienversicherung eingeführt. Sie ist Teil des Solidaritätsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung (Prinzip: Einer für alle, alle für einen!) und erstreckt sich auf Kinder und Ehegatten der Mitglieder.

Das Gesetz über die „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ schaffte ab August 2001 ein eigenes familienrechtliches Institut, die „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ für gleichgeschlechtliche Paare, die einen gesicherten Rechtsrahmen für ihr auf Dauer angelegtes Zusammenleben wünschen.

Mit Begründung einer Lebenspartnerschaft sind die Lebenspartner einander zur Fürsorge und Unterstützung verpflichtet und sollen füreinander Verantwortung tragen. Diese Elemente sind die Grundlage einer jeden familienrechtlichen Verbindung, wie

Generelles zur Kundenberatung

§ 1360 ff.,
§ 1601 ff.
BGB

§ 2 LPartG



§ 5 LPartG auch im Verhältnis zwischen Ehegatten. Hieraus entsteht auch die gegenseitige Pflicht zur Leistung eines angemessenen Unterhalts. Durch diese Verpflichtung soll dem Lebenspartner Sicherheit gewährleistet werden. Der Lebenspartner ist mit Begründung der Lebenspartnerschaft rechtlich als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners anzusehen.

Durch die Regelung wird auch der Lebenspartner eines Mitglieds in die Familienversicherung einbezogen. Auch die Familienversicherung von Kindern des anderen Lebenspartners ist möglich. Maßgebender Gesichtspunkt für die Abgrenzung des in die Familienversicherung einbezogenen Personenkreises, ist das Bestehen einer gesetzlichen Unterhaltspflicht. Zum Unterhalt gehört, wie bereits zuvor erwähnt, auch die Sicherstellung eines angemessenen Schutzes im Krankheitsfall.

§ 1353 BGB Das Gesetz zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts ermöglicht seit dem 01. 10. 2017 Personen gleichen Geschlechts eine zivilrechtliche Ehe einzugehen. Personen gleichen Geschlechts konnten bis September 2017 nur eine eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) eingehen. Diese eingetragenen Lebenspartnerschaften behalten weiterhin ihre Gültigkeit, können aber auch in Ehen umgewandelt werden. Die Ehegatten tragen füreinander Verantwortung.

Nicht in allen Erläuterungen dieses Lernbriefs ist die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) möglich. In einigen Rechtsnormen wird die männliche Form verwendet, diese gilt jedoch gleichermaßen für alle Geschlechter.

Es handelt sich dabei dann um eine formale Form aus der Rechtsprechung z.B. bei „Ehegatte“, hier ist „eine/r der beiden Eheleute“ gemeint. Diese formale Form aus der Rechtsprechung wurde aus Vereinfachungsgründen in den Lernbrief übernommen.

Die Familienversicherung ist eine eigenständige Versicherung. Die Familienangehörigen haben grundsätzlich eigene Leistungsansprüche, die sie selbstständig – vom Mitglied unabhängig – geltend machen können, sofern sie das 15. Lebensjahr vollendet haben. Die Familienversicherung ist außerdem beitragsfrei, d.h. egal, wie viele Personen familienversichert sind, das Mitglied zahlt immer den gleichen Beitrag, so, als wäre es allein versichert (Solidaritätsprinzip, Prinzip des Beitrags nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit). Das ist ein enormer Vorteil, den die AOK-Kundschaft gegenüber privat Krankenversicherten hat. Bei einer privaten Krankenversicherung muss für jedes Familienmitglied ein eigener Versicherungsvertrag mit jeweils individuell zu bestimmenden Vertragsleistungen abgeschlossen werden, für den eine Prämie zu zahlen ist.

§ 36 SGB I

Unsere Empfehlung

Bevor Sie sich das Thema „Familienversicherung“ anhand dieses Lernbriefs erarbeiten, lesen Sie sich den § 10 SGB V, der die rechtliche Grundlage für die Familienversicherung bildet, durch.

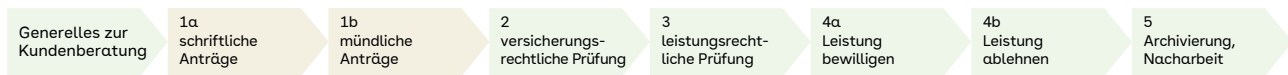
3.1 Nachweispflicht

Aufgabe der Krankenkasse ist, die Familienversicherung nach deren Beginn festzustellen. Dass die AOK verpflichtet ist, einen Sachverhalt vom Amt wegen zu ermitteln und dass Ange-

1a schriftliche Anträge

1b mündliche Anträge

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



hörige im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht auskunftspflichtig sind, das haben Sie schon im Lernbrief zum Thema „Verwaltungsverfahren“ erfahren.

„Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze)“ beschlossen.

§ 289 SGB V

Der Beginn einer Familienversicherung ist für den Eintrag ins Versichertenverzeichnis von der AOK festzustellen. Die für das Versichertenverzeichnis erforderlichen Daten kann die AOK-Kundenberatung vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben. Insbesondere wegen des Risikostrukturausgleichs (vgl. Punkt 10 dieses Lernbriefs) ist das Versichertenverzeichnis stets zu aktualisieren.

Die Fami-Meldegrundsätze sind am 01. 01. 2012 in Kraft getreten und lösen die Vereinbarung der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen „Einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldeverfahren)“ vom 28. 09. 1993 in der Fassung vom 26. 10. 2007 ab.

Das bedeutet, dass die AOK während einer bestehenden Familienversicherung, meist im Zusammenhang mit der Bestandspflege, ggf. Nachweise benötigt, die die Voraussetzungen für die weitere Familienversicherung belegen. Deshalb ist das Mitglied verpflichtet, den Fortbestand der Versicherungsvoraussetzungen auf Verlangen nachzuweisen (Nachweispflicht).

Mit der zweiten Änderung der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei der Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) vom 22. 06. 2022 wurde die zuletzt gültige Fassung der Fami-Meldegrundsätze vom 27. 11. 2019 an die gesetzlichen Änderungen angepasst.

Fami-Meldegrundsätze v. 22. 06. 2022

Das Mitglied hat den Ehegatten bzw. Lebenspartner und die Kinder mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) vereinbart für die Meldung ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke.

An die Beachtung dieser Grundsätze sind die Krankenkassen bundesweit gebunden.

Darin ist für die Krankenkassen bindend festgelegt, dass zur Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung Nachweise zu fordern sind.

Im Regelfall wird die Nachweisführung über die Vordrucke nach den Anlagen 1 und 2 „Fami-Meldegrundsätze“ erbracht. Ergänzend hierzu sind für den Nachweis bestimmter Sachverhalte konkrete Beweismittel zu fordern:

§ 5 Fami-Meldegrundsätze

§ 10 Abs. 6 SGB V

Auf der Grundlage dieser Vorschrift hat der GKV-Spitzenverband ein einheitliches Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung einschließlich erforderlicher Meldevordrucke festgelegt. Auf der Grundlage dieser Ermächtigungsnorm hat der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes unter dem Datum vom 28.06.2011 die

- Schulausbildung
- Wehr- und Zivildienst
- Nachweis Schwerbehinderung

Bei Zweifeln, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung vorliegen, sind weitere Nachweise anzufordern. Als weitere Nachweise im vorgenannten Sinne kommen insbesondere

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



- Einkommensnachweise,
- Heiratsurkunde,
- Geburtsurkunde
- Scheidungsbeschluss

in Betracht.

Die Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung sehen eine Präzisierung der Nachweisführung für die Prüfung der Voraussetzungen nach § 10 Abs. 3 SGB V dergestalt vor, dass das Gesamteinkommen durch geeignete Einkommensnachweise zu belegen ist.

In den Fragebögen für die Aufnahme in die Familienversicherung und Überprüfung der Familienversicherung wird das Mitglied darauf hingewiesen, dass für die Prüfung des Ausschlusses der Familienversicherung eines Kindes (vgl. Punkt 5.2.2 dieses Lernbriefs) Einkommensnachweise zwingend vorzulegen sind.

Wenn eine versicherte Person keine Nachweise erbringen kann, sind die Familienversicherungszeiten anzuerkennen, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sie sich ernsthaft um Nachweise bemüht hat und die Gesamtumstände dafür sprechen, dass die Angaben im Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung plausibel sind. Es ist von der AOK allerdings sicherzustellen, dass bei der Bestandspflege nach § 4 Fami-Meldegrundsätze der Zeitraum seit der letzten Prüfung der Versicherungszeiten abgefragt wird (zeitraumbezogener Nachweis).

Sofern das Mitglied oder die/der Familienangehörige ihrer/seiner Nachweispflicht nicht nachkommt, muss die AOK die Krankenversichertenkarte einziehen und das Versichertenverzeichnis für nicht nachgewiesene Zeiten berichtigen. Die Durchführung einer obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) ist zu prüfen.

Soweit und solange Versicherungszeiten nicht mit den nach den Fami-Meldegrundsätzen erforderlichen Nachweisen belegt sind, ist davon auszugehen, dass die Voraussetzungen der Familienversicherung nicht mehr vorliegen. Derartige Zeiten können nicht im Versichertenverzeichnis der Krankenkasse (§ 288 SGB V) geführt und auch nicht als Versicherungszeit im Verfahren zum Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Ein Fragebogen zur Feststellung der Familienversicherung entwickelt eine zukunftsorientierte Gültigkeit von grundsätzlich zwölf Monaten bzw. drei Jahren. Für die Berichtigung der Familienversicherungszeiten ist deshalb von einer Beendigung der Familienversicherung ein Jahr nach dem Zeitpunkt auszugehen, für den letztmalig die Voraussetzungen der Familienversicherung nachgewiesen bzw. festgestellt worden sind (Nachwirkungszeitraum), es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte für eine frühere Beendigung vor; bei Personen im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 3 der Fami-Meldegrundsätze wird der Nachwirkungszeitraum in Anlehnung an den für sie geltenden Prüfrhythmus bei der Bestandspflege auf längstens drei Jahre verlängert. Die Fristenberechnung richtet sich nach § 187 Abs. 1 und § 188 Abs. 2 BGB.

§ 7 Fami-Meldegrundsätze



4 Versicherter Personenkreis

Merke

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die Familienversicherung sind Nachweise zu fordern.

Beispiel

Am 21. 05. 2022 wurde von Helmut Maier, Mitglied der AOK, zuletzt der Nachweis erbracht, dass seine Tochter Melanie Maier schwerbehindert ist (ausgefüllter Fami-Bogen mit Unterschrift vom 21. 05. 2022). Melanie Maier ist 24 Jahre alt und war bisher über die AOK gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V familienversichert. Der im Mai 2025 von der AOK angeforderte Nachweis, dass die Voraussetzungen für die Familienversicherung noch vorliegen, wird der AOK von Helmut Maier nicht vorgelegt.

Frage

Zu welchem Zeitpunkt ist die Familienversicherung zu beenden?

Lösung

Die Familienversicherung ist zum 21. 05. 2025 zu beenden, da der letzte Nachweis für die Dauer von drei Jahren anerkannt wird und diesem somit eine begrenzte Nachwirkung zukommt (Fristbeginn 22. 05. 2022, Fristende 21. 05. 2025).

Hinweis

In einem solchen Fall sollten Sie Ihren Kunden in jedem Fall auf seine Mitwirkungspflichten hinweisen und ihm die Möglichkeit geben, diese nachzuholen.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind der Ehegatte, der Lebenspartner/ die Lebenspartnerin und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern beitragsfrei versichert (familienversichert). Die einzelnen Voraussetzungen werden im Folgenden erläutert.

Weitere Familienangehörige können den beitragsfreien Schutz der Familienversicherung nicht erhalten.

4.1 Ehegatte

Lernbeispiel 1

Helmut Heynemann ist als versicherungspflichtig Beschäftigter Mitglied Ihrer AOK. Er kommt am 18. 01. zu Ihnen in die AOK-Geschäftsstelle und teilt Ihnen mit, dass er seine Lebensgefährtin Heide Krug am 11. 01. geheiratet hat. Er legt Ihnen den Fami-Bogen sowie eine Heiratsurkunde des Standesamts vor (vgl. Anlagen 1–3 auf den folgenden Seiten).

Stellen Sie fest, ob Heide Krug zum Personenkreis gehört, der familienversichert werden kann.

Um diese Frage beantworten zu können, ist zunächst einmal zu klären, wer Ehegatte ist. Hier wird, wie bereits erklärt, die formale Form aus der Rechtsprechung verwendet, die sich auf alle Geschlechter gleichermaßen bezieht. Ehegatte ist derjenige, der mit einer anderen Person in einer rechtsgültigen Ehe lebt. Eine Ehe ist die auf Dauer angelegte, rechtsverbindliche Lebensgemeinschaft zwischen zwei Personen verschiedenen oder gleichen Geschlechts. Gesetzliche Regelungen zur Rechtsgültigkeit einer Ehe sind im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 10 Abs. 1
Satz 1 SGB V

1a
schriftliche
Anträge

§ 1353 BGB



enthalten. Im BGB ist die Ehe allerdings begrifflich nicht definiert. Die Ehe steht darüber hinaus unter dem besonderen verfassungsrechtlichen Schutz. Das bedeutet, dass dieser Schutz nicht für andere Formen des gemeinschaftlichen Zusammenlebens besteht. Verlobte und Partner in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft sind keine Ehegatten. Demnach ist für diese Personen eine Familienversicherung nicht möglich.

4.1.1 Beginn der Ehe

§§ 1310 – 1312 BGB

Eine Ehe kommt in Deutschland zustande, wenn sie vor einem Standesbeamten geschlossen wird und die Verlobten – bei gleichzeitiger Anwesenheit beider Personen – vor dem Standesbeamten erklären, dass sie die Ehe miteinander eingehen wollen. Was aber ist mit ausländischen Ehen? Diese gelten als rechtmäßig eingegangene Ehen, wenn sie nach dem Recht des Heimatlands geschlossen wurden.

grundsätzlich eine Erklärung des Mitglieds auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (vgl. Seiten 12 und 13). Lediglich bei nichtbestehender Namensgleichheit wie im Lernbeispiel sowie bei ausländischen Ehen ist ein amtlicher Nachweis erforderlich. Im Falle ausländischer Eheschließungen ist als Nachweis eine amtlich beglaubigte Übersetzung der ausländischen Heiratsurkunde anzufordern. Eine Bestätigung der deutschen Meldebehörde ersetzt die nach dem RSA-Prüfhandbuch der Prüfdienste des Bundes und der Länder notwendige amtlich beglaubigte Übersetzung der ausländischen Heiratsurkunde.

Art. 6 Abs. 1 GG

Merke

Ehegatten gehören zum familienversicherten Personenkreis ab dem Tag, an dem die Ehe vor einem Standesbeamten geschlossen wurde.

Zum Lernbeispiel 1

Helmut Heynemann hat Ihnen den Fami-Bogen und die Heiratsurkunde des Standesamts vorgelegt. Die Heiratsurkunde dokumentiert, dass am 11. 01. eine Ehe vor dem Standesbeamten geschlossen wurde. Heide Krug ist somit Ehegatte geworden und zählt ab 11. 01. zum Personenkreis, der familienversichert werden kann.

Bei der Prüfung der Frage, ob es sich um einen Ehegatten handelt, werden Sie sich in der Praxis nur im Zweifelsfall eine Heiratsurkunde vorlegen lassen. Außerdem würde diese Verfahrensweise zu einem hohen Verwaltungsaufwand führen. Es genügt

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Anlage 1

Anlage 1 der Fami-Meldegrundsätze

Helmut Heynemann
Vorname Name des Mitglieds
KV-Nummer: A123456789

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

- Ich war bisher
☒ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei AOK Hessen Name der Krankenkasse
☐ im Rahmen einer Familienversicherung
☐ nicht gesetzlich krankenversichert
- Familienstand: ☐ ledig ☒ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
 (in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)
- Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat
☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges: _____
- Beginn der Familienversicherung: 11. 01. 2025
- Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).
- Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen

	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*	<u>Krug</u>			
* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.				
Vorname	<u>Heide</u>			
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, D = divers))	<input type="checkbox"/> (m) <input checked="" type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)
Geburtsdatum	<u>15.01.1994</u>			
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)	—	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)	—	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Anlage 2

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung X endete am: 31.12.2024 o bestand bei: (Name der Krankenkasse) AOK Hessen				
Art der bisherigen Versicherung:	<input checked="" type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)				

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlungsbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	keine (Art der Einkünfte)			
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)		vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Altengirchen, 16.01.2025 Unterschrift des Mitglieds: *Helmut Hagemann*

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen: *Heide Knaus*

Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.

Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Anlage 3

HEIRATSURKUNDE

(Standesamt Neuwied) Nr. 8/2025

Helmut Heynemann, katholisch
geboren am 12.02.1987
in Neuwied

(Standesamt Neuwied) Nr. 56/1987

wohnhaft in Altenkirchen

und


Heide Krug, evangelisch
geboren am 15.01.1993
in Dernbach, Ldkrs. Neuwied

(Standesamt Puderbach) Nr. 5/1993

wohnhaft in Altenkirchen

haben am 11.01.2025 vor dem Standesbeamten des Standesamts Neuwied
die Ehe geschlossen.

Die Ehegatten führen die Ehenamen Heynemann und Krug.



Neuwied, den 11.01.2025
Der Standesbeamte
Kuzlip



4.1.2 Ende der Ehe

Fortsetzung des Lernbeispiels 1 von Seite 11

1b
mündliche
Anträge

Die Ehe von Familie Heynemann hält nur kurz. Am 15. 11. erscheint Herr Heynemann bei der AOK und bittet Sie, die Familienversicherung seiner Ehefrau zu beenden, da beide seit längerer Zeit getrennt leben. Er erzählt Ihnen, dass er nicht mehr bereit ist, für die Krankheitskosten seiner Frau aufzukommen. Ein rechtskräftiger Scheidungsbeschluss liege noch nicht vor, sei aber in Kürze zu erwarten.

Klären Sie die Rechtslage.

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 1353 Abs. 1
Satz 1,
§ 1564 ff.,
§ 1313 ff.
BGB

Die Ehe wird auf Lebenszeit geschlossen. Sie endet daher durch den Tod eines Ehegatten. Aber auch durch Scheidung oder Aufhebung wird die Ehe beendet, wenn ein rechtskräftiger Beschluss vorliegt. Eine Ehe kann nur auf Antrag eines oder beider Ehegatten geschieden oder aufgehoben werden. Hierüber entscheiden die Familiengerichte, die bei den Amtsgerichten angesiedelt sind, durch Beschluss. Dabei bewirken der Aufhebungs- und der Scheidungsbeschluss die Auflösung für die Zukunft. Ein rechtskräftiger Beschluss liegt dann vor, wenn er nicht mehr mit einem Rechtsmittel (Beschwerde) angefochten werden kann. Das ist der Fall, wenn die Rechtsmittelfrist (ein Monat nach Zustellung des Beschlusses) abgelaufen sind oder schon vor Ablauf dieser Frist auf Rechtsmittel wirksam verzichtet wurde. Das Datum der Rechtskraft des Scheidungsbeschlusses ist auf der ersten Seite nachzulesen. Eine Kopie des Beschlusses mit Rechtskraftvermerk ist als Nachweis geeignet.

Das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, kurz auch Familienverfahrensgesetz (FamFG) genannt, trat am 01. 09. 2009 in Kraft. Ehesachen sind nach § 121 FamFG Verfahren auf Aufhebung der Ehe, auf Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens einer Ehe zwischen den Beteiligten und auf Scheidung der Ehe. Eine Ehe kann, von der Ausnahme des Todesfalls abgesehen, nur durch einen rechtskräftigen Beschluss aufgelöst werden (§ 38 FamFG).

Beispiel

Werner Klein ist als Beschäftigter Mitglied der AOK. Seine Ehefrau Ulrike ist bei dieser AOK familienversichert. Am 25. 09. wurde der Scheidungsbeschluss vom Familiengericht verkündet. Am 09. 10. erklären beide Ehegatten gegenüber dem Familiengericht, dass sie kein Rechtsmittel gegen diesen Beschluss einlegen werden.

Frage

Zu welchem Zeitpunkt ist die Ehe rechtskräftig geschieden?

Lösung

Am 25. 09. wurde die Scheidung der Eheleute Klein ausgesprochen. Am 09. 10. verzichten beide rechtswirksam auf das Einlegen von Rechtsmitteln. Der Beschluss kann nach diesem Zeitpunkt nicht mehr angefochten werden. Mit dem 09. 10. (00.00 Uhr) gehört Ulrike Klein nicht mehr zum familienversicherten Personenkreis.



Zum Lernbeispiel 1 von Seite 15

Helmut Heynemann und seine Ehefrau leben zwar getrennt, ein rechtskräftiger Scheidungsbeschluss liegt jedoch noch nicht vor; die Ehe besteht noch. Die Familienversicherung bleibt deshalb grundsätzlich bis zur Rechtskraft des Scheidungsbeschlusses bestehen.

§ 1314 BGB

Hinweise auf Gründe, wegen denen eine Ehe aufgehoben werden kann, enthält ebenfalls das BGB. Auf die einzelnen Gründe gehen wir allerdings in diesem Lernbrief nicht ein, da die Aufhebung einer Ehe kein Regelfall ist. Die einzelnen Aufhebungsgründe können Sie im BGB nachlesen. Wie schon erläutert, bleibt die Ehe auch bei ihrer Aufhebung bis zur Rechtskraft des Beschlusses bestehen.

Beispiel

Durch Beschluss vom 12. 10. wird die Ehe von Ludwig und Marga Laut geschieden. Marga Laut ist familienversichert.

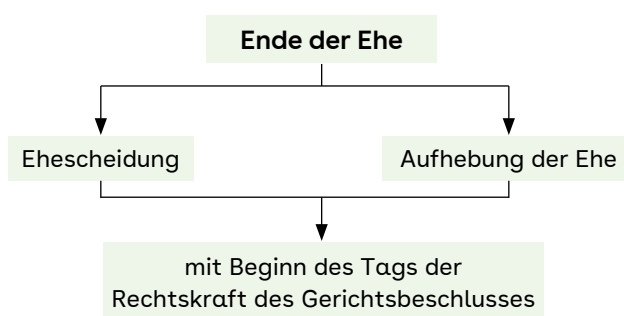
Frage

Wie lange bleibt die Familienversicherung von Marga Laut bestehen?

Lösung

Die Familienversicherung von Marga Laut besteht noch bis zur Rechtskraft des Beschlusses, d.h. in der Regel bis Ablauf der Rechtsmittelfrist (grundsätzlich ein Monat nach Zustellung des in vollständiger Form abgefassten Beschlusses). Für die Vergangenheit bleibt somit die Familienversicherung bestehen.

Wird der Beschluss beispielsweise am 11. 11. rechtskräftig, so ist mit diesem Tag (00.00 Uhr) auch die Familienversicherung zu beenden. Die Familienversicherung ist bis einschließlich 10. 11. zu speichern.



Merke

Die Zugehörigkeit zum familienversicherten Personenkreis endet mit Beginn des Tags, an dem die Ehe wirksam beendet ist.

4.2 Lebenspartner

Soweit Lebenspartnerschaften in das Sozialrecht einbezogen werden, wird klargestellt, dass es sich um (eingetragene) Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes handelt.

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 33b SGB I



4.2.1 Begründung einer Lebenspartnerschaft

§ 1 LPartG

Die Lebenspartnerschaft von zwei Personen gleichen Geschlechts wurde durch übereinstimmende Erklärung der künftigen Lebenspartner, eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen, begründet. Die Erklärungen wurden wirksam, wenn sie gegenüber Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit abgegeben wurden. Letztlich bleibt es den einzelnen Bundesländern überlassen, welche Behörde sie als zuständige Behörde benennen, wobei der Bundesgesetzgeber davon ausgeht, dass überwiegend die Standesämter mit dieser Aufgabe betraut wurden.

Bei der Prüfung, ob die Familienversicherung für einen Lebenspartner durchgeführt werden kann, genügt die Erklärung auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck. Nur bei Namensungleichheit benötigt die AOK eine Urkunde über die bestehende Lebenspartnerschaft. Die Prüfdienste des Bundes und der Länder haben diese Verfahrensweise der Krankenkassen so festgelegt.

Merke

Die Familienversicherung von gleichgeschlechtlichen Lebenspartnern ist möglich, wenn diese bis 30. 09. 2017 eine eingetragene Lebenspartnerschaft begründet haben.

4.2.2 Aufhebung einer Lebenspartnerschaft

Eine eingetragene Lebenspartnerschaft kann, wie die Ehe, auch auf Antrag beendet werden. Wird eine Ehe beendet, dann gibt es zwei Möglichkeiten, und zwar die Ehescheidung oder die Aufhebung der Ehe. Das Lebenspartnerschaftsgesetz spricht allerdings nur von Aufhebung, d.h. eine Scheidung kommt nicht in Betracht. Eine Aufhebung ist auf Antrag eines oder beider Lebenspartner möglich. Hierüber entscheidet, wie im Fall einer Ehescheidung, das Familiengericht durch gerichtlichen Beschluss. Auch eine Aufhebung ist nur für die Zukunft möglich, da die Aufhebung erst wirksam wird, wenn der Beschluss Rechtskraft erlangt.

Angelegenheiten der gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften nach dem LPartG sind ebenfalls Familiensachen (§ 111 Nr. 11 FamFG). Nach §§ 269 und 270 FamFG sind die Vorschriften für Ehesachen (u.a. Scheidung) entsprechend anzuwenden.

§ 15 Abs. 1 LPartG

Beispiel

Nach einigen Jahren Zweisamkeit, stellen Sabine Müller und Beate Schulz fest, dass sie gar nicht zusammenpassen. Sabine Müller ist Mitglied der AOK und Beate Schulz ist über Sabine Müller als Lebenspartnerin familienversichert. Beide beantragen am 26. 10. 2025 beim Familiengericht die Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft. Am 14. 12. 2025 wird die Lebenspartnerschaft durch gerichtlichen Beschluss aufgehoben. Der Beschluss wird am 25. 01. 2026 rechtskräftig.



Frage

Wie gestaltet sich die Familienversicherung von Beate Schulz?

Lösung

Die Zugehörigkeit zum familienversicherten Personenkreis von Beate Schulz endet am 24. 01. 2026 (24.00 Uhr), weil die eingetragene Lebenspartnerschaft durch gerichtlichen Beschluss aufgehoben wird und der Beschluss am 25. 01. 2026 Rechtskraft erlangt.

Merke

Endet die Lebenspartnerschaft durch gerichtliche Aufhebung, endet mit dem Tag der Rechtskraft des Beschlusses die Zugehörigkeit zum familienversicherten Personenkreis.

Im Gesetz zur Öffnung der Ehe heißt es: „Mit der Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare ist die Neueintragung der Lebenspartnerschaft nicht mehr möglich.“ Bereits eingetragene Lebenspartnerschaften bleiben aber bestehen, wenn die Betroffenen keine Umwandlung in eine Ehe beantragen.

Das BGB wurde wie folgt geändert: „Die Ehe wird von zwei Personen verschiedenen oder gleichen Geschlechts auf Lebenszeit geschlossen. Die Ehegatten sind einander zur ehelichen Lebensgemeinschaft verpflichtet; sie tragen für einander Verantwortung.“

§ 1353 BGB

4.3 Kinder

Lernbeispiel 2

Sabine Meier und Hubert Klug leben zusammen, sind aber nicht verheiratet. Sabine Meier und Hubert Klug sind beide versicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied der AOK. Am 31. 08. bringt Sabine Meier Sohn Felix auf die Welt. Hubert Klug hat die Vaterschaft durch öffentliche Urkunde anerkannt und Sabine Meier hat dieser Anerkennung zugestimmt.

Stellen Sie fest, ob Felix zu den Kindern im Sinne des § 10 SGB V gehört.

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

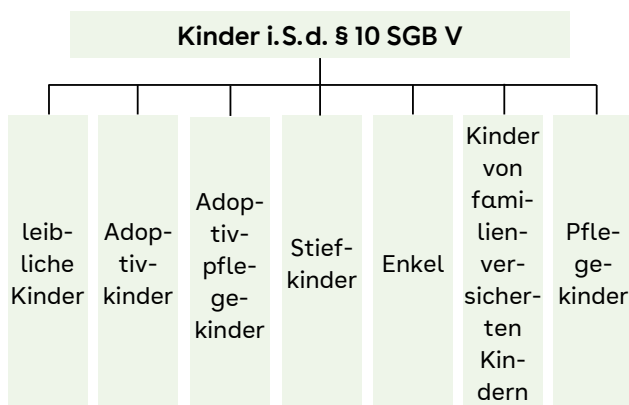
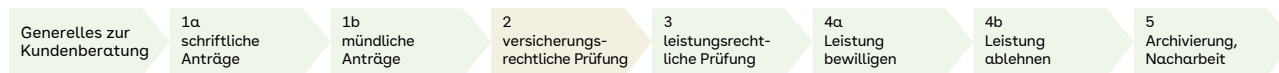
4.2.3 Ehe für alle

Die Ehe steht in Deutschland auch homosexuellen Paaren offen. Das Gesetz zur Einführung des Rechts auf Eheschließung für Personen gleichen Geschlechts ist am 01. 10. 2017 in Kraft getreten.

Aus den Lebenspartnern wird nicht automatisch eine Ehe. Die Umwandlung erfolgt nur auf Wunsch. Beide Partner müssen gemeinsam auf dem Standesamt erklären, dass sie künftig eine Ehe führen wollen.

Wer zählt zu den Kindern im Sinne des § 10 SGB V?

Das folgende Schaubild gibt Ihnen hierüber einen Überblick:



Rechtsverhältnis zwischen Vater und Kind entsteht

1. wenn der Mann zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter des Kindes verheiratet ist, oder § 1592 BGB
2. wenn der Mann die Vaterschaft anerkannt hat, oder
3. durch gerichtliche Feststellung der Vaterschaft.

4.3.1 Leibliche Kinder

Bei den leiblichen Kindern unterscheidet das SGB V und auch das BGB nicht, ob sie als eheliche oder nichteheliche Kinder geboren wurden. Nichteheliche und eheliche Kinder haben die gleiche rechtliche Stellung.

Für die Familienversicherung hat damit nur noch die Abstammung eine Bedeutung, weil sich hieraus Ansprüche ableiten lassen.

§ 1591 BGB

Ob es sich um ein leibliches Kind handelt, ist nur im Kind-Vater-Verhältnis von Bedeutung. Die rechtliche Stellung des leiblichen Kindes zu seiner Mutter ist von vornherein geklärt, da sich die Abstammung durch die Geburt des Kindes ergibt. Wird die Familienversicherung nach § 10 SGB V daher über die Mitgliedschaft der Mutter durchgeführt, ist eine Prüfung der Frage, ob es sich bei dem Kind um ein leibliches Kind handelt, unerheblich. Ist dagegen zu prüfen, ob die Familienversicherung für ein Kind aus der Mitgliedschaft des Vaters begründet werden kann, so ist es erforderlich, dass zwischen dem Mitglied und dem Kind ein entsprechendes Rechtsverhältnis zustande gekommen ist, aus dem hervorgeht, dass das Mitglied der Vater des Kindes ist. Ein solches

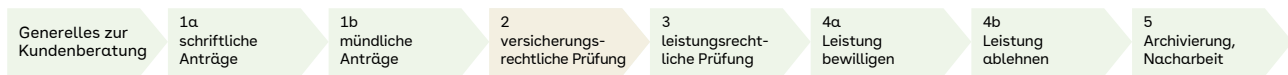
Zum Lernbeispiel 2

Felix ist das leibliche Kind seiner Mutter Sabine Meier und von Hubert Klug, der die Vaterschaft durch öffentliche Urkunde anerkannt und Sabine Meier dieser zugestimmt hat. Felix gehört somit zu den Kindern im Sinne des § 10 SGB V.

Vater eines Kindes ist nach dem BGB zunächst der Mann, der zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter verheiratet ist. Besteht die Ehe nicht mehr und wird ein Kind innerhalb von 300 Tagen nach der Auflösung der Ehe (z.B. durch Tod) geboren, so gilt die Vaterschaftsvermutung. § 1593 BGB

Wird von einer Frau, die eine weitere Ehe geschlossen hat, ein Kind geboren, das sowohl nach § 1593 Satz 1 und 2 BGB Kind des früheren Ehemanns als auch nach § 1592 Nr. 1 BGB Kind des neuen Ehemanns wäre, so ist es nur als Kind des neuen Ehemanns anzusehen.

Wird die Vaterschaft angefochten und wird rechtskräftig festgestellt, dass der neue Ehemann nicht Vater des Kindes ist, so ist es das Kind des früheren Ehemanns.



Beispiel

Iris Wieland heiratet fünf Monate nachdem ihr Ehemann Wolfgang Wieland gestorben ist, ihren Lebensgefährten Herbert Müller. Eine Woche nach der Eheschließung wird sie von einem Kind entbunden.

Frage

Wer gilt als Vater des Kindes?

Lösung

Herbert Müller gilt als Vater des Kindes, da das Kind während der Ehe mit Iris Wieland geboren wurde. Da das Kind jedoch innerhalb von 300 Tagen nach Auflösung der ersten Ehe (durch Tod) geboren wurde, könnte es auch als leibliches Kind des Wolfgang Wieland gelten.

Voraussetzung ist jedoch, dass alle übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V (vgl. Punkt 5 dieses Lernbriefs) erfüllt sind.

Ein während des Scheidungsverfahrens bzw. innerhalb eines Jahres nach Rechtskraft der Scheidung geborenes Kind gilt nicht als Kind des Ex-Ehemannes der Mutter, wenn

1. ein Dritter – also der Erzeuger – die Vaterschaft anerkannt und
2. der Ex-Ehemann der Mutter und
3. die Mutter und
4. das Kind (bzw. der gesetzliche Vertreter), wenn der Mutter insoweit die elterliche Sorge nicht zusteht,

dem zustimmen.

Die Zustimmung wird mit der Rechtskraft des Scheidungsbeschlusses wirksam.

Die Anerkennung der Vaterschaft und die Zustimmungen müssen öffentlich beurkundet werden.

§ 1599 ff. BGB

Ist der Ehemann der Mutter des Kindes der Ansicht, nicht der leibliche Vater zu sein, kann er durch Klage beim Familiengericht die Vaterschaft anfechten. In diesem Fall bedarf es eines Urteils, welches feststellt, dass der Ehemann der Mutter nicht der leibliche Vater ist. Solange kein entsprechendes Urteil vorliegt, ändert sich jedoch nichts an der Vaterschaft.

Liegt eine Anerkennung oder gerichtliche Feststellung der Vaterschaft vor, so beginnt die Familienversicherung nicht erst mit dem Tag der Anerkennung oder Vaterschaftsfeststellung, sondern bereits mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllt werden, d.h. ggf. mit dem Tag der Geburt des Kindes (vgl. Punkt 6.1 dieses Lernbriefs). Dadurch wird gewährleistet, dass das Kind keine Rechtsnachteile durch die verspätete Feststellung der Vaterschaft erleidet.

Beispiel

Das Familiengericht stellt am 18. 01. fest, dass Hartmut Hart (Mitglied der AOK) der Vater des am 24. 12. des Vorjahres geborenen Henrik Bein ist. Am 22. 02. wird die Feststellung rechtskräftig. Die übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V sind erfüllt. Die Mutter von Henrik Bein ist nicht gesetzlich krankenversichert.



Folge

Die Vaterschaft von Hartmut Hart wurde am 18. 01. gerichtlich festgestellt, die Entscheidung wurde am 22. 02. rechtskräftig. Die übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V sind erfüllt. Henrik Bein ist seit seiner Geburt (24. 12. des Vorjahres) über seinen Vater Hartmut Hart familienversichert.

Merke

Leibliche Kinder können aufgrund einer Mitgliedschaft des Vaters oder der Mutter familienversichert werden. Es ist unerheblich, ob das Kind ehelich oder nichtehelich geboren wurde. Bei nichtehelichen Kindern muss bei einer Versicherung über den Vater allerdings die Vaterschaft gerichtlich festgestellt bzw. anerkannt sein.

§ 104 SGB X Solange (vgl. vorhergehendes Beispiel) die Vaterschaft von Hartmut Hart nicht feststand, konnte die AOK keine Leistungen übernehmen. Die Kosten werden in solchen Fällen meist vom Sozialhilfeträger getragen. Mit Feststellung der Vaterschaft sind diese Kosten jedoch rückwirkend ab dem Tag der Geburt von der AOK zu tragen, sodass der Sozialhilfeträger einen Erstattungsanspruch an die AOK richtet. Dabei erstattet die AOK dem Sozialhilfeträger die Kosten in der Höhe, die ihr entstanden wären, wenn sie rechtzeitig geleistet hätte.

Wäre die Mutter von Henrik Bein im o.g. Fall selbst gesetzlich versichert, so hätte die Familienversicherung bei ihrer Krankenkasse durchgeführt werden können. Eine Prüfung der Vaterschaft für die Familienversicherung des Kindes wäre dann nicht erforderlich gewesen.

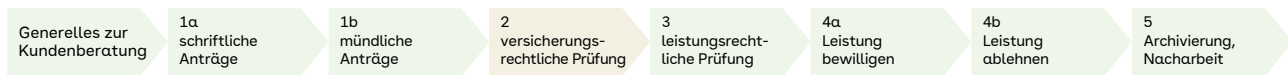
4.3.2 Adoptivkinder

Angenommene (adoptierte) Kinder haben den Status von leiblichen Kindern des/der Annehmenden. Die Annahme als Kind wird vom Familiengericht beim Amtsgericht ausgesprochen. Dadurch erlischt das Verwandtschaftsverhältnis zu den leiblichen Eltern bzw. zumindest zu dem Teil der leiblichen Eltern, der nun durch den Adoptivelternteil ersetzt wird. Voraussetzung für die Adoption eines Kindes ist, dass die Annahme zum Wohl des Kindes ist und zwischen den Adoptiveltern und dem Kind ein Eltern-Kind-Verhältnis entsteht. Eine weitere Voraussetzung ist, dass das Kind selbst bzw. sein gesetzlicher Vertreter bei nicht vollendetem 14. Lebensjahr einer Adoption zustimmen muss.

§ 1741 ff. BGB

Wer nicht verheiratet ist, kann ein Kind nur allein annehmen. Ein Ehepaar kann ein Kind grundsätzlich nur gemeinschaftlich annehmen. Ein Ehegatte kann allein nur ein Kind des anderen Ehegatten annehmen.

Gegenüber der verfassungsrechtlichen Wertentscheidung zugunsten der Ehe sah das Lebenspartnerschaftsgesetz keine Möglichkeit der gemeinsamen Adoption von Kindern vor.



§ 9 Abs. 6, 7
LPartG

Allerdings bestand bisher für Lebenspartner die Möglichkeit der Alleinadoption eines Kindes, die aber der Zustimmung des anderen Lebenspartners bedarf. Darüber hinaus kann ein Lebenspartner, wie dies bei Eheleuten möglich ist, das Kind des anderen Lebenspartners allein annehmen. Hierdurch wird die Rechtsstellung des Kindes gegenüber dem Nichteltern- teil erheblich verbessert. Denn auch ein Lebenspartner, der nicht Elternteil ist, übernimmt Verantwortung für das Kind. Die von einem Lebenspartner wahrgenommene Verantwortung für das Kind seines Lebenspartners kann durch die Adoption als gemeinsame elterliche Verantwortung weiterge- führt werden.

Durch Urteil vom 19. 02. 2013 hat das Bundesverfassungsgericht ent- schieden, dass künftig Lebenspartner auch Kinder adoptieren können, die ihr Partner oder ihre Partnerin zuvor selbst adoptiert hatten. Die Entschei- dung betrifft zwar nur einen Teil des Adoptionsrechts – aber die Botschaft ist klar: Jede Schlechterstellung homosexueller Lebenspartnerschaften gegenüber der Ehe bedarf der Rechtfertigung – und hier gelten strenge Anforderungen, weil die sexuelle Identität betroffen ist. Stück für Stück haben die Karlsruher Richter nach diesem Grundsatz die Unterschiede zwischen Lebenspartnerschaften und Ehen eingegeben.

Eine Änderung des Adoptionsrechts ist ab Oktober 2017 für verheiratete homosexuelle Paare nicht nötig. Denn dort sind die Vorgaben allgemein auf Ehepaare zugeschrieben. Sobald ein gleichgeschlechtliches Paar verheiratet ist, können die Ehepartner gemeinsam ein Kind adoptieren wie heterosexuelle Paare, wenn sie denn die nötigen Voraussetzungen erfüllen.

4.3.3 Adoptivpflegekinder

Die Annahme als Kind soll vom Fami- liengericht erst dann ausgesprochen werden, wenn das Kind eine Zeit lang bei seinen zukünftigen Eltern verbracht hat. Für die Dauer dieser Probezeit bezeichnet man solche Kinder als Adoptivpflegekinder. Sie erhalten nach endgültiger Adoption die rechtliche Stellung eines gemein- schaftlichen Kindes der annehmenden Person(en) (vgl. Punkt 4.3.2 dieses Lernbriefs).

Das Verwandtschaftsverhältnis zu den bisherigen Verwandten erlischt nach dem BGB zum Zeitpunkt der An- nahme (Adoption). Im Vorgriff darauf bewirkt jedoch der § 10 SGB V, dass für die „Probezeit“ vor der Annahme eine Familienversicherung nur aus der Mitgliedschaft des bzw. der Anneh- menden und nicht mehr aus der Mit- gliedschaft eines leiblichen Elternteils abgeleitet werden kann. Während die- ser Probezeit gilt das Kind bereits als Kind der zukünftigen Eltern, wenn

- diese es mit dem Ziel der Annahme aufgenommen und
- die leiblichen Eltern des Kindes ihre Einwilligung zur Annahme erteilt haben.

§ 1744 ff.
BGB

§ 10 Abs. 4
Satz 2 SGB V



Beispiel

Anna Heck, Mitglied der AOK Nordost, will ihre Tochter Meike (zwei Monate alt) zur Adoption freigeben. Meike ist bei der AOK Nordost familienversichert. Meike wohnt seit 26. 09. bei dem Ehepaar Steffen, beide Mitglied der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, die Meike mit dem Ziel der Annahme aufgenommen haben. Anna Heck willigt am 17. 09. in die Annahme ein. Das Familiengericht entscheidet am 26. 04. des folgenden Jahres positiv über die Annahme. Die in § 10 SGB V geforderten Voraussetzungen für die Familienversicherung sind erfüllt.

Folge

Meike ist ab 26. 09. bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gemäß § 10 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 Satz 2 SGB V familienversichert, da das Ehepaar Steffen Meike am 26. 09. mit dem Ziel der Annahme aufgenommen hat und die leibliche Mutter, Anna Heck, ihre Einwilligung hierzu bereits am 17. 09. erteilt hat.

Versicherung als Kind von Anna Heck bis 25. 09.

§ 10 Abs. 1 SGB V

AOK Nordost

ab 26. 09. Versicherung als Adoptivpflegekind von Ehepaar Steffen

§ 10 Abs. 1 i. V. m. Abs. 4 Satz 2 SGB V

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

ab 26. 04. des Folgejahres Versicherung als leibliches Kind von Ehepaar Steffen

§ 10 Abs. 1 SGB V

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Das Eltern-Kind-Verhältnis i.S.d. § 10 Abs. 1 SGB V beginnt am 26. 04. mit der Entscheidung des Gerichts, sodass sich der Anspruch auf die Familienversicherung ab diesem Zeitpunkt nur noch nach § 10 Abs. 1 SGB V begründet.

Im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, ist auch die Adoption von Kindern geregelt.

Merke

Angenommene (adoptierte) Kinder und Adoptivpflegekinder gelten in der Sozialversicherung als leibliche Kinder.



4.3.4 Stiefkinder

§ 10 Abs. 4
Satz 1, 3
SGB V

Als Kinder des Mitglieds gelten auch Stiefkinder. Der Begriff Stiefkind ist nicht gesetzlich definiert. Man versteht darunter Kinder, die von den Eheleuten oder den Lebenspartnern in die Ehe oder Lebenspartnerschaft eingebracht wurden und nicht vom jeweils anderen abstammen.

Beispiel

Monika Müller hat in erster Ehe die Tochter Marie geboren. Am 07. 05. heiratet sie ihren zweiten Ehemann Peter Paul. Er ist Mitglied der AOK. Monika Müller-Paul ist nicht gesetzlich krankenversichert. Marie ist bisher über ihren leiblichen Vater familienversichert.

Folge

Mit der Heirat am 07. 05. wird Marie das Stiefkind von Peter Paul. Wenn die übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind, kann Marie über Peter Paul familienversichert werden.

§ 1590 BGB,
§ 11 Abs. 2
LPartG

Stiefkinder sind mit ihrer/m Stiefmutter/-vater nicht verwandt, sondern verschwägert. Diese Schwägerschaft besteht auch dann fort, wenn die sie begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft endet.

4.3.5 Enkel

§ 10 Abs. 4
Satz 1 SGB V,
§ 1589 BGB

Auch der Begriff Enkel wird im BGB nicht verwendet. Das BGB spricht in diesem Zusammenhang von Verwandtschaft. Verwandte im Sinne des BGB sind natürliche Personen, die durch Abstammung miteinander verbunden sind (Blutsverwandtschaft).

Enkel zählen zu den Verwandten in gerader Linie; das sind Personen, deren eine von der anderen abstammt, z.B. Eltern und Kinder.

Unter Enkel versteht man die Kinder der eigenen Kinder (Kindeskind). In der Familienversicherung gelten sie ebenfalls als Kinder des Mitglieds.

4.3.6 Kinder von familienversicherten Kindern

Durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz von 2005, wurde der von der Familienversicherung erfasste Personenkreis (Ehegatte, Lebenspartner und Kinder des Mitglieds) um eine weitere Personengruppe erweitert. Danach können auch Kinder von familienversicherten Kindern familienversichert sein. Diese Regelung schließt – einem sozial- und familienpolitischen Anliegen folgend – eine Lücke im Versicherungsschutz von Kindern, die dann entsteht, wenn beispielsweise die Mutter des Kindes familienversichert und der Vater nicht bekannt oder selbst familienversichert ist und auch eine Familienversicherung über die Großeltern (als Enkel) nicht hergeleitet werden kann (vgl. Punkt 5.3 dieses Lernbriefs).

§ 10 Abs. 1
Satz 1 SGB V

4.3.7 Pflegekinder

Pflegekinder sind Kinder, die mit dem Mitglied

§ 10 Abs. 4
Satz 1 SGB V,
§ 56 Abs. 2
Nr. 2 SGB I

- durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis,
- mit häuslicher Gemeinschaft

wie Kinder mit ihren Eltern verbunden sind. Sie gelten ebenfalls als Kinder des Mitglieds. Ein Pflegekind ist ein Kind, das nicht in seiner Ursprungs- bzw. Herkunftsfamilie lebt, sondern



in einer anderen Familie (Pflegefamilie). Ein Kind wird gewöhnlich in einer Pflegefamilie untergebracht, wenn die leiblichen Eltern nicht mehr oder für einen längeren Zeitraum nicht in der Lage sind, für ihr Kind zu sorgen.

§ 33 SGB VIII Unter einem auf längere Dauer angelegten Pflegeverhältnis versteht man ein solches, das zeitlich nicht begrenzt ist. Über eine Mindestdauer gibt es keine Aussagen; seiner Natur nach ist das Pflegeverhältnis aber auf mehrere Jahre angelegt. Ob es sich im Einzelfall um ein Pflegekind handelt, können Sie beim Jugendamt erfahren. Die Jugendämter stellen Ihnen hierfür eine Bescheinigung aus. Diese Bescheinigung ist als Nachweis heranzuziehen (vgl. Punkt 3.1 dieses Lernbriefs).

Häusliche Gemeinschaft liegt dann vor, wenn das Pflegekind und das Mitglied in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben. Auch muss die Eltern-Kind-Beziehung gegeben sein, z.B. durch Aufsicht, Betreuung und Erziehung des Pflegekinds.

Keine Pflegekinder sind

- Kinder, die sich nur zur Tagespflege bei Familien aufhalten,
- Kinder in Heimen oder Internaten und
- Kinder, die aus rein wirtschaftlichen Gründen bei anderen Familien untergebracht sind.

Beispiel

Pauline Noll ist SOS-Kinderdorf-Mutter. Sie ist aufgrund ihrer Beschäftigung im SOS-Kinderdorf Mitglied der AOK. In ihrem Haushalt leben sieben Pflegekinder. Die Pflegekinder werden von Pauline Noll betreut und erzogen wie von ihrer eigenen Mutter.

Frage

Ist eine Familienversicherung der Pflegekinder über Pauline Noll möglich?

Lösung

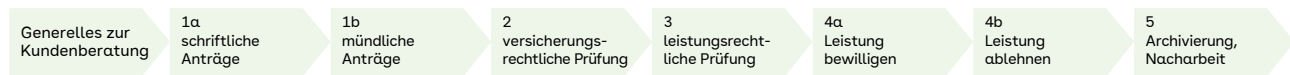
Eine Familienversicherung über Pauline Noll ist nicht möglich, da Pauline Noll Angestellte des SOS-Kinderdorfs ist und die Pflegekinder nur aus wirtschaftlichen Gründen in ihrem Haushalt leben.

Merke

Neben den leiblichen Kindern gehören auch

- Stiefkinder,
- Enkel,
- Kinder von familienversicherten Kindern und
- Pflegekinder

zum familienversicherten Personenkreis.



4.4 Übungen zum Lernabschnitt 4

Übung 1

Sachverhalt

Iris Zwickel und ihr langjähriger Lebensgefährte Bruno Gries, beide deutsche Staatsangehörige, haben während ihres Urlaubs in Österreich geheiratet. Die Trauung hat ein Pfarrer vorgenommen.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung ohne Angabe von Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe

Handelt es sich bei der Heirat um eine Eheschließung, die einen Anspruch auf Familienversicherung begründet?

Übung 2

Sachverhalt

Die Ehe von Kurt und Margit Künzig wurde am 14. 06. rechtskräftig geschieden. Margit Künzig ist seit Jahren bei der AOK familienversichert. Am 28. 06. erscheint Margit Künzig bei der AOK und erkundigt sich nach ihrem Krankenversicherungsschutz.

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Welche Rechtsfolge tritt mit der Ehescheidung ein?

Übung 3

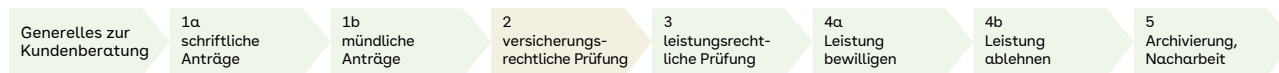
Nennen Sie stichwortartig, wann eine Ehe endet. Die Angabe von Rechtsvorschriften ist nicht erforderlich.

Übung 4

Nennen Sie stichwortartig die Voraussetzungen, wie eine eingetragene Lebenspartnerschaft zustande kommt.

Hinweis

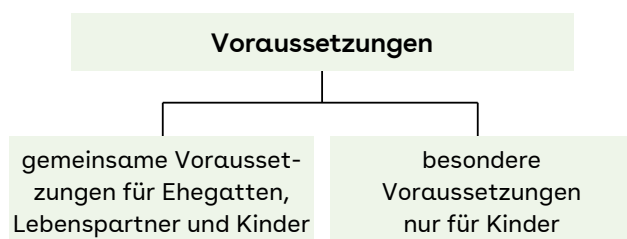
Die Angabe von Rechtsvorschriften ist nicht erforderlich.



5 Voraussetzungen für die Familienversicherung

Sie wissen nun, für welche Personen eine Familienversicherung in Betracht kommt. Im Folgenden wollen wir uns mit den einzelnen Voraussetzungen befassen, unter denen Kinder, Ehegatten und Lebenspartner familienversichert sind.

Man unterscheidet dabei zwei Gruppen von Voraussetzungen:



5.1 Gemeinsame Voraussetzungen für Ehegatten, Lebenspartner und Kinder

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 10 Abs. 1
Satz 1
Nr. 1 – 5
SGB V

Die Voraussetzungen, unter denen eine Familienversicherung zustande kommt, sind in § 10 SGB V abschließend aufgezählt. Ist nur eine von ihnen nicht erfüllt, können Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder nicht familienversichert werden.

5.1.1 Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland

§ 10 Abs. 1
Satz 1 Nr. 1
SGB V

Die zu versichernden Familienangehörigen müssen ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben.

Ob die Familienangehörigen deutscher Staatsangehörige sind, ist bedeutungslos. Auch muss das Mitglied nicht im Inland wohnen.

Was versteht man unter „Wohnsitz“?

Rechtlich hat jemand einen Wohnsitz dort, wo sie/er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass sie/er die Wohnung beibehalten und benutzen wird. Auch bei längerer Abwesenheit bleibt der Wohnsitz bestehen, wenn die bisherige Wohnung demjenigen jederzeit zur Verfügung steht, sie/er diese Wohnung auch wieder benutzen will und dem keine besonderen Hindernisse entgegenstehen. Zur Nachweisführung sind die Angaben im Fami-Fragebogen ausreichend.

§ 30 Abs. 3
Satz 1 SGB I

Ein vorübergehender Auslandsaufenthalt steht dem gewöhnlichen Inlandsaufenthalt und damit der Familienversicherung nicht entgegen, wenn nach den Umständen des Einzelfalls der Lebensmittelpunkt in der Bundesrepublik erhalten bleibt.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 10
SGB V,
Ziff. 2.2
Abs. 2

Beispiel

Stefan Mester studiert an der Universität in Den Haag (Niederlande). Jeweils an den Wochenenden und in den Semesterferien ist er zu Hause bei seinen Eltern in Aachen. Nach Abschluss des Studiums beabsichtigt er, in Deutschland eine Beschäftigung aufzunehmen.

Folge

Der Wohnsitz von Stefan Mester bleibt Aachen. Durch das Studium in Den Haag tritt also kein Ausschluss der Familienversicherung ein.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



In vielen dieser Fälle lassen sich Ansprüche auch aus den über- und zwischenstaatlichen Regelungen ableiten. Diese stellen z.T. den Aufenthalt im anderen Staat mit dem Aufenthalt im Inland gleich. Bei Anfragen zu den im Ausland wohnenden Familienangehörigen, deren Anspruchsberechtigung sich aufgrund von Vorschriften des zwischen- oder überstaatlichen Rechts nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats richtet, werden die von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zu diesem Zweck aufgelegten (verkürzten) Vordrucke verwendet; dabei beschränken sich die Feststellungen auf das Bestehen eventueller vorrangiger eigener Versicherungen der Familienangehörigen im Wohnstaat.

Die Mitteilung des ausländischen Versicherungsträgers ersetzt für den maßgebenden Zeitraum von maximal einem Jahr bzw. maximal drei Jahren den Fami-Fragebogen.

Was ist unter der Bezeichnung „gewöhnlicher Aufenthalt“ zu verstehen?

§ 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I

Den gewöhnlichen Aufenthalt hat jemand dort, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend bleibt.

Wichtig ist hier also der Aufenthaltsort, eine Wohnung muss derjenige dort nicht haben. Er muss sich nur während einer längeren Dauer regelmäßig an einem Ort oder in einem bestimmten Gebiet befinden. Bedeutung hat diese Vorschrift vor allem für die sich in Notunterkünften befindlichen Aussiedler und Asylbewerber.

Bei berechtigten Zweifeln (z.B. Inanspruchnahme aufwändiger Behandlung) ist ein Nachweis über den gewöhnlichen Aufenthalt notwendig.

Dies kann über den Aufenthaltstitel ermittelt werden:

- Visum mit Zusatzvermerk, z.B. zur Familienzusammenführung, Erwerbstätigkeit gestattet,
- Aufenthaltserlaubnis,
- Niederlassungserlaubnis,
- Duldung (nur noch Einzelfälle).

Der Nachweis des gewöhnlichen Aufenthalts kann auch durch eine formlose Bescheinigung der Ausländerbehörde oder einer Bestätigung des Einwohnermeldeamts geführt werden.

Der Nachweis des gewöhnlichen Aufenthalts bei schulpflichtigen Kindern ist auch durch eine Schulbescheinigung möglich.

Das Bundessozialgericht hat sich mit der Beurteilung des gewöhnlichen Aufenthalts insbesondere von Asylbewerbern und Bürgerkriegsflüchtlingen auseinandergesetzt. Im Hinblick auf die befristeten Aufenthaltsgenehmigungen bzw. ausländerrechtlichen Duldungen wurde der Familienversicherungsanspruch häufig verneint, da die Frage des gewöhnlichen Aufenthalts nicht geklärt war.

Durch Urteile wurde entschieden, dass der gewöhnliche Aufenthalt nicht ausgeschlossen ist, wenn kein unbefristeter Aufenthaltsstatus (z.B. Aufenthaltsgenehmigung) für den Familienangehörigen des Mitglieds vorliegt. Für den gewöhnlichen Aufenthalt reicht danach aus, dass der Familienangehörige in der Bundesrepublik nur geduldet wird. Eine Familienversicherung ist nach diesen Urteilen möglich. Einen Nachweis über den entsprechenden Aufenthaltstitel erhält der Betreffende durch die Ausländerbehörde des Aufenthaltsorts.

BSG-Urteile v. 30. 04. 1997 – AZ: 12 RK 30/96 u. 12 RK 29/96



5.1.2 Keine eigene Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung

§ 10 Abs. 1
Satz 1 Nr. 2
SGB V

Die Familienversicherung leitet sich aus der Versicherung des Mitglieds ab. Deshalb ist die Familienversicherung ausgeschlossen, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder selbst pflicht- oder freiwillig versichert sind.

Keine Regel ohne Ausnahmen:

§ 5 Abs. 1
Nr. 9, 10
i.V.m. Abs. 7
Satz 1 SGB V

Nachrangig gegenüber der Familienversicherung ist die Versicherungspflicht als Personen im Studium/Praktikum.

Beispiel

Hugo Herrlich nimmt am 01.10. ein Studium an der Humboldt-Universität Berlin auf. Die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung als Student sind erfüllt. Gleichzeitig sind auch die Voraussetzungen für eine Familienversicherung aus der Mitgliedschaft seines Vaters bei der AOK Nordost erfüllt.

Folge

Hugo Herrlich bleibt auch als Student beitragsfrei im Rahmen der Familienversicherung bei der AOK Nordost versichert.

Näheres zur Versicherungspflicht der Bezieher von Bürgergeld erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Beziehende von Arbeitslosengeld und Bürgergeld beraten“.

Seit 01. 04. 2007 werden Personen versicherungspflichtig, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (Auffang-Versicherung).

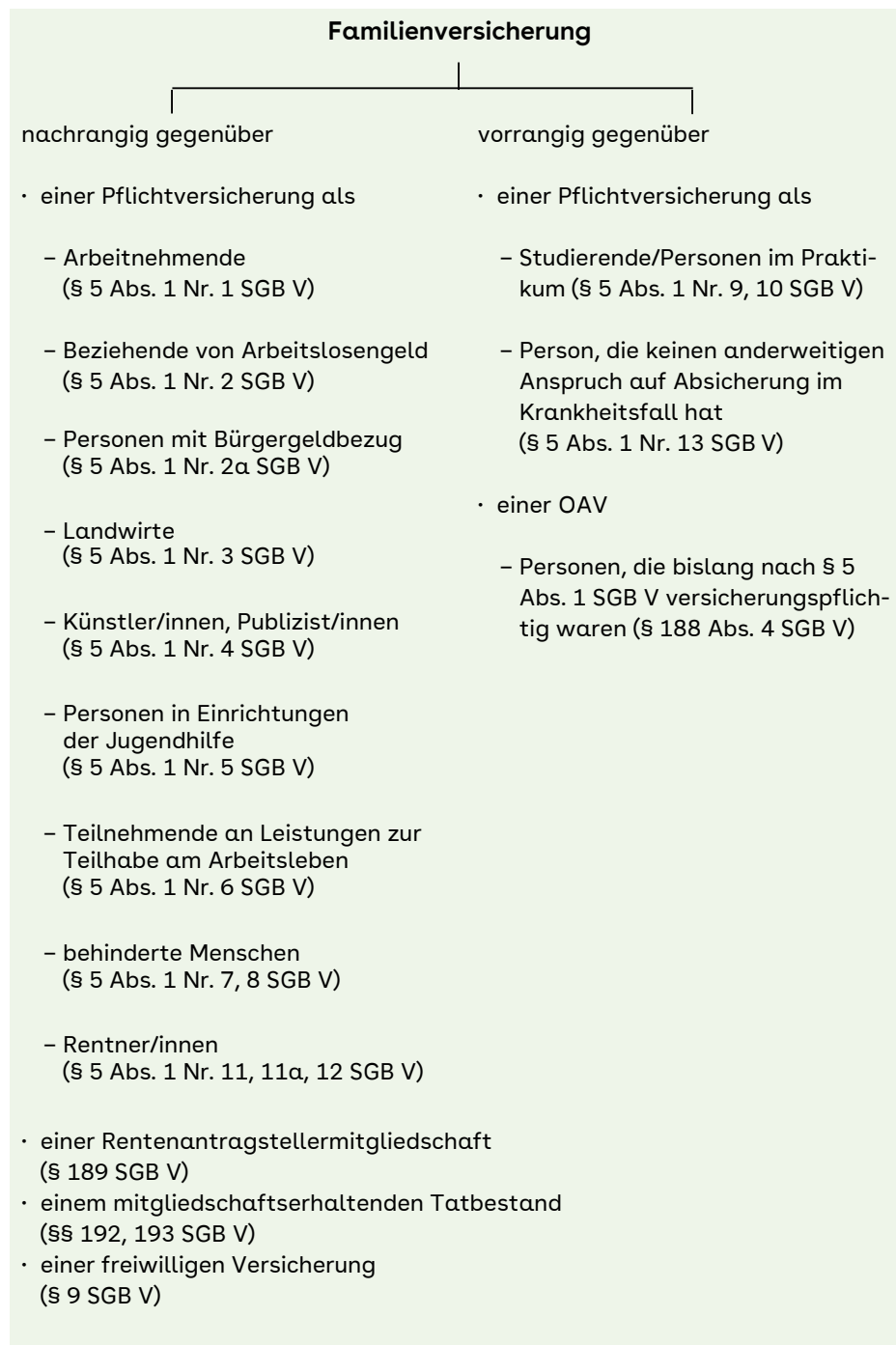
§ 5 Abs. 1
Nr. 13 SGB V

Da die Durchführung der Auffang-Versicherung häufig an der fehlenden Mitwirkung der Betroffenen gescheitert ist, wurde mit Wirkung vom 01. 08. 2013 eine ergänzende Regelung im Status der freiwilligen Mitgliedschaft eingeführt. Die obligatorische Anschlussversicherung (OAV) nach § 188 Abs. 4 SGB V ist für Personen, deren Versicherungspflicht endet, und sie kommt kraft Gesetzes zustande. Eine Familienversicherung ist jedoch vorrangig gegenüber der obligatorischen Anschlussversicherung.

Eine Übersicht über Vorrang bzw. Nachrang der Familienversicherung finden Sie nachfolgend:

Ebenso nachrangig gegenüber der Familienversicherung ist die Versicherungspflicht von Personen, die Arbeitslosengeld oder Bürgergeld beziehen.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten





5.1.3 Keine Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht

§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

Es kommt keine Familienversicherung zustande, wenn der Angehörige krankenversicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit ist.

Der Sinn dieser Regelung ist eindeutig. So sollen die Personen, die den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung nicht benötigen oder die sich auf Antrag von einer beitragspflichtigen Mitgliedschaft haben befreien lassen, nicht über das „Hintertürchen kostenlose Familienversicherung“ wieder in die Solidargemeinschaft gelangen können.

Beispiel

Gerd Renz ist versicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied der AOK. Seine Ehefrau ist Frühpensionärin. Sie war als Beamtin halbtags bedienstet und erhält daher nur eine sehr geringe Pension. Sie erfüllt die Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

Folge

Die Ehefrau von Gerd Renz ist versicherungsfrei. Sie kann daher nicht im Rahmen der Familienversicherung versichert werden.

Die Versicherungsfreiheit von Beamten und beamtenähnlichen Personen ist allerdings davon abhängig, dass diese Personen nach beamtenrechtlichen Vorschriften im Krankheitsfall Anspruch auf Fortzahlung ihrer Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben. Der Ausschluss von der Familienversicherung fällt aber mit dem Augenblick weg, in dem der Grund für die Versicherungsfreiheit nicht mehr vorliegt. Das ist bei Beamten und beamtenähnlichen Personen dann der Fall, wenn die vorgenannten Ansprüche wegfallen, z.B. bei einer längerfristigen Beurlaubung.

Welche Regelung gilt für Arbeitnehmende, die wegen der Höhe ihres Arbeitsentgelts versicherungsfrei nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind, Elterngeld erhalten und bei der AOK freiwillig versichert sind?

Das Bundessozialgericht hat hierzu entschieden, dass mit dem Wegfall des Arbeitsentgelts zu Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 MuSchG die Person nicht mehr dem Kreis der nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Personen zuzurechnen ist. Denn die gesetzlichen Regelungen enthalten keine Vorschrift, aus der sich die Fortdauer der Versicherungsfreiheit bei Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses ohne Entgelt, insbesondere während der Elternzeit, entnehmen lässt. Damit entfällt mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Versicherungsfreiheit nach § 6

Abs. 1 Nr. 1 SGB V auch der für die Durchführung der Familienversicherung wesentliche Ausschlussstatbestand nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Ein während der Elternzeit fortbestehendes Beschäftigungsverhältnis ohne Entgeltzahlung schließt deshalb den Anspruch auf Familienversicherung nicht aus. Sofern die

GR v. 09. 12. 1988 zu § 10 SGB V, Ziff. 2.3.2 Abs. 2

BSG-Urteil v. 29. 06. 1993 – AZ: 12 RK 48/91



übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind, ist damit grundsätzlich eine Familienversicherung bei der AOK möglich.

§ 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V, GR v. 22.12. 1999, Ziff. A V, 1 Abs. 1, 2

Allerdings sind Ehegatten und Lebenspartner für die Dauer der Schutzfristen des Mutterschutzgesetzes sowie der Elternzeit nicht familienversichert, wenn sie zuletzt vor diesen Zeiträumen nicht gesetzlich krankenversichert waren. In erster Linie sind hiervon privat Krankenversicherte und nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreie Arbeitnehmerinnen betroffen.

Die gesetzliche Regelung ist ausdrücklich auf die Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz und die Elternzeit beschränkt. Sie gilt auch für Lebenspartner. Für anderweitige unbezahlte Beurlaubungen, z.B. im Anschluss an die Elternzeit, ist die Familienversicherung grundsätzlich nicht ausgeschlossen.

GR v. 22. 12. 1999, Ziff. A V, 1 Abs. 4

Die Familienversicherung ist unter den in § 10 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten Voraussetzungen nur für den Ehegatten oder Lebenspartner ausgeschlossen. Für Kinder der Eheleute oder Lebenspartner gilt diese Regelung nicht. Kinder können, auch wenn sie vor dem Beginn der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz privat krankenversichert waren, familienversichert werden, wenn sie die Voraussetzungen nach § 10 SGB V erfüllen. Dies gilt auch für Neugeborene.

Beispiel

Dr. Silvia Müller ist angestellte Ärztin und aufgrund des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfrei und freiwillig bei der AOK krankenversichert. Im Anschluss an die Geburt ihres Sohns Marc am 07. 01. 2025 und die Schutzfrist nahm sie Elternzeit. Von März bis Juli 2025 bezog sie Elterngeld. Das Beschäftigungsverhältnis bestand ohne Entgeltzahlung fort. Im August 2025 nimmt sie ihre frühere Beschäftigung wieder auf. Ihr Ehemann Carsten Müller ist auch Mitglied der AOK.

Folge

Dr. Silvia Müller hat während der Zeit des Elterngeldbezugs/der Elternzeit (März bis Juli 2025) grundsätzlich Anspruch auf Familienversicherung bei der AOK, sofern die übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.

Seit 01. 03. 2010 hat der GKV-Spitzenverband die Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler dahingehend geändert. Hiernach sind freiwillige Mitglieder, die vor der Inanspruchnahme der Elternzeit (nach § 15 BEEG) dem Personenkreis der nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmenden zuzurechnen waren, für die Dauer der Elternzeit im Anschluss an den Bezug von Mutterschaftsgeld beitragsfrei in ihrer freiwilligen Versicherung, wenn ohne die freiwillige Mitgliedschaft die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V vorliegen.



	Diese Regelung erfasst nicht nur Sachverhalte, in denen die Elternzeit nach dem 28. 02. 2010 erstmals beginnt, sondern für die Zeit ab 01. 03. 2010 auch solche, in denen entsprechende Personen sich zu diesem Zeitpunkt bereits in Elternzeit befinden.	Anders hat das Bundessozialgericht entschieden bei Beamten, die sich nach dem Ende der Elternzeit aus familiären Gründen zur Betreuung eines Kindes ohne Dienstbezüge beurlauben lassen. Diese gehören während der Beurlaubung nicht mehr zum versicherungsfreien Personenkreis im Sinne von § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Eine Familienversicherung ist, sofern die sonstigen Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind, bei der AOK möglich.	BSG-Urteil v. 23. 10. 1996 – AZ: 4 RK 1/96
GR v. 22. 12. 1999, Ziff. A V, 1 Abs. 3	Etwas anderes gilt für Beamte, die aufgrund des § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V krankenversicherungsfrei sind. Diese Versicherungsfreiheit bleibt auch während der Elternzeit erhalten, obwohl in dieser Zeit bei Krankheit kein Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge besteht. Sofern das Dienstverhältnis während der Elternzeit mit Anspruch auf Beihilfe bei Krankheit nach beamtenrechtlichen Vorschriften fortbesteht, ist der Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V ausgeschlossen. Das gilt selbst dann, wenn eine landesbeamtenrechtliche Regelung die beihilfegleiche Krankheitsfürsorge während der Elternzeit für nachrangig gegenüber einer möglichen Familienversicherung erklärt. Es spielt hierfür auch keine Rolle, ob die Beamtin vor dem Elterngeldbezug gesetzlich (freiwillig) krankenversichert war.		
§ 8 Abs. 6 BVSzGs	Nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherungsfreie Personen (u.a. Beamte und vergleichbare Personen) sind für die Dauer der nach dienstrechtlichen Regelungen in entsprechender Anwendung des § 15 BEEG beanspruchten Elternzeit ebenso wie die nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V versicherungsfreien Arbeitnehmer beitragsfrei, wenn ohne die freiwillige Mitgliedschaft die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V vorliegen. Dabei bleibt der Ausschlussgrund des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V in Bezug auf die fortbestehende Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V unberücksichtigt.	<p>Merke</p> <p>Die Familienversicherung ist für Personen ausgeschlossen, die nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig sind (mit Ausnahme der Versicherungspflicht als Studierende/Personen im Praktikum sowie der Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben), die freiwillig versichert sind, oder bei denen ein Tatbestand der Versicherungsfreiheit vorliegt.</p>	
		<p>Kein Ausschluss bei geringfügiger Beschäftigung</p> <p>Ein Ausschluss der Familienversicherung aufgrund des Vorliegens von Versicherungsfreiheit kommt in den Fällen nicht in Betracht, in denen Versicherungsfreiheit im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 SGB IV und damit Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V vorliegt.</p>	§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V



Beispiel

Lotte Schulz arbeitet als Raumpflegerin bei der Firma Sauberland in Stuttgart. Die Beschäftigung wird gegen ein Arbeitsentgelt in Höhe von 350 € monatlich ausgeübt. Lotte Schulz ist daher krankenversicherungsfrei nach § 7 SGB V.

Folge

Diese Krankenversicherungsfreiheit führt – sofern die übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind – nicht zum Ausschluss der Familienversicherung.

Näheres zu dieser Problematik erfahren Sie in Punkt 5.1.5.1 dieses Lernbriefs.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 10
SGB V,
Ziff. 2.3.2
Abs. 1

Ebenfalls ist die Familienversicherung nicht ausgeschlossen für nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreie Studierende, wenn die übrigen Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllt sind. Denn diese Versicherungsfreiheit bezieht sich nur auf die versicherungsfreie Beschäftigung während des Studiums.

Merke

Die Familienversicherung ist nicht ausgeschlossen, wenn nur eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt wird (§ 8 SGB IV) und Versicherungsfreiheit nach § 7 SGB V vorliegt.

5.1.4 Keine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit

Wer hauptberuflich selbstständig tätig ist, kann nicht familienversichert werden. Der Gesetzgeber verweist diese Personen, die dem Grunde nach nicht des Schutzes der gesetzlichen Krankenversicherung bedürfen, auf den Weg zur Selbstvorsorge.

§ 10 Abs. 1
Satz 1 Nr. 4
SGB V

Hauptberuflich ist eine selbstständige Tätigkeit, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 10
SGB V,
Ziff. 2.3.3

Der Begriff der hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit ist dabei gesetzlich nicht näher definiert. Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband zuletzt am 20. 03. 2019 „Grundsätzliche Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit“ bekannt gegeben. Diese grundsätzlichen Hinweise bilden die ausschließliche Grundlage für die Beurteilung entsprechender Sachverhalte.

Eine selbstständige Tätigkeit liegt demnach bei Ausübung einer Tätigkeit in der Land-/ Forstwirtschaft, als Gewerbetreibender oder jeder sonstigen selbstständigen Tätigkeit (Freiberufler) vor, die mit einer entsprechenden Gewinnerzielungsabsicht betrieben wird. Demgegenüber ist bei Liebhabereien, Tätigkeiten zum Zeitvertreib oder Vorbereitungen zur Aufnahme einer Selbstständigkeit nicht bereits schon von einer solchen auszugehen. Dies gilt gleichermaßen für Tätigkeiten in Ausübung von Gesellschafterrechten (z.B. als Gesellschafter einer



GmbH), die sich allein dem gesellschaftsrechtlichen Bereich zuordnen lassen.

Von Hauptberuflichkeit in Zusammenhang mit der Beurteilung einer Familienversicherung ist weitergehend auszugehen:

- bei Beschäftigung von mindestens einem Arbeitnehmenden, mehr als geringfügig
- wenn eine selbstständige Tätigkeit mehr als halbtags ausgeübt wird

Wird die selbstständige Tätigkeit neben einer anderen Erwerbstätigkeit ausgeübt, ist eine zeitliche Abgrenzung für die Beurteilung der Hauptberuflichkeit erforderlich.

- Wird die andere Erwerbstätigkeit vergleichbar einer Vollbeschäftigung ausgeübt, ist kein Raum mehr daneben, eine selbstständige Tätigkeit hauptberuflich auszuüben.
- Wird die andere Erwerbstätigkeit an mehr als 20 Stunden wöchentlich ausgeübt und das Arbeitsentgelt beträgt mehr als die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße, ist kein Raum mehr daneben, eine selbstständige Tätigkeit hauptberuflich auszuüben.
- Wird die andere Erwerbstätigkeit jedoch an nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich ausgeübt und das Arbeitsentgelt beträgt nicht mehr als die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße, dann ist für die selbstständige Tätigkeit die Hauptberuflichkeit anzunehmen.

Wird die selbstständige Tätigkeit ohne eine andere Erwerbstätigkeit ausgeübt, liegt die Hauptberuflichkeit vor, wenn sie

- an mehr als 30 Stunden wöchentlich ausgeübt wird und das Arbeitseinkommen 25 % der monatlichen Bezugsgröße übersteigt,
- an mehr als 20 Stunden, aber nicht mehr als 30 Stunden, wöchentlich ausgeübt wird und das Arbeitseinkommen 50 % der monatlichen Bezugsgröße übersteigt,
- an nicht mehr als 20 Stunden wöchentlich ausgeübt wird und das Arbeitseinkommen 75 % der monatlichen Bezugsgröße übersteigt.

Die Beschäftigung eines oder mehrerer Arbeitnehmender stellt allerdings ein Indiz für den Umfang einer selbstständigen Tätigkeit dar.

Voraussetzungen für die Zahlung eines Gründungszuschusses bzw. des Einstiegsgeldes ist nach dem Wortlaut des § 93 SGB III bzw. § 16b SGB II das Vorliegen einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die Zahlung eines Gründungszuschusses bzw. Einstiegsgeldes regelmäßig eine Familienversicherung ausschließt, selbst wenn alle anderen vorgenannten Voraussetzungen für das Vorliegen einer nebenberuflichen Selbstständigkeit erfüllt wären.

Da eine Familienversicherung nur unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens (vgl. Punkt 5.1.5 dieses Lernbriefs) in Höhe von 1/7 der monatlichen Bezugsgröße in Betracht kommt, kann aus der Natur der Sache heraus unterstellt werden, dass der Lebensunterhalt hieraus nicht überwiegend bestritten werden kann, wenn selbstständig Erwerbstätige diese Grenze durch die grundsätzlich steuerpflichtigen Einkünfte aus der selbstständigen Tätigkeit nicht überschreiten. Insoweit ist in diesen Fällen für die Prüfung, ob die selbstständige Erwerbstätigkeit



hauptberuflich ausgeübt wird, allein auf die Merkmale zum zeitlichen Umfang der Erwerbstätigkeit und auf den Umfang beschäftigte Arbeitnehmende abzustellen.

Einzelheiten zur Beurteilung sind jeweils den vorgenannten „Grundsätzlichen Hinweisen zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit“ des GKV-Spitzenverbands vom 20.03. 2019 zu entnehmen.

Merke

Liegt eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit vor, ist eine Familienversicherung ausgeschlossen.

5.1.5 Gesamteinkommen

§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, § 18 Abs. 1 SGB IV

Die Familienversicherung ist ausgeschlossen, wenn der Familienangehörige ein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße überschreitet. Die Bezugsgröße beträgt im Jahr 2025 bundeseinheitlich 3.745 € monatlich, 1/7 hiervon sind 535 €.

Geringfügigkeit

§ 10 Abs. 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV § 8 Abs. 1a SGB IV § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV § 8a SGB IV

Mit dem Gesetz zur Erhöhung des Schutzes durch den gesetzlichen Mindestlohn und zu Änderungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung vom 28.06.2022 wurde das zulässige Gesamteinkommen für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, ab dem 01.10.2022 an die neue dynamische Geringfügigkeitsgrenze angepasst.

Somit ist für Familienangehörige, die eine geringfügig entlohnte Beschäftigung nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV oder eine geringfügig entlohnte Beschäftigung in Privathaushalten ausüben, ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze i. H. v. 556 € (2025) in der Familienversicherung zulässig.

Diese zweite Einkommensgrenze in der Familienversicherung dient dazu, dass bei einer versicherungsfreien geringfügigen Beschäftigung eine Familienversicherung auch möglich ist, wenn die normale Gesamteinkommensgrenze für die Familienversicherung i. H. v. 535 € (2025) durch das Arbeitsentgelt überschritten wird. Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen - hierbei werden Einkunftsarten zusammen gerechnet - darf jedoch die Geringfügigkeitsgrenze i. H. v. 556 € (2025) nicht überschreiten.

Für Personen, die eine geringfügige selbstständige Tätigkeit ausüben, gilt die Besonderheit der Geringfügigkeitsgrenze in der Familienversicherung nicht.

Zur Feststellung des regelmäßigen Arbeitsentgelts aus einer geringfügigen Beschäftigung sind die Richtlinien für die versicherungsrechtliche Beurteilung von geringfügigen Beschäftigungen (Geringfügigkeits-Richtlinien) maßgebend.

Überschreitet das Arbeitsentgelt nicht regelmäßig, sondern nur ausnahmsweise und unvorhersehbar in einzelnen Kalendermonaten die Geringfügigkeitsgrenze, ohne dauerhaft beabsichtigt zu sein, wirkt sich das unter bestimmten Voraussetzungen nicht auf

GH v. 29. 09. 2022, Ziff. 2.8 Geringfügigkeits-Richtlinien



die geringfügig entlohnte Beschäftigung aus und somit auch nicht auf die Familienversicherung. Die Beurteilung, ob die Beschäftigung bei einem gelegentlichen Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze weiterhin als geringfügig entlohnt gilt, obliegt den Arbeitgebern. Bei Vorliegen einer geringfügig entlohten Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr.1 SGB IV ist stets davon auszugehen, dass die maßgebende Einkommensgrenze in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V) nicht überschritten wird, wenn außer dem Arbeitsentgelt aus der geringfügigen Beschäftigung keine weiteren Einkünfte erzielt werden.

Gelegentliches Überschreiten

Geringfügigkeits-Richtlinien v. 16. 08. 2022

Ein nur gelegentliches und nicht vorhersehbares Überschreiten der maßgebenden Gesamteinkommensgrenze bis zum Doppelten der Geringfügigkeitsgrenze (ab 2025; $2 \times 556 \text{ €} = 1.112 \text{ €}$) führt nicht zum Ausschluss der Familienversicherung. Als gelegentlich ist dabei – in analoger Anwendung der für das Überschreiten der Arbeitsentgeltgrenze im Bereich der geringfügig entlohten Beschäftigung entwickelten Regelung – ein Zeitraum von bis zu zwei Monaten innerhalb eines Zeitjahres anzusehen.

Der Jahreszeitraum ist in der Weise zu ermitteln, dass vom letzten Tag des zu beurteilenden Beschäftigungsmonats ein Jahr zurückgerechnet wird.

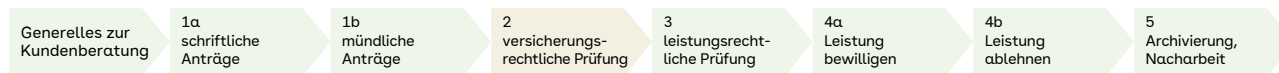
Beispiel

Anna Hartmann ist bei der AOK familienversichert und geringfügig entlohnt beschäftigt. Sie verdient seit dem 01.01.2025 ein monatliches Arbeitsentgelt in Höhe von 556 €. Ende August 2025 bittet der Arbeitgeber sie wider Erwarten, vom 01.09. bis 31.10.2025 zusätzlich eine Krankheitsvertretung zu übernehmen. Dadurch erhöht sich das Arbeitsentgelt in den Monaten September und Oktober 2025 auf monatlich 1.112 €.

Folge

Aufgrund der Krankheitsvertretung übersteigt ihr Arbeitsentgelt im September und Oktober 2025 die Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 556 €, jedoch maximal bis zum Doppelten der Geringfügigkeitsgrenze (1.112 €), was somit nicht automatisch zum Ausschluss der Familienversicherung führt. Da es sich hier innerhalb des maßgebenden Zeitjahres (01.11.2024 bis 31.10.2025) durch das nur zweimalige Überschreiten um ein gelegentliches und unvorhersehbares Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze handelt, ist Anna Hartmann auch für die Zeit vom 01.09. bis 31.10.2025 weiterhin geringfügig entlohnt beschäftigt.

Die Familienversicherung bleibt somit weiterhin bestehen.



Was versteht man unter Gesamteinkommen?

§ 16 SGB IV

Der Begriff des Gesamteinkommens ist im SGB nur unzureichend definiert. Es handelt sich hierbei um einen einkommensteuerrechtlichen Begriff. § 16 SGB IV sagt dazu lediglich: unter Gesamteinkommen versteht man die Einkünfte i.S.d. Einkommensteuerrechts (insbesondere Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen). Weitere Regelungen finden Sie in den „Grundsätzlichen Hinweisen – Gesamteinkommen im Sinne der Regelungen über die Familienversicherung“ vom 29.09.2022.

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.1

Nach dieser Vorschrift in Verbindung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist bei der Ermittlung des Gesamteinkommens von der Summe der Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts auszugehen.

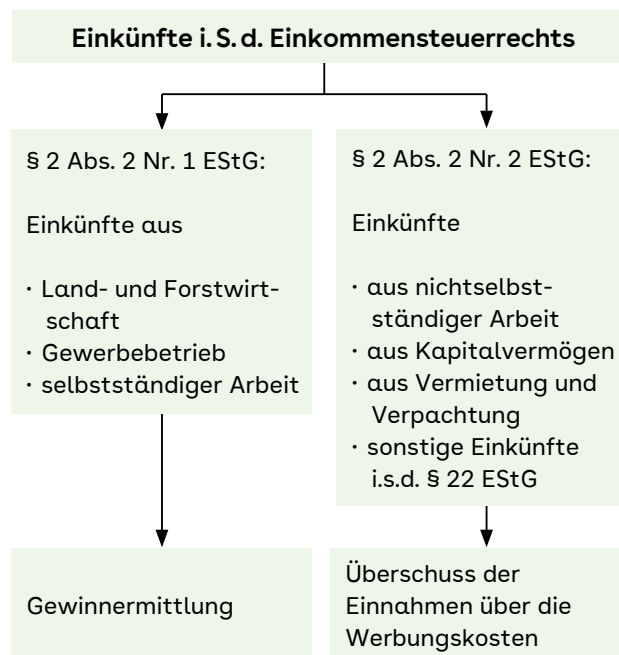
Die zum Gesamteinkommen gehörenden Einkunftsarten nennt das Einkommensteuergesetz (EStG) in § 2 Abs. 1 EStG. Danach gehören zu den Einkünften, die der Einkommensteuer unterliegen und somit zum Gesamteinkommen gehören:

- a) Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft
- b) Einkünfte aus Gewerbebetrieb
- c) Einkünfte aus selbstständiger Arbeit
- d) Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, und zwar in erster Linie das Arbeitsentgelt
- e) Einkünfte aus Kapitalvermögen

f) Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung

g) sonstige Einkünfte i.S.d. § 22 EStG

Der § 2 Abs. 2 EStG sieht zwei unterschiedliche Arten der Einkunftsermittlung vor, und zwar die Ermittlung der Überschusseinkünfte und die Gewinnermittlung, z.B. bei Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit. Das folgende Schaubild vermittelt Ihnen einen Überblick:



Bei den Überschusseinkünften sind die Einnahmen um die Werbungskosten zu mindern. Werbungskosten sind die Aufwendungen, die zum Erwerb, zur Sicherung und Erhaltung der Einnahmen notwendig sind; sie können nur bei der Einkunftsart geltend gemacht werden, bei der sie erwachsen sind.



Beispiele

Einkunftsart	Werbungskosten
Einkünfte aus nicht-selbstständiger Arbeit	Aufwendungen für Arbeitsmittel, z.B. für Werkzeuge und typische Berufskleidung
Einkünfte aus Kapitalvermögen	Depotgebühren für Festgelder und Aktien
Vermietung und Verpachtung	Reparaturkosten für Wohnung, Versicherungsbeiträge

Wenn keine höheren Werbungskosten nachgewiesen werden, sind die im Einkommensteuergesetz genannten Pauschbeträge nach § 9a EStG abzuziehen. Sie dürfen allerdings nur bis zur Höhe der Einnahmen abgezogen werden. So gelten für die Ermittlung des Gesamteinkommens folgende Pauschbeträge:

Einnahmearten	jährlicher Werbungskostenpauschbetrag
<ul style="list-style-type: none"> Einnahmen aus nicht-selbstständiger Tätigkeit: <ul style="list-style-type: none"> – z.B. Arbeitsentgelt aus Beschäftigung: 	1.000 € bis 2021 1.200 € in 2022 1.230 € ab 2023
<ul style="list-style-type: none"> Einnahmen aus Kapitalvermögen: <ul style="list-style-type: none"> – bei Einzelveranlagung (z.B. Zinsen): – bei Ehegatten, die zusammen veranlagt werden: 	801 € bis 2022 1.000 € ab 2023 1.602 € bis 2022 2.000 € ab 2023

Im Einkommensteuerbescheid werden zunächst die verschiedenen Einkunftsarten mit den jeweiligen Abzügen (Werbungskosten, Sparer-Pauschbeträge usw.) aufgelistet. Daraus ergibt sich die Summe der Einkünfte nach § 2 Abs. 2 EStG. Dieser Betrag stellt das für die Familienversicherung maßgebende Gesamteinkommen nach § 16 SGB IV dar.

Merke

Für die Ermittlung des Gesamteinkommens sind von den Überschusseinkünften die Werbungskosten abzuziehen.

5.1.5.1 Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit

Zu den Einkünften aus nichtselbstständiger Arbeit zählen alle Einkünfte, die im Zusammenhang mit einem Beschäftigungsverhältnis stehen, und zwar in erster Linie das Arbeitsentgelt. Pfändungen und Abtretungen, die das erzielte Arbeitsentgelt vermindern, sind bei der Ermittlung des Gesamteinkommens jedoch nicht vom Arbeitsentgelt abzuziehen. Als Gesamteinkommen ist der Betrag des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen, der dem Arbeitnehmenden zusteht und nicht der Betrag, der ihm nach Abzug von gepfändetem oder abgetretenem Arbeitsentgelt zur Verfügung steht.

Einmalige Einnahmen, deren Gewährung mit hinreichender Sicherheit mindestens einmal jährlich zu erwarten ist, d.h. regelmäßige einmalige Einnahmen (z.B. Weihnachtsgratifikationen, Urlaubsgeld), müssen bei der Ermittlung des Gesamteinkommens berücksichtigt werden. Sie sind gleichmäßig auf alle Monate zu verteilen und den Monatsbezügen hinzuzurechnen.

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.3

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



BSG-Urteil vom 25. 01. 2006 – B 12 KR 2/05

Die monatlich gezahlten Beträge einer Abfindung wegen einer vom Arbeitgeber veranlassten oder gerichtlich ausgesprochenen Auflösung des Dienstverhältnisses zählen zum Gesamteinkommen.

§ 10 Abs. 1 Nr. 5
2. Halbsatz
SGB V

Seit dem 11. 05. 2019 sind auch einmalig oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden (Entlassungsentschädigungen), als regelmäßiges Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Die Entlassungsentschädigung ist in Höhe des zuletzt regelmäßig im Monat erzielten Arbeitsentgelts (Einmalzahlungen sind nicht zu berücksichtigen) fiktiv auf die Zeit nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses umzulegen. Wird die Entlassungsentschädigung erst zu einem späteren Zeitpunkt ausgezahlt, ist sie ab dem Tag nach ihrer Auszahlung entsprechend umzulegen. Für die Berechnung des Zeitraums der Berücksichtigung ist der Auszahlungsbetrag der Entlassungsentschädigung durch den Betrag in Höhe des laufenden kalendertäglichen Arbeitsentgelts (ohne etwaige Begrenzung auf die Beitragsbemessungsgrenze), welches zuletzt vor Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses regelmäßig erzielt wurde, zu dividieren und ggf. anschließend kaufmännisch zu runden. Dabei sind volle Kalendermonate mit 30 Tagen, Teilmonate mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen. Der Abzug des Arbeitnehmerpauschbetrages scheidet aus.

Beispiel

Stefan Meier beendet sein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zum 20. 08. 2025. Er erhält in diesem Zusammenhang eine Entlassungsentschädigung in Höhe von 14.500,00 € von seinem Arbeitgeber. Die Höhe des zuletzt erzielten regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelts beträgt 2.800,00 €. Für die Zeit ab 21. 08. 2025 tritt kein anderweitiger Versicherungspflichttatbestand ein. Er beantragt die Familienversicherung über seine Ehefrau, da er keine weiteren Einkünfte hat.

Folge

letztes lfd. Arbeitsentgelt:
2.800,00 €

kalendertgl. Betrag: $2.800,00 : 30 = 93,33 \text{ €}$

Abfindungsbetrag: 14.500,00 € :
 $93,33 \text{ €} = 155,36 (\approx 155) \text{ Tage}$

Berücksichtigungszeitraum:

August	11 Tage
September	30 Tage
Oktober	30 Tage
November	30 Tage
Dezember	30 Tage
Januar	24 Tage

Die Entlassungsentschädigung ist für die Zeit nach Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung vom 21. 08. 2025 bis 24. 01. 2026 für 155 Tage als Gesamteinkommen in Höhe von tgl. 93,33 € heranzuziehen. Das Ergebnis bliebe unverändert, selbst wenn die Entlassungsentschädigung noch während des Beschäftigungsverhältnisses (z.B. mit der letzten Entgeltabrechnung) gezahlt wird.



Da Stefans Einkommen im Teilmonat August mit 1.026,63 € (11 x 93,99 €), in den Monaten September bis Dezember mit je 2.799,90 € (30 x 93,99 €) und im Teilmonat Januar mit 2.239,92 € (24 x 93,99 €) durch die anteilige Anrechnung der Entlassungsschädigung die Gesamteinkommengrenze im August bis Dezember von 2025 (535 €) und im Januar von 2026 (vorauss. 535 €) übersteigt, ist eine Familienversicherung frühestens ab Februar 2026 möglich, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit sind nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 EStG der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§§ 8 und 9a EStG). Bei der Ermittlung des Gesamteinkommens sind daher die Werbungskosten von den Einkünften aus nichtselbstständiger Tätigkeit abzuziehen.

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.3.1.2

Sofern keine höheren Werbungskosten nachgewiesen werden, ist der Arbeitnehmerpauschbetrag gemäß § 9a Satz 1 Nr. 1 Buchst. a EStG in Höhe von jährlich 1.230 € abzuziehen.

Der Arbeitnehmer-Pauschbetrag ist bei der Prognose des regelmäßigen Arbeitsentgelts in dem Umfang in Abzug zu bringen, in dem er in der Summe im maßgebenden Beschäftigungszeitraum in Anspruch genommen werden kann. Das bedeutet, dass er außen vor zu lassen ist, soweit er im laufenden Kalenderjahr durch vorhergehende Beschäftigungen bereits verbraucht ist und insofern nicht mehr zur Verfügung steht. Dies gilt unabhängig davon, ob die Beschäftigung befristet oder unbefristet ausgeübt wird. Auch bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung im Laufe eines Kalender-

jahres kann der Arbeitnehmer-Pauschbetrag in Höhe von kalenderjährlich 1.230,00 € berücksichtigt werden, soweit der Arbeitnehmer-Pauschbetrag noch nicht ausgeschöpft ist. Bei Beendigung einer Beschäftigung im Laufe eines Kalenderjahres kann der Arbeitnehmer-Pauschbetrag in Höhe von kalenderjährlich 1.230,00 € berücksichtigt werden, wenn das Ende der Beschäftigung (von vornherein) feststeht.

Beispiel

Dorothee Sommerfeld ist über ihren Ehemann Werner Sommerfeld bei der AOK familienversichert. Ab 01. 04. 2025 übt sie erstmals eine geringfügige Beschäftigung auf Dauer aus. Ihr monatliches Arbeitsentgelt beträgt 600 €.

Folge

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt vom 01. 04. bis 31. 12. 2025 monatlich 463,33 € $([600 \text{ €} \times 9 - 1.230 \text{ €}] : 9)$. Das regelmäßige Gesamteinkommen übersteigt die maßgebende Einkommengrenze in Höhe von 556 € (Geringfügigkeitsgrenze nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 4 SGB V) nicht. Die Familienversicherung ist möglich, und zwar selbst dann, wenn noch weiteres anrechenbares Gesamteinkommen in Höhe der Differenz bis zur Geringfügigkeitsgrenze bezogen wird.

Wird das Arbeitsentgelt durch den Arbeitgeber pauschal versteuert, können von diesem Arbeitsentgelt keine Werbungskosten abgezogen werden, weil der Arbeitgeber in diesen Fällen Schuldner der pauschalen Lohnsteuer ist.



In der Praxis ...

versteuert der Arbeitgeber Arbeitsentgelte aus geringfügigen Beschäftigungen pauschal, wenn er auf den Abruf von elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmalen oder Vorlage einer Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug verzichtet. Hier stellt also das erzielte Bruttoarbeitsentgelt das im Sinne des § 10 SGB V zu berücksichtigende Gesamteinkommen dar.

Wie in Punkt 5.1.5 dieses Lernbriefs schon erläutert, gilt seit 01.10.2022 in der Familienversicherung bei Ausübung einer geringfügig entlohten Beschäftigung die jeweils gültige Geringfügigkeitsgrenze als Einkommensgrenze.

1. Beispiel

Klaus Grätz ist über seinen Vater Helmut Grätz bei der AOK familienversichert. Er erzielt aus einer geringfügigen Beschäftigung ein regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt in Höhe von 550 €. Der Arbeitgeber versteuert das Arbeitsentgelt pauschal. Sonstiges anrechenbares Gesamteinkommen hat er nicht.

Folge

Das monatliche Gesamteinkommen von Klaus Grätz beträgt 550 €. Klaus Grätz ist seinem Status nach geringfügig beschäftigt. Sein Gesamteinkommen überschreitet die maßgebende Einkommensgrenze für die Familienversicherung in Höhe von 535 €, jedoch nicht die für ihn maßgebende Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 556 €. Die Familienversicherung ist somit möglich.

2. Beispiel

Katja Esch ist über ihren Ehemann Torsten Esch bei der AOK familienversichert und erzielt aus einer geringfügigen Beschäftigung in 2025 ein regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt in Höhe von 550 €. Das Arbeitsentgelt wird nicht pauschal durch den Arbeitgeber versteuert.

Folge

Das monatliche Gesamteinkommen von Katja Esch wird wie folgt ermittelt:

Arbeitsentgelt:	550 €
abzüglich Werbungskosten: (550 € x 12 – 1.230 €) : 12	
Gesamteinkommen:	447,50 €

kurzfristige Beschäftigung

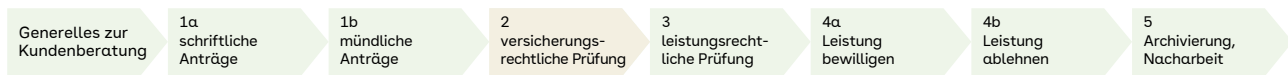
Bei Arbeitsentgelt, das im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV erzielt wird, ist eine Regelmäßigkeit generell nicht gegeben. Das bedeutet, dass allein die Ausübung einer versicherungsfreien kurzfristigen Beschäftigung unabhängig von der Höhe des in dieser Zeit erzielten Arbeitsentgelts der Familienversicherung nicht entgegensteht.

Werkstudierende

Bei den nicht im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung, sondern aufgrund des Werkstudierendenprivilegs nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreien Beschäftigten, ist dagegen unabhängig von der Dauer der Beschäftigung von einer Regelmäßigkeit des Arbeitsentgelts aus der Beschäftigung auszugehen. Dies gilt

GR v.
12. 06. 2019,
Ziff. 2.3.1.2

GH v. 29. 09.
2022, Ziff.
2.3.1.2



auch bei kalenderjahresübergreifenden Beschäftigungen, die - bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr - die Grenzen einer kurzfristigen Beschäftigung nicht überschreiten.

3. Beispiel

Max Herz ist 20 Jahre alt und Student. Sein Vater ist Mitglied der AOK. Max übt in der Zeit vom 01. 11. 2025 bis 31. 01. 2026 eine befristete Beschäftigung aus. Das monatliche Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung beträgt 1.800,00 €. Im Laufe des Kalenderjahres wurde bereits in der Zeit vom 15. 02. 2025 bis 31. 03. 2025 eine kurzfristige Beschäftigung ausgeübt. Die Beschäftigung vom 01. 11. 2025 bis 31. 01. 2026 ist aufgrund der anrechenbaren Vorbeschäftigung (15. 02. 2025 bis 31. 03. 2025) keine kurzfristige Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV, jedoch versicherungsfrei aufgrund des Werkstudentenprivilegs (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).

Folge:

Das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung vom 01. 11. 2025 bis 31. 01. 2026 ist als regelmäßige Einnahme anzusehen, ungeachtet dessen, dass der Zeitraum, in dem das Arbeitsentgelt erzielt wird, für sich betrachtet nicht mehr als drei Monate beträgt. Die Familienversicherung ist in der Zeit vom 01. 11. 2025 bis 31. 01. 2026 des Folgejahres nicht möglich.

Für die Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung von Studierenden, die eine mehr als geringfügige, aber aufgrund des Werkstudierendenprivilegs versicherungsfreie Beschäftigung ausüben, ist zu beachten, dass für sie die allgemeine Einkommensgrenze in Höhe von 535 € (2025) gilt. Bei der Feststellung ist die Möglichkeit des Abzugs des Arbeitnehmer-Pauschbetrags zu prüfen.

4. Beispiel

Tom Klein ist 20 Jahre alt und Student. Sein Vater Stephan Klein ist Mitglied der AOK. Tom Klein übt eine auf Dauer angelegte mehr als geringfügige, aber nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreie Beschäftigung aus. Das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung beträgt monatlich 600 €.

Folge

Das anrechenbare Gesamteinkommen beträgt in 2025 497,50 € $[(600 \text{ €} \times 12 - 1.230 \text{ €}) : 12]$. Es überschreitet nicht die maßgebende Einkommensgrenze in Höhe von 535 €. Die Familienversicherung ist somit aufgrund dessen nicht ausgeschlossen.

Auch bei Ausübung einer befristeten Beschäftigung ist der Arbeitnehmer-Pauschbetrag bei der Prognose des regelmäßigen Arbeitsentgelts in dem Umfang in Abzug zu bringen, in dem er in der Summe im maßgebenden Beschäftigungszeitraum in Anspruch genommen werden kann.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Grunddaten			
Jahr*	2025	Einkommensgrenze	535,00 Euro
		Werbungskosten*	1.230,00 Euro
<input checked="" type="checkbox"/> Werkstudententätigkeit		<input type="checkbox"/> nicht versicherungspflichtiges Praktikum	
<input type="checkbox"/> hat Vorbeschäftigung(en) im Jahr 2025		<input type="checkbox"/> Werbungskosten bereits aufgebraucht	
Beschäftigung			
Zu beurteilender Zeitraum von*	01.01.2025	bis*	31.12.2025
* Pflichtfelder			

Berechnung		
Monat	tatsächliches mtl. Einkommen	
Januar	600,00 Euro	
Februar	600,00 Euro	
März	600,00 Euro	
April	600,00 Euro	
Mai	600,00 Euro	
Juni	600,00 Euro	
Juli	600,00 Euro	
August	600,00 Euro	
September	600,00 Euro	
Oktober	600,00 Euro	
November	600,00 Euro	
Dezember	600,00 Euro	

Berechnung regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen	
Summe der Einkünfte aus der Beschäftigung	7.200,00 Euro
Anzahl der Beschäftigungstage (SV-Tage)	360 Tage
$\frac{7.200,00 \text{ Euro} - 1.230,00 \text{ Euro}}{360 \text{ Tage}} \times 30 \text{ Tage} = 497,50 \text{ Euro}$	

Ergebnis
Familienversicherung für den zu beurteilenden Zeitraum ist möglich.

5. Beispiel

Sven Müller ist Student. Er ist bei der AOK nach § 10 SGB V über seinen Vater Rüdiger Müller familienversichert. Vom 01. 09. bis 30. 11. 2025 übt er eine nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V befristete krankensicherungs-freie Beschäftigung aus. Hierfür erhält er ein monatliches Arbeitsentgelt in Höhe von 900 €. Der Arbeitnehmer-Pauschbetrag steht noch in Gänze zur Verfügung.

Frage

Wie hoch ist das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen, wenn der Arbeitnehmer-Pauschbetrag pro rata abgezogen wird, und wie wirkt sich dieses auf die Familienversicherung aus?

Lösung

Das regelmäßige Gesamteinkommen wird wie folgt ermittelt:

Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit: 900 €

abzüglich Werbungskosten $(900 \text{ €} \times 3 - 1.230 \text{ €}) : 3$

monatliches Gesamteinkommen: 490 €

Die Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit haben keine Auswirkungen auf die Familienversicherung, da Sven Müller kein Gesamteinkommen hat, welches die Einkommensgrenze in Höhe von monatlich 535 € überschreitet.



Ein Wahlrecht zugunsten der Berücksichtigung des Arbeitnehmer-Pauschbetrags en bloc durch volle Ausschöpfung in den ersten Monaten der Beschäftigung (sog. Abschmelzmodell) kommt nicht in Betracht.

Abwandlung des 5. Beispiels

Das monatliche Arbeitsentgelt von Sven Müller beträgt 950 €. Der Arbeitnehmer-Pauschbetrag steht noch in Gänze zur Verfügung.

Frage

Wie wirkt sich der Abzug des Arbeitnehmer-Pauschbetrags pro rata und en bloc auf die Familienversicherung aus?

Lösung

Das anrechenbare Gesamteinkommen beträgt 540 € $[(950 \text{ €} \times 3 - 1.230 \text{ €}) : 3]$. Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen überschreitet zu Beginn der Beschäftigung bereits die maßgebende Einkommensgrenze in Höhe von monatlich 535 €.

Die Familienversicherung ist daher ausgeschlossen. Ein Abzug des Arbeitnehmer-Pauschbetrags en bloc, wodurch das Arbeitsentgelt im Monat September auf 0,00 € $(950,00 \text{ €} - 950,00 \text{ €})$ und im Monat Oktober auf 670,00 € $(950,00 \text{ €} - 280,00 \text{ €})$ reduziert und die Einkommensgrenze somit für den September nicht überschritten wäre, ist nicht zulässig.

Beispiel 6

Ole Klein ist 23 Jahre alt. Sein Vater Stefan Klein ist Mitglied der AOK. Ole Klein nimmt ab dem 01. 10. 2024 ein Studium und eine nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 SGB V versicherungsfreie Beschäftigung als sog. Werkstudent auf. Das monatliche Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung beträgt 650,00 €. Im Laufe des Kalenderjahres wurde bereits in der Zeit vom 01. 01. 2024 bis 30. 06. 2024 eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt.

Es ist aus Vereinfachungsgründen anzunehmen, dass der Arbeitnehmer-Pauschbetrag für die Zeit der Vorbeschäftigung im laufenden Kalenderjahr vom 01. 01. 2024 bis 30. 06. 2024 in Höhe von 600,00 € $(1230,00 \text{ €} : 12 \times 6)$ bereits in Anspruch genommen wurde und in diesem Umfang nicht mehr zur Verfügung steht.

Folge

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 445 € $[(650,00 \text{ €} \times 3 - 615,00 \text{ €}) : 3]$.

Es übersteigt die maßgebende Einkommensgrenze in 2024 von 505,00 € (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Teilsatz 1 SGB V) nicht. Die Durchführung der Familienversicherung für die Zeit ab dem 01.10.2024 ist möglich.



Weiterführung des Beispiels 6

Die Beschäftigung wird auch nach dem 01. 01. 2025 fortgeführt.

Folge

Der Arbeitgeber-Pauschbetrag für 2025 in Höhe von 1.230 € steht in Gänze zur Verfügung.

Das anrechenbare regelmäßige Gesamteinkommen beträgt mtl. 547,50 € $[(650,00 \text{ €} \times 12 - 1.230,00 \text{ €}) : 12]$.

Es übersteigt die maßgebende Einkommensgrenze in 2025 von 535,00 € (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5, 1. Halbsatz SGB V). Die Durchführung der Familienversicherung für die Zeit ab dem 01. 01. 2025 ist nicht mehr möglich.

Zur Prüfung der Frage, ob die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung vorliegen, sind Einkommensnachweise anzufordern (vgl. Punkt 3.1 dieses Lernbriefs). Bei ausschließlich geringfügiger Beschäftigung kann auf gesonderte Nachweise verzichtet werden.

5.1.5.2 Einkünfte aus Kapitalvermögen

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.3.2

Zu den Einkünften aus Kapitalvermögen zählen u.a. Gewinnanteile (Dividenden), Bezüge aus Aktien sowie Zinsen aus Einlagen und Guthaben bei Banken, Sparkassen und anderen Kreditanstalten.

Seit 01. 01. 2009 hat der Steuerabzug bei Kapitalerträgen abgeltende Wirkung. Rechtstechnisch heißt diese Art der Steuererhebung Kapitalertragsteuer, aber wegen der abgeltenden Wirkung spricht man im Allgemeinen von der Abgeltungsteuer.

Abgeltungsteuer bedeutet, dass alle Kapitalerträge, die nicht in einem Unternehmen anfallen, mit einem einheitlichen Steuersatz von 25 % besteuert werden. Hinzu kommen der Solidaritätszuschlag und ggf. die Kirchensteuer. Unter die Regelungen der Abgeltungsteuer fallen grundsätzlich alle Einkünfte aus Kapitalvermögen, insbesondere Zinserträge aus Geldanlagen bei Kreditinstituten, Kapitalerträge aus Forderungswertpapieren, Dividenden, Erträge aus Investmentfonds oder Termingeschäften und auch Zertifikatserträge.

Das Konzept der Abgeltungsteuer beruht auf einem Steuerabzug an der Quelle. Das bedeutet, dass inländische Schuldner oder Zahlstellen (z.B. Banken) verpflichtet sind, einen Steuerabzug vorzunehmen und an die Finanzverwaltung abzuführen. Mit dem Steuerabzug ist die Einkommensteuer des Gläubigers grundsätzlich abgegolten, d.h. es besteht grundsätzlich keine Pflicht mehr, diese Erträge in der Steuererklärung anzugeben. Diese gehen in einem einheitlichen Sparer-Pauschbetrag auf. Bis 2022 betrug dieser 801 € für Ledige und 1.602 € für Verheiratete. Seit 2023 ist die Höhe auf 1.000 € für Ledige und 2.000 € für Verheiratete angestiegen.

Für die Ermittlung des Gesamteinkommens ist nur der Sparer-Pauschbetrag in Abzug zu bringen und nicht die vom Versicherten zu zahlende Abgeltungsteuer.

Beispiel

Martin Benike ist ledig und erzielt im Jahr 2025 aus seinem fest angelegten Sparvermögen jährlich Zinsen in Höhe von 1.570 €. Weitere Einkünfte hat er nicht.



Folge

Das jährliche Gesamteinkommen ermittelt sich wie folgt:

$$\begin{array}{r}
 1.570 \text{ €} \\
 - 1.000 \text{ € (Sparer-Pauschbetrag)} \\
 \hline
 570 \text{ €}
 \end{array}$$

Hinweis

Der Abzug des Sparer-Pauschbetrags ist allerdings begrenzt auf die tatsächlichen Zinseinnahmen.

Bei Einkünften aus Kapitalvermögen ist für die Feststellung, ob das Gesamteinkommen im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V regelmäßig im Monat überschritten wird, weiterhin von 1/12 des Jahreseinkommens auszugehen.

Für die Ermittlung des Gesamteinkommens in der Familienversicherung erteilen die Versicherten auf dem Fragebogen zur Feststellung bzw. Überprüfung der Familienversicherung (vgl. Punkt 3.1 dieses Lernbriefs) die Angaben über ihre Einnahmen auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck. Hierzu gehören auch Angaben über Einkünfte aus Kapitalvermögen, ungeachtet der einkommensteuerrechtlichen Behandlung. Die formularmäßige Selbstauskunft wird – angesichts des neuen Verfahrens der Besteuerung von Kapitalerträgen – akzeptiert.

5.1.5.3 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung

Bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung können keine Pauschbeträge abgezogen werden, sondern nur die Aufwendungen, die durch die mit dieser Einkunftsart verbundenen wirtschaftlichen Tätigkeiten veranlasst sind. Dies sind insbesondere

- Betriebskosten aller Art (z.B. Grundsteuer, Kanalgebühren, Schornsteinfegergebühren, Wasser- und Abwasserkosten),
- Geldbeschaffungskosten,
- Versicherungsbeiträge (z.B. Gebäudeversicherung),
- Erhaltungsaufwendungen (z.B. Instandhaltungskosten),

soweit sich diese Ausgaben auf das Gebäude beziehen und der Einkommenserzielung in dieser Einkunftsart dienen.

Bei der Feststellung der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sind die steuerlichen Vergünstigungen nach § 10e EStG sowie die normalen Abschreibungen nach § 7 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 ff. EStG abzugsfähig.

Beispiel

Ein Hauseigentümer erzielt aus der Vermietung mehrerer Wohnungen Mieteinnahmen in Höhe von 20.450 € jährlich. Für Reparaturen, Renovierungsmaßnahmen usw. wendet er im gleichen Zeitraum 7.670 € auf. Diese 7.670 € benötigt er, um seine Mieteinnahmen zu sichern bzw. zu erhalten. Sie stellen damit Werbungskosten dar.

Folge

$$\begin{array}{rcl}
 20.450 \text{ €} & \text{Mieteinnahmen} & \\
 - 7.670 \text{ €} & \text{Werbungskosten} & \\
 \hline
 12.780 \text{ €} & \text{Gesamteinkommen} & \\
 & \text{i.S.d. EStG} &
 \end{array}$$

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.3.3



Da das Gesamteinkommen wegen evtl. Aufwendungen in der Regel erst am Ende eines Jahres festgestellt werden kann, muss auch hier das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen festgestellt werden (vgl. Punkt 5.1.5.8 dieses Lernbriefs).

5.1.5.4 Sonstige Einkünfte

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.3.4

Zu den sonstigen Einkünften im Sinne des § 22 EStG gehören Einkünfte aus

- Leibrenten,
- Einkünfte aus Unterhaltsleistungen,
- Einkünfte aus privaten Veräußerungsgeschäften,
- Einkünfte aus sonstigen Leistungen und
- Einkünfte aus Abgeordnetenbezügen.

Leibrenten sind regelmäßig wiederkehrende Bezüge, deren Zahlungswiederholung von der Lebenszeit des Begünstigten abhängig ist. Diese Leibrenten und andere Leistungen, die aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus der Alterssicherung der Landwirte, aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen und aus privaten kapitalgedeckten Leibrentenversicherungen erbracht werden, gehören steuerrechtlich zu den sonstigen Einnahmen. Hierzu gehören nicht nur Renten wegen Alters, sondern auch solche, die wegen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Hinterbliebenenversorgung erzielt werden.

Weiter zu den sonstigen Einkünften zählen Bezüge aus betrieblichen Pensionskassen, die ganz oder teilweise auf früheren Beiträgen des Arbeitnehmers beruhen, Veräußerungsrenten, die aus dem Verkauf eines Hauses oder Betriebs stammen (Verkauf auf Rentenbasis) und Altersrenten aus betrieblichen Unterstützungskassen, auf die/der Arbeitnehmende – trotz

fehlender eigener Leistungen – einen Rechtsanspruch hat.

Bei den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist aufgrund ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung der Zahlbetrag auf das Gesamteinkommen anzurechnen. Als Zahlbetrag gilt der unter Außerachtlassung aller Versagungs-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften zur Auszahlung gelangende Brutto-Rentenbetrag ohne Kinderzuschüsse nach § 270 SGB VI.

Allerdings ist hierbei eine Besonderheit zu beachten: Bei der Ermittlung des Gesamteinkommens wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallende Teil berücksichtigt. Ob ein Zahlbetrag um diesen Teil gemindert werden kann, können Sie dem Rentenbescheid oder der Rentenanpassungsmitteilung vom Kunden entnehmen. Werbungskosten können vom Zahlbetrag der Rente nicht abgezogen werden.

Rentenleistungen, die auf Höherversicherungsbeiträgen nach § 280 SGB VI beruhen, sind allerdings zu berücksichtigen. Der Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers nach § 106 SGB VI zählt dagegen nicht zum Gesamteinkommen.

Rentenbeträge, die an Dritte abgezweigt werden, führen nicht zu einer Minderung des Zahlbetrags.

Versorgungsbezüge nach § 229 SGB V sind wie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen. Nicht nur Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge, sondern auch Renten aus privaten Rentenversicherungen sind in Höhe des Zahlbetrags als Gesamteinkommen zu berücksichtigen.

§ 10 Abs. 1
Satz 1 Nr. 5
3. Halbsatz
SGB V



Abfindungen von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und Versorgungsbezüge aufgrund der Beamtengesetze sind nach § 3 Nr. 3 EStG steuerfrei und daher nicht als Gesamteinkommen zu berücksichtigen (vgl. Punkt 5.1.5.7 dieses Lernbriefs).

Werden aus diesen Bezügen allerdings Einkünfte aus Kapitalerträgen erzielt, zählen diese Einnahmen zu den Einkünften aus Kapitalerträgen und müssen berücksichtigt werden.

Die Mütterrente erhalten Mütter, die vor 1992 geborene Kinder erzogen haben. Die Mütterrente ist keine eigene Rentenart, sondern bezeichnet die Verlängerung der bei der Rentenberechnung berücksichtigten Kindererziehungszeit für diese Kinder. Bislang wurde für jedes Kind lediglich ein Jahr Erziehungszeit berücksichtigt. Mit der Mütterrente sind dies seit 01. 07. 2014 zwei Jahre pro Kind. Ab 01. 01. 2019 bekommen Mütter das dritte Jahr Erziehungszeit angerechnet. Auch Väter haben Anspruch auf die Mütterrente, wenn die Kindererziehungszeit im Versicherungskonto des Vaters gespeichert wurde. Die Mütterrente zählt nicht zum Gesamteinkommen und wird bei der Prüfung der Familienversicherung als Einkommen nicht berücksichtigt.

Einmalige Abfindungen aus Lebensversicherungsverträgen gehören in der Regel nicht zu den Einkünften im Sinne des EStG und sind somit beim Gesamteinkommen ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

Unterhaltsleistungen, die im Rahmen der Unterhaltsberechtigung/-verpflichtung nach dem BGB für Ehegatten und Kinder bzw. nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz für Lebenspartner und Kinder erbracht werden, zählen nicht zum Gesamteinkommen des Familienangehörigen.

Unterhaltszahlungen an dauernd getrennt lebende Ehegatten, deren Familienversicherung grundsätzlich möglich ist, werden allerdings bei dem Unterhaltsberechtigten als sonstige Einnahme zum Gesamteinkommen gezählt, wenn der getrennt lebende Ehegatte die Möglichkeit hat, diese als Sonderausgabe gegenüber dem Finanzamt geltend zu machen (begrenztes Realsplitting). Diese Einnahme stellt in diesem Fall eine steuerpflichtige Einnahme des Unterhaltsberechtigten dar.

5.1.5.5 Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit

Die Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit werden entgegen dem Steuerrecht im Sozialversicherungsrecht als Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV) bezeichnet. Damit entspricht das Arbeitseinkommen dem steuerrechtlichen Gewinn.

Bei dieser Einkunftsart handelt es sich um Einkünfte aus

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.3.4.2

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.4



- Land- und Forstwirtschaft,
- Gewerbebetrieb sowie
- selbstständiger Arbeit.

Problematisch ist im Allgemeinen die zeitnahe Ermittlung des Einkommens selbstständiger Personen, soweit dieses aus dem Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV), d.h. aus dem nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelten Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit besteht. Das auf der Grundlage des Einkommensteuerrechts nachgewiesene Arbeitseinkommen gibt die wirtschaftliche Situation des Einzelnen erst mit einer zeitlichen Verzögerung wieder. Andere Einkommensnachweise, die geeignet sind, den Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit zeitnah und zuverlässig ohne größeren Verwaltungsaufwand festzustellen, stehen nicht zur Verfügung.

Aus diesem Grund ist bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Bereich der Familienversicherung eine Übernahme der Grundsätze zur Heranziehung des (Arbeits-)Einkommens Selbstständiger, so wie sie im Bereich der Beitragseinstufung von freiwillig krankenversicherten hauptberuflich Selbstständigen praktiziert wird, geboten. Das bedeutet, dass die Krankenkassen zur Bestimmung des Arbeitseinkommens aus der selbstständigen Tätigkeit grundsätzlich auf den letzten aktuellen Einkommensteuerbescheid zurückgreifen. Dem Einkommensteuerbescheid ist generell vom Beginn des auf seine Ausstellung (Bescheiddatum) folgenden Monats entscheidungsrelevante Bedeutung beizumessen.

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 3.1

Der Begriff der hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit ist dabei gesetzlich nicht näher definiert. Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband „Grundsätzliche Hinweise zum Begriff der hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit“ bekannt gegeben. Einzelheiten zur Beurteilung der Hauptberuflichkeit sind den vorgenannten Grundsätzlichen Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes zu entnehmen. Die geltende Fassung vom 20. 03. 2019 ist ab diesem Datum anzuwenden.

Bei Personen, die zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit einen Gründungszuschuss nach § 93 SGB III oder ein Einstiegsgeld nach § 16b SGB II erhalten, ist ohne weitere Prüfung davon auszugehen, dass aufgrund ihrer Zugehörigkeit zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach dem Recht der Arbeitsförderung eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit vorliegt. Der Gründungszuschuss wird zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach Existenzgründung und weiteren Voraussetzungen den Personen gewährt, die durch Aufnahme einer selbstständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden.

Voraussetzung für die Zahlung eines Gründungszuschusses bzw. des Einstiegsgeldes ist nach dem Wortlaut des § 93 SGB III bzw. § 16b SGB II das Vorliegen einer hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die Zahlung eines Gründungszuschusses bzw. Einstiegsgeldes regelmäßig eine Familienversicherung ausschließt, selbst wenn die anderen vorgenannten Voraussetzungen für das Vorliegen einer nebenberuflichen Selbstständigkeit erfüllt wären.



Beispiel

Sie sind Kundenberater der AOK. Ihre Kundin Käthe Schmidt legt Ihnen am 18. 09. den Steuerbescheid des Vorjahres vor, und fragt Sie, ob sie weiterhin familienversichert bleiben kann. Käthe Schmidt ist selbstständig erwerbstätig. Es handelt sich nicht um eine hauptberuflich selbstständige Tätigkeit. Der Auszug aus dem Steuerbescheid enthält folgende Angaben:

Berechnung des zu versteuernden Einkommens

	Ehemann €	Ehefrau €	insgesamt €
Einkünfte aus Gewerbebetrieb		3.860	3.860

Frage

Wie hoch ist das Gesamteinkommen von Käthe Schmidt?

Lösung

Das jährliche Arbeitseinkommen von Käthe Schmidt beträgt 3.860 €. Es handelt sich hierbei um den steuerrechtlichen Gewinn, der das Gesamteinkommen darstellt.

Bei den nicht hauptberuflich Selbstständigen, die zu Beginn ihrer Tätigkeit noch keinen Einkommensteuerbescheid vorlegen können, hat die vorausschauende Betrachtung der Einkommenssituation auf der Grundlage qualifizierter Nachweise Dritter zu erfolgen. Als solche Nachweise Dritter kommen vor allem Vorauszahlungsbescheide oder Nichtveranlagungsbescheide der Finanzämter in Betracht. Die darauf aufbauende Beurteilung bleibt auch dann maßgebend, wenn der Einkommensteuerbescheid rückwirkend betrachtet die Einkommensverhältnisse anders darstellt.

BE FK Beiträge v. 08. 04. 2014

Beispiel

Helga Krumm ist bei der AOK familienversichert und hat am 15. 08. 2024 eine nicht hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit aufgenommen. Der vorliegende Vorauszahlungsbescheid des Finanzamts sieht für das Jahr 2024 einen auf den Monat bezogenen Gewinn aus der selbstständigen Tätigkeit in Höhe von 300 € vor. Der Einkommensteuerbescheid für 2024 wird am 09. 10. 2025 erstellt. Er weist den steuerpflichtigen Gewinn für das Kalenderjahr 2024 in Höhe eines auf den Monat bezogenen Betrags von 600 € aus.

Folge

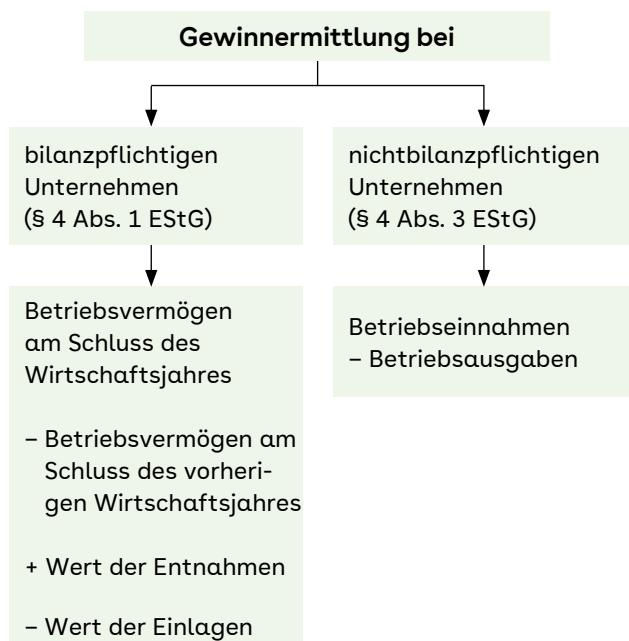
Die Familienversicherung ist nicht rückwirkend zum 14. 08. 2024 zu beenden, selbst wenn die vorausschauende Betrachtung der Einkommenssituation – so wie hier – rückwirkend betrachtet mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht übereinstimmt. Der aktuelle Einkommensnachweis (hier: der Steuerbescheid für 2024) führt allerdings für die Zeit ab 01. 11. 2025 zu einem Wegfall der Voraussetzungen der Familienversicherung.

Kann die Einkommenssituation von nicht hauptberuflich Selbstständigen, die zu Beginn ihrer Tätigkeit noch keinen Einkommensteuerbescheid vorlegen können, dagegen nicht durch geeignete Nachweise Dritter belegt werden (die Eigenerklärung des Versicherten reicht nicht aus), ist die Familienversicherung nicht durchführbar. Die Durchführung einer Familienversicherung unter Vorbehalt ist nicht möglich. Dies gilt sowohl in den Fällen,



in denen zum Nachweis einer unverhältnismäßigen Belastung vom Einkommensteuerbescheid abgewichen wird, als auch in den Fällen, in denen die Einkommenssituation zu Beginn einer selbstständigen Tätigkeit noch nicht durch einen Einkommensteuerbescheid belegt werden kann. Vergleiche hierzu auch nähere Ausführungen zum Ende und Wegfall der Familienversicherung unter Punkt 6.3 dieses Lernbriefs.

Die Gewinnermittlung bei Einkünften aus selbstständiger Arbeit ist wie folgt unterteilt:



Hinweis

Bei den Einkünften aus selbstständiger Arbeit kann es sich allerdings nur um Einkünfte aus nicht hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit handeln (vgl. Punkt 5.1.4 dieses Lernbriefs). Diese Personen sind nicht bilanzpflichtig. Sie können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen.

5.1.5.6 Saldierung von Einkünften

§ 16 SGB IV beschreibt das Gesamteinkommen als Summe der Einkünfte. Die Einkünfte sind daher – unabhängig aus welcher Einkunftsart sie stammen – zusammenzurechnen. Die Gewinnermittlung im Sinne des Steuerrechts kennt den Grundsatz des Verlustausgleichs. Der steuerrechtliche Begriff „Summe der Einkünfte“ beinhaltet deshalb nicht nur die Addition positiver Einkünfte, sondern auch einen horizontalen und vertikalen Verlustausgleich. Während ein horizontaler Verlustausgleich das Ergebnis der Einkünfte innerhalb einer Einkunftsart darstellt, ist unter einem vertikalen Verlustausgleich das Ergebnis verschiedener Einkunftsarten zu verstehen.

Sofern mehrere Einkommensquellen unterschiedlicher Einkunftsarten vorliegen, sind zunächst die Summen der Einkünfte der einzelnen Einkunftsquellen zu ermitteln. Anschließend ist die Summe der jeweiligen positiven Einkünfte um negative Summen der Einkünfte aus anderen Einkunftsarten zu mindern. Dieser vertikale Verlustausgleich kann allerdings nur bei der Ermittlung des Gesamteinkommens und nicht bei der Bestimmung von Einnahmen zum Lebensunterhalt vorgenommen werden.

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.6

Beispiel

Heidi Label, verheiratet und bei der AOK familienversichert, legt Ihnen den Einkommensteuerbescheid des Vorjahres (für 2024) vor. Heidi Label ist nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



	Ehe- mann €	Ehe- frau €	insge- samt €
Einkünfte aus Gewerbebetrieb		6.600	
als Einzelunternehmer		6.600	
Einkünfte aus nicht-selbstständiger Tätigkeit	30.552		
Bruttoarbeitslohn – Arbeitnehmer-Pauschbetrag	1.200		
Einkünfte	29.352		
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	- 2.209	- 2.209	
sonstige Einkünfte			
Ertragsanteil i.H.v. 38% aus Bruttobetrag			
Leibrente (2.596)	986		
– Werbungskosten-Pauschbetrag	102		
Einkünfte	884		
Gesamtbetrag der Einkünfte	28.027	4.391	32.418

Folge

Die Einkünfte aus dem Gewerbebetrieb (steuerrechtlicher Gewinn, unverändert aus dem Steuerbescheid zu übernehmen) würden für sich allein betrachtet die Familienversicherung ausschließen: $6.600 \text{ €} : 12 = 550 \text{ €}$ ($550 \text{ €} > 530 \text{ €}$).

Durch die Anwendung der Einkommenssaldierung ergibt sich für Heidi Label weiterhin die Möglichkeit der Familienversicherung: $4.391 \text{ €} : 12 = 365,92 \text{ €}$.

5.1.5.7 Steuerfreie Einnahmen

Einnahmen, die nach den §§ 3 und 3b EStG steuerfrei sind, zählen nicht zum Gesamteinkommen, auch wenn diese Entgeltersatzfunktion haben. Hierbei handelt es sich insbesondere um Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung (z.B. Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Pflegegeld), der Unfallversicherung oder der Arbeitsförderung (z.B. Unfallrente, Arbeitslosengeld). Bei Bezug der vorgenannten Leistungen kommt eine Prüfung des Gesamteinkommens für die Familienversicherung nicht in Betracht. Auch das nach dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt gezahlte Bürgergeld und Sozialgeld gehören nicht zum Gesamteinkommen.

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.1

Nichterwerbsfähige Leistungsberechtigte, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (Personen mit Bezug von Bürgergeld) in einer Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten nach den Vorschriften § 19 SGB II Bürgergeld. Das Bürgergeld ist somit bei der Prüfung des Gesamteinkommens für die Familienversicherung nicht zu berücksichtigen. Andere Einnahmen, die steuerfrei sind, z.B. Einkünfte zur Abgeltung eines krankheits- oder behinderungsbedingten Mehrbedarfs, zählen erst recht nicht zum Gesamteinkommen.

§ 19 SGB II
§ 7 SGB II

Beispiel

Sabine Kracht hat monatlich folgende Einnahmen:

Rente wegen voller Erwerbsminderung:	301 €
Blindenhilfe nach § 72 SGB XII:	585 €



Folge

Zum Gesamteinkommen zählt die Rente wegen voller Erwerbsminderung in Höhe von 301 €. Die Blindenhilfe in Höhe von 585 € wird nicht berücksichtigt, da sie einen behinderungsbedingten Mehrbedarf abdeckt.

Hinweis

Zum Thema Gesamteinkommen empfehlen wir Ihnen, sich mit den „Grundsätzlichen Hinweisen – Gesamteinkommen im Sinne der Regelungen über die Familienversicherung“ vom 29. 09. 2022 zu befassen. Hier finden Sie in der Anlage eine alphabetische Auflistung aller Einkünfte und können auf einen Blick feststellen, ob diese Einkünfte zum Gesamteinkommen zählen.

5.1.5.8 Regelmäßigkeit des Gesamteinkommens

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.8

Zum Gesamteinkommen gehören nur die Einkünfte, die regelmäßig sind. Es muss sich also um wiederkehrende und für einen längeren Zeitabschnitt zu erbringende bzw. sicher zu erwartende Zahlungen handeln. Auch einmalige Zahlungen, deren Gewährung mit hinreichender Sicherheit (mindestens einmal jährlich) zu erwarten sind, sind hiernach bei der Ermittlung des regelmäßigen Gesamteinkommens anteilmäßig mit dem auf den Monat bezogenen Betrag zu berücksichtigen. Soweit insbesondere Einmalzahlungen diese Voraussetzungen der Regelmäßigkeit nicht erfüllen, können sie als Gesamteinkommen keine Berücksichtigung finden.

Beispiel

Marie-Luise Scholz ist über ihren Ehemann Herbert Scholz bei der AOK familienversichert. Am 01. 09. 2025 erhält Marie-Luise Scholz von der Allianz Lebensversicherung einen einmaligen Versorgungsbezug in Form einer Kapitalleistung in Höhe von 81.745,60 € ausgezahlt.

Frage

Hat die Auszahlung des Versorgungsbezugs Auswirkungen auf die Familienversicherung von Marie-Luise Scholz?

Lösung

Bei dem Versorgungsbezug handelt es sich um eine Einmalzahlung. Diese Einmalzahlung ist nicht mit hinreichender Sicherheit mindestens einmal jährlich zu erwarten. Die Familienversicherung wird von dieser Einmalzahlung nicht tangiert.

Hinweis

Werden aus dieser Einmalzahlung Einkünfte aus Kapitalvermögen erzielt, dann sind nur diese beim Gesamteinkommen zu berücksichtigen.

Zur Beurteilung des Gesamteinkommens sind die aktuellen Verhältnisse zugrunde zu legen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit infolge unvorhersehbarer Umstände heraus, bleibt es bei der ursprünglichen Beurteilung. Für die Beurteilung der Regelmäßigkeit sind die Grundsätze, die für Statusentscheidungen im Versicherungsrecht entwickelt wurden (z.B. für die Beurteilung von Versicherungspflicht oder -freiheit von Beschäftigungsverhältnissen), zu beachten.



Die Beurteilung des Gesamteinkommens bedarf einer vorausschauenden Betrachtung, d.h. es sind zunächst die monatlich zufließenden Einkünfte sowie die nicht monatlich zufließenden, aber auf den Monat bezogenen regelmäßigen Einkünfte zu beachten. In Bezug auf die Bewertung des Arbeitsentgelts aus einer geringfügigen Beschäftigung können die von den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung entwickelten Geringfügigkeits-Richtlinien herangezogen werden.

Beispiel

Ute Hitzel übt eine geringfügige Beschäftigung aus. Das monatliche Bruttoarbeitsentgelt beträgt 550 €. Daneben erhält sie jährlich am 15. 11. ein vertraglich zugesichertes Weihnachtsgeld in Höhe von 300 €. Das Arbeitsentgelt wird nicht pauschal versteuert.

Frage

Wie hoch ist das monatliche Gesamteinkommen?

Lösung

Das regelmäßig im Monat erzielte Gesamteinkommen in 2025 von Ute Hitzel berechnet sich wie folgt:

laufendes Arbeitsentgelt:

6.600,00 €
(550,00 € x 12)

Weihnachtsgeld: 300,00 €

zusammen: 6.900,00 €

abzüglich

Werbungskosten-

pauschbetrag: 1.230,00 €

zusammen: 5.670,00 €

regelmäßiges monatliches
Gesamteinkommen: 472,50 €
(5.670,00 € : 12)

Gelegentliche und nicht vorhersehbare Überschreitungen des monatlichen Gesamteinkommens bis zu drei Monaten im Jahr beeinflussen die Familienversicherung nicht.

Einkünfte von bis zu drei Monaten im Jahr sind als unregelmäßig anzusehen und zählen damit nicht zum Gesamteinkommen. Einkünfte, die über einen längeren Zeitraum als drei Monate bezogen werden, gelten als laufende Einkünfte.

Arbeitsentgelt, das im Rahmen einer kurzfristigen Beschäftigung erzielt wird, ist auch dann als unregelmäßig anzusehen und dem regelmäßigen Gesamteinkommen nicht zuzurechnen, wenn die Beschäftigung nur aufgrund der Anwendung einer 70 Arbeitstage-Regelung als kurzfristig im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV bewertet wird. Das Ausüben einer kurzfristigen Beschäftigung führt somit nicht zum Ausschluss der Familienversicherung.

BE v.
24. 10. 2008

Beispiel

Eine Beschäftigung dauert vom 15. 03. bis 18. 05. und wird an vier Tagen in der Woche ausgeübt.

Folge

Die maßgebliche 70-Arbeitstage-Grenze wird nicht überschritten. Die Beschäftigung ist kurzfristig im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.8

Kann das regelmäßige monatliche Einkommen nicht genau festgestellt werden, weil die Einkünfte schwanken, so ist ggf. anhand des letzten Jahreseinkommens eine Feststellung vorzunehmen. Im Fall, dass sich die Einkommensverhältnisse zum Vorjahr nicht nur vorübergehend geändert haben, ist das auf den Monat bezogene Einkommen neu zu schätzen.

Bei schwankenden Einkünften handelt es sich meist um Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit und Kapitalvermögen. Bei diesen Einkünften ist für die Ermittlung der Regelmäßigkeit 1/12 des Jahreseinkommens zu berücksichtigen.

Beispiel

Käthe Schmidt ist bei der AOK familienversichert. Das jährliche Arbeitseinkommen (Gesamteinkommen) aus nichthauptberuflich selbstständiger Tätigkeit von Käthe Schmidt betrug im Jahr 2024 laut Steuerbescheid 3.860 €. Die Einkommensverhältnisse haben sich bei Käthe Schmidt nicht verändert.

Frage

Wie hoch ist das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen, und wirkt es sich auf die Familienversicherung von Käthe Schmidt ab 01. 01. 2025 aus?

Lösung

Das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen beträgt 321,67 € (3.860 € : 12). Da die Einnahmen aus dem Steuerbescheid entnommen wurden und diese Einnahmen im Vorjahr erzielt wurden, ist auf den Zeitraum von zwölf Monaten abzustellen. Die Voraussetzungen für die weitere Familienversicherung sind erfüllt, da das regelmäßige monatliche Gesamteinkommen die Einkommensgrenze in Höhe von 535 € nicht überschreitet.

Da Renten häufig rückwirkend bewilligt werden, haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen damit befasst, ab wann diese Rente als regelmäßige Einnahme zu werten ist. Sie sind zu dem Ergebnis gekommen, dass Renten als regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen erst dann berücksichtigt werden können, wenn sie laufend ausgezahlt werden. Dieser Zeitpunkt ist im Rentenbescheid gesondert aufgeführt.

GR v.
29. 09. 2022
Ziff. 2.3.4.1

Beispiel

Else Bein ist bei der AOK familienversichert. Am 14. 06. erhält sie einen Rentenbescheid von der Deutschen Rentenversicherung Bund, wonach ihr rückwirkend ab 01. 03. eine gesetzliche Rente in Höhe von monatlich brutto 550 € zugebilligt wird. Vom 01. 03. bis 30. 06. erhält sie eine Nachzahlung in Höhe von 2.200 €. Ab 01. 07. wird die Rente laufend gezahlt. Die Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner hat Else Bein nicht erfüllt.



Frage

Ab wann wird bei Else Bein die Rente auf das Gesamteinkommen angerechnet und wann endet die Familienversicherung?

Lösung

Die Rente wird ab 01. 07. auf das Gesamteinkommen angerechnet, da sie ab diesem Zeitpunkt laufend gezahlt wird und damit ab diesem Zeitpunkt als regelmäßige Einnahme gilt. Die Familienversicherung endet am 30. 06., da das Gesamteinkommen von Else Bein die maßgebende Einkommensgrenze in Höhe von 535 € überschreitet.

Merke

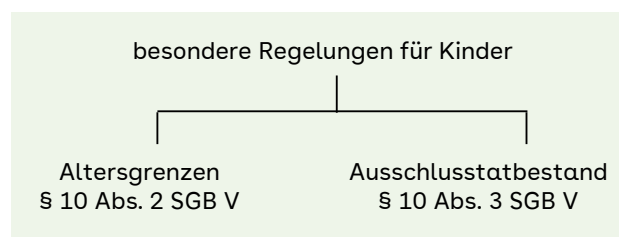
Bei der Feststellung des Gesamteinkommens sind nur die Einnahmen heranzuziehen, die regelmäßig sind. Einmalige Einnahmen, die nicht regelmäßig sind, bleiben bei der Ermittlung des Gesamteinkommens außer Betracht.

Sie haben nun die Voraussetzungen für die Familienversicherung, die für Ehegatten, Lebenspartner und Kinder gleichermaßen gelten, kennengelernt. Wenden wir uns nun den besonderen Voraussetzungen für Kinder zu.

5.2 Besondere Voraussetzungen für Kinder

Neben den gemeinsamen Voraussetzungen für Ehegatten, Lebenspartner und Kinder gibt es auch solche, die nur für Kinder gelten.

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung



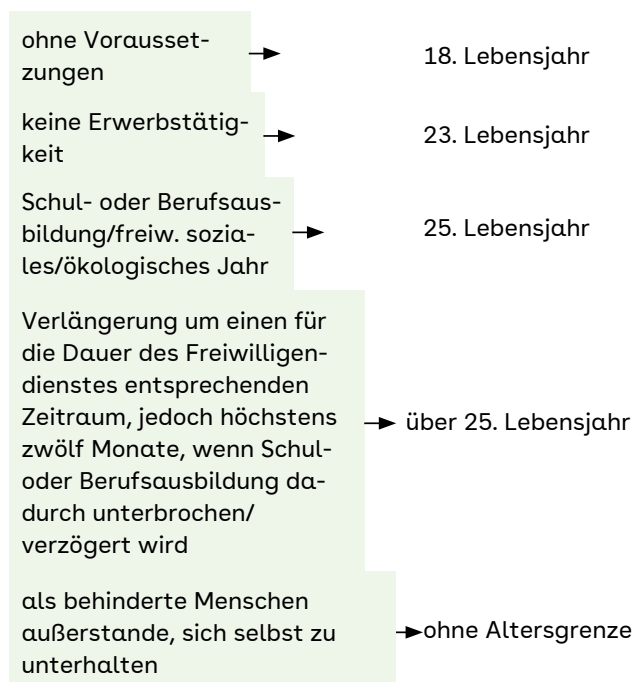
5.2.1 Altersgrenzen

Kinder sind im Allgemeinen nicht in der Lage, ihren Unterhalt selbst zu bestreiten. Sie sind darauf angewiesen, dass ihnen Unterhalt von Dritten gewährt wird. Diese Verpflichtung obliegt grundsätzlich den Eltern (vgl. § 1601 ff. BGB). Für das Zustandekommen der Familienversicherung fordert der Gesetzgeber allerdings keine Unterhaltsberechtigung.

Da das Kind jedoch nicht zeitlich unbegrenzt vom Unterhalt durch andere Personen abhängig ist, sind auch für die Familienversicherung Altersgrenzen vorgesehen.

§ 10 Abs. 2
SGB V

Kinder sollen deshalb nur so lange in dem beitragsfreien Schutz der Familienversicherung bleiben, wie auch naturgemäß eine finanzielle Unselbstständigkeit besteht. Es gelten daher folgende Altersgrenzen:



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

Bevor wir uns die einzelnen Altersgrenzen ansehen, befassen wir uns zunächst mit der Frage, wann – juristisch gesehen – jeweils ein Lebensjahr vollendet wird. Da diese Frage nicht nur im Zusammenhang mit der Familienversicherung, sondern auch in Rechtsfragen, z.B. der Geschäftsfähigkeit, Bedeutung hat, wurde im BGB eine entsprechende Regelung getroffen. Danach beginnt die Berechnung des Lebensalters mit dem Tag der Geburt. Dieser Tag wird bei der Berechnung der Frist mit berücksichtigt. Ein Lebensjahr endet somit immer an dem Tag, der dem jeweiligen Geburtstag vorhergeht. Für die Familienversicherung bedeutet dies: Wird die Altersgrenze erreicht, endet die Versicherung mit Ablauf des Tags, der dem entsprechenden Geburtstag vorausgeht.

5.2.1.1 Altersgrenze 18. Lebensjahr

Grundsätzlich endet die Familienversicherung mit Vollendung des 18. Lebensjahres. Ursache für die Festsetzung dieser Altersgrenze war zum einen der Eintritt der Volljährigkeit, zum anderen die Tatsache, dass viele Kinder dann ihre Schulausbildung beendet haben.

§ 10 Abs. 2 Nr. 1 SGB V

Beispiele/Folge

Geboren: 18. 04. 2007

Vollendung des 18. Lebensjahres:

17. 04. 2025 (grundsätzlich Ende der Familienversicherung)

Geboren: 01. 05. 2007

Vollendung des 18. Lebensjahres:

30. 04. 2025 (grundsätzlich Ende der Familienversicherung)

5.2.1.2 Altersgrenze 23. Lebensjahr

Wenn das Kind nicht erwerbstätig ist, besteht die Familienversicherung bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres. Das Kind darf also weder gegen Arbeitsentgelt beschäftigt noch selbstständig tätig sein. Die Gründe für die Erwerbslosigkeit sind ohne Bedeutung. Die Ausübung einer geringfügigen und versicherungsfreien Beschäftigung i.S.d. § 7 SGB V i.V.m. § 8 SGB IV oder einer im geringfügigen Umfang ausgeübten selbstständigen Tätigkeit ist allerdings möglich.

§ 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V, GR v. 09. 12. 1988 zu § 10 SGB V, Ziff. 2.4.2.1

Eine solche Verlängerung der Familienversicherung über das 18. Lebensjahr hinaus bis zum 23. Lebensjahr kann u.a. in folgenden Fällen in Betracht kommen, sofern die übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind:



- Kind eines Mitglieds findet wegen der schlechten Arbeitsmarktsituation keinen Arbeits-/Ausbildungsplatz
- Kind eines Mitglieds beginnt nach dem Abitur nicht unmittelbar mit dem Studium
- Kind eines Mitglieds bricht Ausbildung ab, da ihm der Beruf nicht mehr gefällt

Im Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung bzw. Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege) muss erkennbar sein, dass kein eigenes Einkommen erzielt wird (keine Eintragung oder Streichung im Fragebogen). Hiermit wird bestätigt, dass der betreffende Jugendliche erwerbslos ist.

Beispiel

Die 21-jährige Cornelia Mayer hat ihre Ausbildung ab 01. 08. bereits nach zwei Monaten abgebrochen. Die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 SGB V sind bei ihr erfüllt. Ihre Eltern sind beide Mitglied der AOK. Am 09. 10. nimmt Cornelia Mayer eine geringfügige Beschäftigung auf. Weitere Einkünfte hat sie nicht.

Frage

Wie gestaltet sich der Krankenversicherungsschutz für Cornelia Mayer nach Abbruch der Ausbildung ab 01. 10.?

Lösung

Cornelia Mayer hat ab 01. 10. Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V, da sie das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Ausübung der geringfügigen Beschäftigung beeinträchtigt die Familienversicherung nicht.

Merke

Kinder sind über das 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres familienversichert, sofern sie nicht mehr als geringfügig erwerbstätig sind.

5.2.1.3 Altersgrenze 25. Lebensjahr

Bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres bleiben Kinder versichert, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr im Sinne des JFDG oder Bundesfreiwilligendienst nach dem BFDG ableisten. Da diese Kinder meist von ihren Eltern finanziell abhängig sind, sollen die Eltern durch den notwendigen Krankenversicherungsschutz für ihre Kinder nicht zusätzlich finanziell belastet werden.

§ 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V

Eine Schulausbildung liegt grundsätzlich dann vor, wenn das Kind eine allgemein bildende oder berufsbildende Schule oder eine Hochschule besucht. Damit sind nicht nur öffentliche Schulen gemeint. Das können auch private Schulen sein, wenn dort nach staatlich anerkannten Lehrplänen unterrichtet wird.

Übliche Schularten der allgemein bildenden Schulen sind z.B.:

Grund-, Haupt-, Real-, Regionale Schulen, Integrierte Gesamtschulen, freie Waldorfschulen, Gymnasien, Abendgymnasien, Förderschulen



Die berufsbildenden Schulen gliedern sich in folgende Schulformen:

die Berufsschule einschließlich des Berufsgrundbildungsjahres, die Berufsfachschule, die Berufsoberschule, die duale Berufsoberschule, das berufliche Gymnasium und die Fachschule

Bei Vollzeitunterricht kann generell von Schul- oder Berufsausbildung ausgegangen werden, weil der Unterricht, der tägliche Weg von und zur Schule und die Erledigung der Hausaufgaben den Schüler zeitlich voll beanspruchen.

Bei Teilzeitunterricht ist zu prüfen, ob die Schulausbildung den Schüler ganz oder überwiegend in Anspruch nimmt oder ob er in der Lage ist, daneben eine Halbtagsbeschäftigung auszuüben. Auch bei einem Teilzeitstudium ist zu prüfen, ob die/der Studierende seinem Erscheinungsbild nach zu den Studierenden gehört. Dies gilt auch bei einem Fernstudium. Für nähere Informationen wird auf die Ausführungen im „Gemeinsamen Rundschreiben zur versicherungsrechtlichen Beurteilung von beschäftigten Studierenden und Personen im Praktikum“ vom 23. 11. 2016 und die „Grundsätzlichen Hinweise zur Kranken- und Pflegeversicherung der Studierenden, Personen im Praktikum und Auszubildenden des zweiten Bildungsweges“ vom 20. 03. 2020 verwiesen.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 10
SGB V,
Ziff. 2.4.2.2
Abs. 2

Da einige Sonderformen der Schulausbildung, wie z.B. Teilzeitunterricht, Besuch eines Abendgymnasiums, Fernlehrgänge usw. eine differenzierte Betrachtung erfordern, kann die Beurteilung der Schul- oder Berufsausbildung für Kinder, die das 18. bzw. das 23. Lebensjahr vollendet haben, grundsätzlich nach den zu § 2 Bundeskindergeldgesetz (BKGG) entwickelten Grundsätzen vorgenommen werden.

Die Versicherungspflicht als Auszubildender des Zweiten Bildungsweges ist gegenüber einer Familienversicherung nachrangig. Besteht Anspruch auf Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung, wird die Versicherungspflicht als Auszubildende des zweiten Bildungsweges verdrängt.

Aufgrund einer bundesweiten Regelung beginnt das Schuljahr an allen Schulen am 01. 08. und endet am 31. 07. des darauf folgenden Jahres. An dem festgelegten Zeitpunkt des Ablaufs des Schuljahres ändert sich auch dann nichts, wenn die Ferien bereits vor dem 31. 07. beginnen oder Abschlussprüfungen vorher abgelegt werden und bis zum Ende des offiziellen Schuljahres Unterricht nicht mehr erteilt wird.

Beispiel

Das 19-jährige Kind Bert Kümmerling legt sein Abitur am 15. 03. ab. Bis 31. 07. erfolgt kein weiterer Unterricht.

Folge

Die Schulausbildung von Bert Kümmerling endet mit Ablauf des Schuljahres am 31. 07.

Der Besuch der gymnasialen Oberstufe des Gymnasiums eröffnet durch die Vermittlung der Studierfähigkeit den Zugang zur Hochschule. Damit ist die Familienversicherung auch möglich während des anschließenden Besuchs einer Universität oder einer Fachhochschule. An den Hochschulen, die eine Semestereinteilung haben, beginnt das Sommersemester am 01. 04. und endet am 30. 09., das Wintersemester dauert vom 01. 10. bis 31. 03.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



An den Fachhochschulen beginnen die Semester früher: Hier verlaufen das Sommersemester vom 01. 03. bis 31. 08. und das Wintersemester vom 01. 09. bis 28./29. 02.

§ 10 Abs. 2 Nr. 3, 4. Halbsatz SGB V

Mit dem MD-Reformgesetz wurde ab 01. 01. 2020 die Regelung des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V dahingehend ergänzt, dass die Familienversicherung von Kindern, die ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule beenden, bis zum Ablauf des Semesters fortbesteht, längstens jedoch bis zum vollendeten 25. Lebensjahr.

In der Praxis sind hiervon regelmäßig Sachverhalte erfasst, in denen die das Studium abschließende Prüfung vor der Exmatrikulation abgelegt wird.

Beispiel

Der 23-jährige Thomas Balz ist seit 01. 09. 2020 eingeschriebener Student an einer Hochschule. Er ist über seinen Vater bei der AOK familienversichert. Am 15. 02. 2025 beendet er sein Studium durch Ablegen seiner Diplomprüfung. Die Exmatrikulation erfolgt am 28. 02. 2025.

Folge

Die Familienversicherung von Thomas Balz endet am 31. 03. 2025.

Nach § 10 Abs. 2 Nr. 3, 4. Halbsatz SGB V besteht die Familienversicherung von Kindern in Hochschulausbildung grundsätzlich bis zum Ablauf des Semesters fort, in dem das Studium abgeschlossen wird. Die Regelung differenziert nicht danach, ob das Kind zum Zeitpunkt des Studienabschlusses noch eingeschrieben ist oder nicht. Ein Studium gilt dann als abgeschlossen, wenn das letzte Prüfungsergebnis durch das Prüfungsamt der Hochschule bekanntgegeben wurde. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen kann daher die Familienversicherung auch in den Fällen, in denen die das Studium abschließende Prüfung erst nach dem Ende des Studienseesters abgelegt wird, für das sich die/der Studierende zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet hat, bis zum Ablauf des „Prüfungssemesters“ fortgeführt werden.

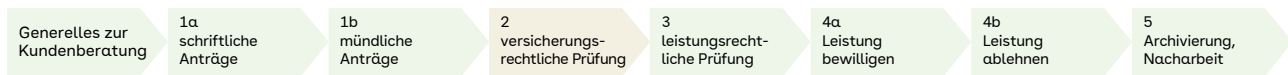
Der Schul- und Berufsausbildung ist für die Zeit nach der Exmatrikulation durch eine Bescheinigung des Prüfungsamtes über die Meldung zu der das Studium abschließenden Prüfung(en) und über den voraussichtlichen Prüfungstermin oder, sofern die Prüfung bereits abgelegt wurde, die Unterrichtung des Prüfungsamtes über die Prüfungsentscheidung nachzuweisen.

Aber was passiert, wenn die Schul- oder Berufsausbildung unterbrochen wird?

GR v. 09. 12. 2020

Gilt diese neu geschaffene Regelung zum Ende der Familienversicherung von Kindern in Hochschulausbildung auch für nicht (mehr) eingeschriebene Examenskandidaten, die die Abschlussprüfung erst nach dem Ende des Studienseesters, für das sie sich zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, ablegen?

Um eine Unterbrechung handelt es sich dann, wenn das Kind in Schul- oder Berufsausbildung ist, aber nicht tatsächlich ausgebildet wird. Eine Unterbrechung ist auch ein Zeitraum, in dem das Kind während einer Übergangszeit an der geplanten Schul- oder Berufsausbildung gehindert ist.



BSG-Urteil v.
26. 10. 1976
– AZ: 12 RKg
1/76

Zu den Unterbrechungen gehören z.B. die Schul- oder Semesterferien. Diese sind für die Familienversicherung unschädlich.

Wird eine studierende Person ordnungsgemäß beurlaubt und ist sie weiterhin bei einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben, so bleibt die Familienversicherung bei Vorliegenden der sonstigen Voraussetzungen grundsätzlich erhalten.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 10
SGB V,
Ziff. 2.4.2.2
Abs. 3

Unterbrechungen wegen Krankheit oder Schwangerschaft des Kindes sind grds. für den Bestand der Familienversicherung unschädlich, wenn und solange die Absicht besteht, die Schul-/ Berufsausbildung zum nächstmöglichen Termin fortzusetzen.

Schließt sich z.B. an den Schul- oder Studienabschluss nicht direkt eine weitere Ausbildungszeit an, können die Bedingungen für eine sogenannte Übergangszeit gegeben sein. Übergangszeiten können ausgelöst werden durch den Wechsel

- zwischen bestimmten Schulformen (z.B. Wechsel von Realschule zur Höheren Handelsschule),
- zwischen bestimmten Berufsausbildungsgängen oder
- zwischen Abitur und dem nächstmöglichen Semesterbeginn an der Hochschule.

Im Allgemeinen handelt es sich dabei um Zwangspausen, die von dem Betroffenen nicht zu beeinflussen sind. Die Familienversicherung bleibt in diesen Fällen für die Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten bestehen, sofern diese Übergangszeit vier Monate nicht überschreitet.

Beispiel

Marion Mittler, Tochter von Hans Mittler (Mitglied der AOK), schließt am 31. 07. ihre Schulausbildung ab. Sie möchte zum nächstmöglichen Termin (01. 09.) an der Fachhochschule mit ihrem Studium beginnen.

Folge

Hier liegt eine Übergangszeit zwischen zwei Ausbildungsabschnitten vor. Die Pause vom 01. bis 31. 08. ist von Marion Mittler nicht zu beeinflussen. Sofern die übrigen Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind, ist Marion Mittler für diese Übergangszeit familienversichert.

Fortsetzung des Beispiels

Am 05. 08. erhält Marion Mittler die Mitteilung, dass sie zum 01. 09. keinen Studienplatz erhält, sondern erst zum nächsten Semester.

Folge

Da das Studium nicht zum nächstmöglichen Termin begonnen werden kann, handelt es sich nicht mehr um eine Übergangszeit. Die Familienversicherung endet am 05. 08., sofern die Voraussetzungen zur Durchführung der Familienversicherung nicht nach anderen Vorschriften (z.B. § 10 Abs. 2 Nr. 2 oder 4 SGB V) erfüllt sind.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



§ 10 Abs. 2
Nr. 3, 1. Halbsatz SGB V

Was gilt bei der Ausübung von Freiwilligendiensten?

Jugendfreiwilligendienste im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes (JFDG) sind das Freiwillige Soziale Jahr (FSJ) und das Freiwillige Ökologische Jahr (FÖJ). Die Freiwilligendienste dauern mindestens 6 höchstens 24 Monate und können im Inland oder im Ausland (IJFD) absolviert werden. Sie führen in der Regel zu einer vorrangigen Pflichtversicherung.

Der freiwillige Wehrdienst besteht nach § 58b Soldatengesetz aus sechs Monaten freiwilligem Grundwehrdienst als Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem freiwilligen zusätzlichen Wehrdienst. Es besteht sowohl für Männer als auch für Frauen die Möglichkeit des freiwilligen Wehrdienstes.

Der freiwillige Wehrdienst berührt unabhängig von einem eventuellen Ruhen von Leistungsansprüchen – eine bestehende Familienversicherung nicht.

Nach Beendigung des freiwilligen Wehrdienstes ist die Familienversicherungszeit je nach Einzelfallsituation korrekt zu beenden.

Der Bundesfreiwilligendienst (BFD) nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG) ergänzt die bisherigen Angebote und dauert in der Regel zwölf zusammenhängende Monate. Er dauert mindestens sechs und höchstens 18 Monate; ausnahmsweise kann er bis zu einer Dauer von 24 Monaten verlängert werden.

Soweit nicht ausdrücklich eine sozialversicherungsrechtliche Regelung vorhanden ist, sieht § 13 Abs. 2 BFDG vor, dass auf den BFD die sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen entsprechende Anwendung finden, die für die Jugendfreiwilligendienste (JFD) gelten.

Der BFD wird grundsätzlich im Rahmen eines abhängigen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt. Sollte der BFD im Ausnahmefall – sofern kein Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht – nicht zur Versicherungspflicht führen, hätte dieser keinen Einfluss auf eine bestehende Familienversicherung als Kind. Die Familienversicherung besteht in diesem Fall bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber bestimmt, dass eine Verlängerung der Familienversicherung in diesen Fällen für die tatsächliche Dauer des Dienstes, höchstens jedoch für die Dauer von zwölf Monaten, in Frage kommt.



Merke

Die Familienversicherung von Kindern ist bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres möglich, solange sich ein Kind in Schul- oder Berufsausbildung befindet bzw. diese durch

- freiwilligen Wehrdienst,
- Bundesfreiwilligendienst,
- Tätigkeit als Entwicklungshelfende,
- freiwilliges soziales Jahr nach dem JFDG,
- freiwilliges ökologisches Jahr nach dem JFDG

oder

- vergleichbaren Freiwilligendienst

unterbrochen wird.

Liegt zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr nur die Schul-/Berufsausbildung und der Freiwilligendienst, besteht immer ein Kausalzusammenhang. Dabei ist es nicht entscheidend, dass die Schul- oder Berufsausbildung direkt nach dem Ende des Freiwilligendienstes beginnt. Der geforderte Zusammenhang zwischen dem Freiwilligendienst und der Unterbrechung bzw. Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung liegt auch dann vor, wenn die Ausbildungsabschnitte die Zeit des Freiwilligendienstes nicht unmittelbar einrahmen, aber sogenannte begrenzte Übergangszeiten zwischen zwei Ausbildungsabschnitten vorliegen, die für sich betrachtet das Bestehen einer Familienversicherung von Kindern in Schul- oder Berufsausbildung rechtfertigen.

Ist der berufliche Werdegang nicht nur durch das Erfüllen des Freiwilligendienstes verzögert oder unterbrochen, sondern liegen auch andere wie z.B. private Gründe vor, ist der Kausalzusammenhang und die Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus stringent zu prüfen.

5.2.1.4 Verlängerung der Versicherung über das 25. Lebensjahr hinaus

§ 10 Abs. 2 Nr. 3, 2. und 3. Halbsatz SGB V

Wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch einen Freiwilligendienst unterbrochen oder verzögert wird, verlängert sich die Familienversicherung für die Zeit nach Vollendung des 25. Lebensjahres um den Zeitraum des Dienstes höchstens um zwölf Monate.

Zwischen der Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung und dem Erfüllen des Freiwilligendienstes muss ein Kausalzusammenhang bestehen.

Beispiel

Rainer Weber, Sohn eines AOK-Mitglieds, hat nach Abschluss seiner Ausbildung bis zum Beginn seines freiwilligen sozialen Jahres zur Überbrückung in seinem erlernten Beruf gearbeitet. In diesem Beruf arbeitet er auch nach dem Ende des freiwilligen sozialen Jahres bis zum nächstmöglichen Studienbeginn weiter.



Folge

Die Schul- oder Berufsausbildung wurde wegen des freiwilligen sozialen Jahres verzögert. Es besteht ein Kausalzusammenhang zwischen der Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung und dem Erfüllen des Freiwilligendienstes. Die Familienversicherung kann bis zum Ende des Studiums verlängert werden.

Damit die Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus verlängert werden kann, muss

- die Schul- oder Berufsausbildung durch einen Freiwilligendienst unterbrochen/verzögert werden,
- der Freiwilligendienst vor dem vollendeten 25. Lebensjahr beginnen,
- sich das Kind bei Vollendung des 25. Lebensjahres entweder in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder nur deshalb nicht in Ausbildung befindet, weil der Freiwilligendienst noch nicht voll erfüllt ist.

Beginnt der Freiwilligendienst erst nach vollendetem 25. Lebensjahr, liegt kein Verlängerungstatbestand vor.

Verlängerungstatbestände sind durch schriftlichen Nachweis über die Dienstzeit zu belegen. Um diesen Zeitraum verlängert sich die Familienversicherung, höchstens um zwölf Monate.

Merke

Die Familienversicherung verlängert sich über das 25. Lebensjahr um den Zeitraum der Unterbrechung der Schul- oder Berufsausbildung wegen Erfüllung

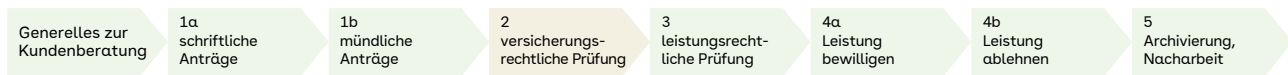
- des freiwilligen Wehrdienstes,
 - des Bundesfreiwilligendienstes,
 - Tätigkeit als Entwicklungshelfende,
 - freiwilligen sozialen Jahres nach dem JFDG,
 - des freiwilligen ökologischen Jahres nach dem JFDG
- oder
- vergleichbaren Freiwilligendienstes.

5.2.1.5 Familienversicherung ohne Altersgrenze bei behinderten Kindern

Behinderte Kinder benötigen den Schutz der Familie auch über die vordringenden Altersgrenzen hinweg. Da sie in den meisten Fällen nicht in der Lage sind, selbst für ihren Unterhalt aufzukommen, werden sie lebenslang von ihrer Familie finanziell abhängig sein.

Deshalb wurde bei behinderten Kindern die Altersgrenze für die Familienversicherung aufgehoben. Hierfür sind allerdings drei Voraussetzungen erforderlich, die gleichzeitig erfüllt sein müssen:

§ 10 Abs. 2
Nr. 4 SGB V



1. Es muss eine Behinderung vorliegen.
2. Das behinderte Kind muss außerstande sein, sich selbst zu unterhalten.
3. Familienversicherung als Kind und Behinderung haben zu irgendeinem Zeitpunkt gleichzeitig bestanden oder die Familienversicherung war nur wegen einer Vorrangsversicherung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ausgeschlossen.

Zu 1.

§ 2 Abs. 1
Satz 1 SGB IX

Behinderte Kinder im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V sind Kinder, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Kurzzeitige Beeinträchtigungen unterhalb eines Zeitraums von länger als sechs Monaten stellen keine Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX dar und können somit keine Familienversicherung nach § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V begründen, auch wenn es sich im Einzelfall um erhebliche Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen, der geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit handeln sollte.

Es ist eine vorausschauende Betrachtungsweise angezeigt. Die in § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gebrauchte Bezeichnung „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ weist darauf hin, dass bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen werden kann. Bei der Bestimmung des Zeitraums von länger als sechs Monaten ist vom Eintritt der Behinderung und nicht vom Zeitpunkt

der Feststellung der Behinderung auszugehen. Liegt danach voraussichtlich eine Behinderung von länger als sechs Monaten vor, ist damit eine der Voraussetzungen für die Familienversicherung ohne Altersgrenze erfüllt.

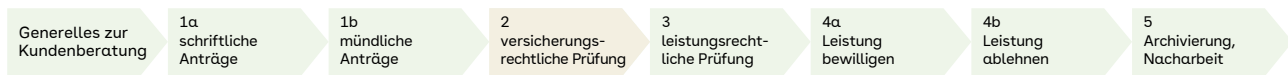
Sollte sich nachträglich herausstellen, dass die Mindestzeit doch nicht erreicht wird, z.B. durch plötzliche, unerwartete Behebung der Behinderung, bleibt die Familienversicherung für die zurückliegende Zeit bestehen. Erst wenn feststeht, dass nicht mehr von einer Behinderung für länger als sechs Monate ausgegangen werden kann, ist eine der Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht mehr gegeben.

Die Voraussetzung des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX gilt auch dann als erfüllt, wenn die Behinderung nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgeht, weil die noch zu erwartende Lebensspanne nicht mehr als sechs Monate beträgt.

Zu 2.

Die Behinderung muss so wesentlich sein, dass sie das Kind außerstande setzt, sich selbst zu unterhalten. Die Behinderung muss daher ursächlich dafür sein, dass das Kind keine bedarfsgerechten Einkünfte erzielen kann.

Ausschlaggebend für die Familienversicherung ist, ob das Kind unter Berücksichtigung seiner Behinderung überhaupt zu einer Arbeit von wirtschaftlichem Wert fähig ist; wenn dies zu bejahen ist, dann sind die Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V nicht gegeben. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn ein Arbeitsplatz mit Rücksicht auf die Behinderung entsprechend gestaltet ist.



BSG-Urteil v.
14. 08. 1984
– AZ: 10 RKg
6/83

Für die Beurteilung, ob ein Kind außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, ist zu prüfen, ob eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit ausgeübt und ob dadurch mehr als nur geringfügige Einkünfte erzielt werden können.

Beispiel

Das 21-jährige Kind Markus Kurz ist behindert. Seine Eltern sind beide Mitglieder der AOK. Trotz seiner Behinderung konnte Markus Kurz eine Ausbildung absolvieren. Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung findet er jedoch keinen Arbeitsplatz.

Frage

Ist eine Familienversicherung möglich?

Lösung

Eine Familienversicherung ist bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres möglich, solange Markus Kurz nicht erwerbstätig ist. Da Markus Kurz dem Grunde nach in der Lage ist, seinen Lebensunterhalt selbst zu bestreiten, aber dies nur deshalb nicht kann, weil er keinen Arbeitsplatz gefunden hat, ist seine Behinderung nicht Ursache für das fehlende Erwerbseinkommen. Eine Familienversicherung über das 23. Lebensjahr ohne Altersgrenze kommt somit nicht in Betracht.

Ebenso sind die Voraussetzungen für die Familienversicherung nicht erfüllt, sofern das Kind bedarfsdeckende Einkünfte erzielt. Da das Überschreiten einer bestimmten Einkommenshöhe die Familienversicherung ausschließt (vgl. Punkt 5.1.5 dieses Lernbriefs), erübrigen sich in einem solchen Fall weitere Feststellungen zur Behinderung.

Dabei stellt sich die Frage, welche Einnahmen des Behinderten zur Erreichung dieses Unterhaltsbedarfs berücksichtigt werden.

Es bietet sich an, von dem Begriff „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ (vgl. Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbands vom 04. 12. 2013 i. d. F. v. 18./19. 06. 2019) auszugehen. Als Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen danach grundsätzlich alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind, nicht jedoch Bezüge aus öffentlichen Mitteln, die gerade wegen eines behinderungsbedingten Mehrbedarfs geleistet werden.

Zu 3.

Die Behinderung muss zu einem Zeitpunkt vorgelegen haben, in dem das Kind familienversichert oder nur wegen einer Vorrangversicherung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (z.B. Waisenrentner) die Familienversicherung ausgeschlossen war. Daraus folgt, dass das Kind in dem Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung

§ 10 Abs. 2
Nr. 4, 2. Halbsatz SGB V

- entweder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
- zwar das 18. aber noch nicht das 23. Lebensjahr vollendet hat und nicht erwerbstätig ist oder
- zwar das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 25. Lebensjahr vollendet hat und sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder ein freiwilliges soziales bzw. ein freiwilliges ökologisches Jahr leistet oder
- zwar das 25. Lebensjahr vollendet hat, aber die Familienversicherung über diesen Zeitpunkt hinaus wegen einer Unterbrechung oder Verzögerung der Schulausbildung durch die Erfüllung des Freiwilligendienstes fortgeführt wird.

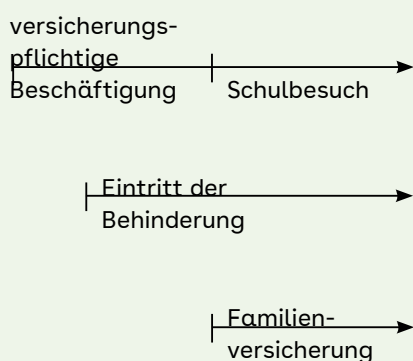


Tritt die Behinderung während eines nachgehenden Leistungsanspruchs (vgl. § 19 Abs. 2 SGB V) ein, sind die Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V nicht erfüllt.

Beispiel

Eintritt der körperlichen Behinderung (Kind ist außerstande, sich selbst zu unterhalten) während eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses. Danach besucht das 24-jährige Kind die Fachoberschule und ist familienversichert.

Folge



Nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses bestehen Familienversicherung und Behinderung nebeneinander. Die Familienversicherung ist über das 25. Lebensjahr ohne Altersgrenze fortzuführen.

Der Tatbestand der Behinderung ist durch Vorlage eines entsprechenden fachärztlichen oder amtsärztlichen Attests der Krankenkasse nachzuweisen. Aus diesem Attest muss Art, Beginn und Dauer der körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung hervorgehen. Hieraus muss klar erkennbar sein, dass die/der Betroffene

aufgrund der Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Anstelle einer ärztlichen Bescheinigung kann auch ein Pflegegutachten einen solchen Nachweis darstellen, sofern dieses die zuvor genannten Kriterien beinhaltet.

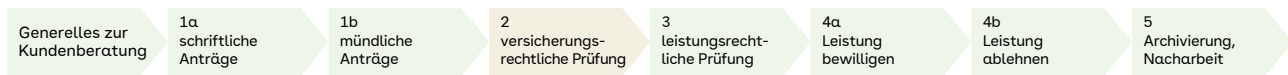
Wenn nach dem ärztlichen Zeugnis davon auszugehen ist, dass die Behinderung zwar länger andauern wird, eine Besserung des Zustands jedoch nicht auszuschließen ist, kann zu gegebener Zeit eine neue Feststellung der Behinderung veranlasst werden. Diese Fragestellung muss die Krankenkasse einzelfallbezogen würdigen. Es bietet sich an, in Zweifelsfragen den Medizinischen Dienst (MD) um eine gutachtliche Stellungnahme zu bitten.

§ 275 Abs. 4 SGB V

Merke

Damit eine Familienversicherung ohne Altersbegrenzung besteht, muss

- das Kind behindert sein,
- das behinderte Kind außerstande sein, sich finanziell selbst zu unterhalten und
- die Behinderung und die Familienversicherung zu einem beliebigen Zeitpunkt einmal nebeneinander bestanden haben oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ausgeschlossen war.



5.2.2 Ausschluss der Familienversicherung für das Kind

Lernbeispiel 3

Maria Mann ist Unternehmerin und privat krankenversichert. Ihr Gesamteinkommen betrug im letzten Jahr 78.000 €. Ihr Ehemann ist Abteilungsleiter mit einem Gesamteinkommen in Höhe von 4.500 € monatlich und Mitglied der AOK. Die Familie Mann bekommt Nachwuchs. Maria Mann wird am 07. 03. 2025 von dem Kind Marcel entbunden. Die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 und 2 SGB V sind erfüllt.

Prüfen Sie ob das gemeinsame Kind Marcel familienversichert ist.

§ 10 Abs. 3 SGB V, § 1589 BGB

Auch wenn alle Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 und 2 SGB V erfüllt sind, sind Kinder nicht familienversichert, wenn

- der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds
- nicht Mitglied einer Krankenkasse ist und
- sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und
- regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds.

Durch das Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragsatzsicherungsgesetz – BSSichG), in Kraft ab 01. 01. 2003, wurde die Jahresarbeitsentgeltgrenze mit Wirkung vom 01. 01. 2003 formal von der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung abgekoppelt und in § 6 Abs. 6 SGB V eine allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze (2025, 73.800 €)

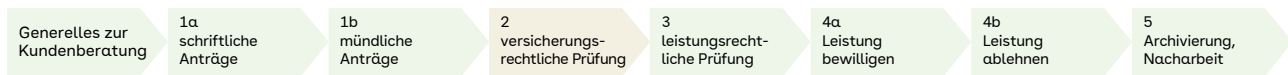
und daneben in § 6 Abs. 7 SGB V für bestimmte privat krankenversicherte Arbeitnehmende eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze (2025, 66.150 €) festgelegt. Beide Jahresarbeitsentgeltgrenzen sind auch künftig bundeseinheitlich und gelten damit jeweils sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer.

Für die Prüfung, ob das monatliche Gesamteinkommen regelmäßig 1/12 der Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt, ist immer die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V anzuwenden (1/12 in 2025 6.150,00 €). Näheres dazu erfahren Sie in der Handlungsempfehlung für AOKs „Durchführung der Familienversicherung im Sinne des § 10 SGB V insbesondere im Kontext von RSA-Prüfungen“ Version 5.1 (Stand Januar 2024) bzw. in den AOK-internen Informationsmedien.

Zum Lernbeispiel 3

Maria Mann ist mit Marcel verwandt und kein Krankenkassenmitglied. Für Maria Mann ist die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze maßgebend. Ihr Gesamteinkommen in Höhe von monatlich 6.500,00 € (78.000 € : 12) liegt über 1/12 der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 6.150,00 € und ist regelmäßig höher als das ihres Ehemanns (4.500 € x 12 = 54.000 €; 54.000 € < 78.000 €). Die Familienversicherung für Marcel ist somit zunächst im Jahr 2025 ausgeschlossen.

Sofern bestimmte Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners durch einen Einkommensteuerbescheid nachgewiesen werden, ist die zum Zeitpunkt der Prüfung des Ausschlussstatbestandes maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legen



und nicht diejenige Jahresarbeitsentgeltgrenze, die zum Zeitpunkt der Ausstellung des Einkommensteuerbescheides oder des steuerrechtlichen Veranlagungsjahres galt.

GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.7

Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei der Feststellung des Gesamteinkommens im Rahmen des § 10 Abs. 3 SGB V einkommensmindernd zu berücksichtigen sind. Obwohl diese Zuschläge ursprünglich nur für die Beurteilung der Versicherungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 2. Halbsatz SGB V vom Arbeitsentgelt abgezogen werden, sollen diese Zuschläge auch bei der Beurteilung des Ausschlussstatbestands in der Familienversicherung unberücksichtigt bleiben.

Fami-Meldegrundsätze v.
02. 12. 2015
i. d . F. v.
22. 06. 2022

Damit derartige Zuschläge bei der Feststellung der Familienversicherung von den Krankenkassen einkommensmindernd berücksichtigt werden können, hat der GKV-Spitzenverband beschlossen, das Mitglied im Fragebogen zur Aufnahme in die Familienversicherung und zur Bestandspflege, vgl. Punkt 4.1 dieses Lernbriefs, darauf hinzuweisen, dass das Gesamteinkommen um derartige familienbezogene Entgeltbestandteile zu kürzen ist.

Entscheidend für die Berücksichtigung von Einkommen im Rahmen des § 10 Abs. 3 SGB V ist damit, dass dieses Einkommen nach seinem Charakter einer der in § 2 Abs. 1 Nr. 1 - 7 EStG genannten Einkunftsarten entspricht. Hier gelten die gleichen Abzugsbeträge, die im Sinne des § 2 Abs. 2 EStG vorgesehen sind. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um den Werbungskosten-Pauschbetrag für Arbeitnehmer nach § 9a Satz 1 Nr. 1 EStG sowie den Sparer-Pauschbetrag nach § 20 Abs. 9 EStG.

Eine Prüfung des Ausschlussstatbestands ist nicht vorzunehmen, wenn

- die Eltern geschieden sind,
- die Eltern des Kindes nicht miteinander verheiratet sind oder
- der nicht gesetzlich Versicherte der Stiefvater bzw. die Stiefmutter ist und somit keine Verwandtschaft mit dem Kind vorliegt.

Beispiel

Peter Zack, Architekt, privat krankenversichert, hat ein Gesamteinkommen in Höhe von jährlich 77.000 €. Peter Zack ist zum zweiten Mal verheiratet.

Seine Ehefrau ist versicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied der AOK. Sie hat die Tochter Tamara mit in die Ehe gebracht. Ihr monatliches Gesamteinkommen beträgt 2.000 €. Die Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 und 2 SGB V sind für Tamara erfüllt.

Frage

Ist die Familienversicherung für Tamara ausgeschlossen?

Lösung

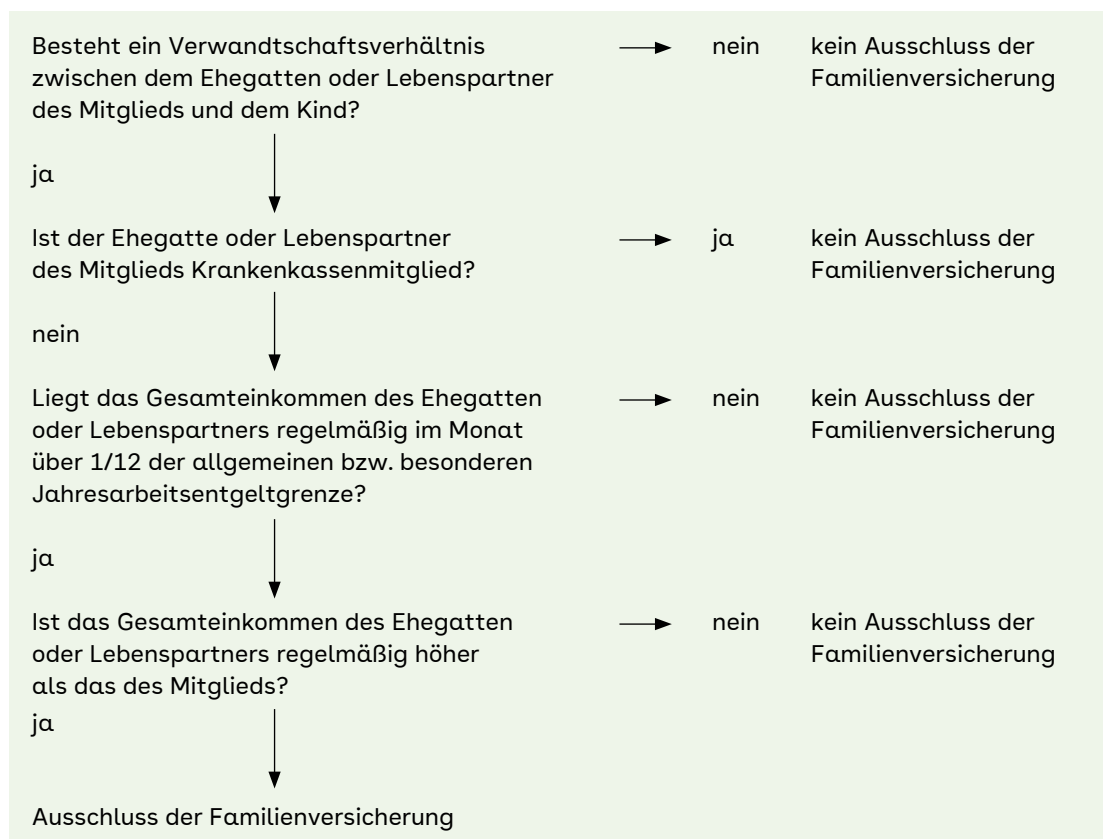
Die Familienversicherung ist nicht ausgeschlossen. § 10 Abs. 3 SGB V greift nicht, da Peter Zack als Stiefvater nicht mit Tamara verwandt, sondern verschwägert ist.

Merke

Ein Ausschluss der Familienversicherung tritt nur ein, wenn alle im § 10 Abs. 3 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt sind.



Ausschlussvoraussetzungen der Familienversicherung für das Kind nach § 10 Abs. 3 SGB V



5.3 Überwiegender Unterhalt

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 10 Abs. 4
Satz 1 SGB V

Wie zuvor beschrieben, gehören auch Stiefkinder und Enkel zum familienversicherten Personenkreis. Das ist jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Bei diesen beiden Personengruppen wird für die Familienversicherung neben den sonstigen Voraussetzungen des § 10 SGB V gefordert, dass sie vom Mitglied überwiegend unterhalten werden.

Die Feststellung des überwiegenden Unterhalts als weitere Voraussetzung der Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern wurde bislang in den Richtlinien für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder (§ 10 Abs. 4 SGB V) der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 8. November 2005 beschrieben.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG – wird das Merkmal des „überwiegenden Unterhalts“ als weitere Voraussetzung für die Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern ab dem 11. 05. 2019 durch das alternative Kriterium der Aufnahme des Stief- oder Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds ergänzt.

Diese Rechtsänderung sowie die infolgedessen veränderten Anforderungen an die Feststellung des überwiegenden Unterhalts sind zur Sicherung einer einheitlichen Rechtsanwendung durch die Krankenkassen in den vorliegenden Grundsätzlichen Hinweisen zur Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder mit empfehlendem Charakter für die Krankenkassen beschrieben.

Grundsätzliche Hinweise zur HHA sowie überw. UH v. 29. 09. 2022

Diese Grundsätzlichen Hinweise ersetzen hinsichtlich der Feststellung des überwiegenden Unterhalts die Richtlinien der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 08. 11. 2005. Hiernach ist vom 11. 05. 2019 an zu verfahren. Dies gilt sowohl in den Fällen der erstmaligen Aufnahme in die Familienversicherung als auch in den Fällen der Überprüfung der Familienversicherung (Bestandspflege) für Zeiträume ab 11. 05. 2019. Hinsichtlich der Feststellung des überwiegenden Unterhalts für Zeiträume vor dem 11. 05. 2019 ist auf die Richtlinien vom 08. 11. 2005 zurückzugreifen.

Eine Aufnahme des Stief- oder Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds liegt vor, wenn eine auf längere Dauer angelegte häusliche Gemeinschaft zwischen dem Mitglied und dem Stief- bzw. Enkelkind besteht. Wesentlich für die Haushaltsaufnahme ist aber auch, dass das Kind innerhalb der Familiengemeinschaft versorgt und betreut wird.

Eine Haushaltsaufnahme liegt auch dann noch vor, wenn das Stief- oder Enkelkind zu Studienzwecken eine Wohnung am Studienort unterhält, sofern Anhaltspunkte vorliegen, dass das Kind weiterhin in die Familiengemeinschaft eingebunden ist. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn das Studium vom Mitglied finanziert wird und das Kind im Rahmen der Möglichkeiten mehr oder minder regelmäßig in den Haushalt des Mitglieds zurückkehrt.

Ist die Haushaltsaufnahme gegeben, kann eine Familienversicherung durchgeführt werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen nach § 10 SGB V erfüllt sind. Zur Feststellung der Voraussetzung der Haushaltsaufnahme kann ein Fragebogen entsprechend dem Muster auf der folgenden Seite verwendet werden. Näheres zum Thema finden Sie in den „Grundsätzlichen Hinweisen zur Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts i. R. der Familienversicherung für Stief- und Enkelkinder“ vom 12. 06. 2019.

§ 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Muster eines Fragebogens zur Feststellung der Haushaltsaufnahme oder des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern

Persönliche Angaben des Mitglieds

Name, Vorname	KV-Nummer

Für mein ☐ Stiefkind ☐ Enkelkind

Name, Vorname	Geburtsdatum	KV-Nummer

soll eine Familienversicherung durchgeführt werden.

Die Familienversicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung für Stief- und Enkelkinder setzt unter anderem voraus, dass sie entweder vom Mitglied in seinen Haushalt aufgenommen worden sind oder von ihm überwiegend unterhalten werden (§ 10 Absatz 4 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V). Die folgenden Fragen dienen zur Feststellung dieser Voraussetzungen. Die Angaben sind erforderlich ab _____ (TT.MM.JJJJ).

A Angaben zur Haushaltsaufnahme

Mein Stief-/Enkelkind lebt im Rahmen einer auf längere Dauer angelegten

häuslichen Gemeinschaft in meinem Haushalt:

☐ Ja

☐ Nein

Mein Stief-/Enkelkind wird von mir versorgt und betreut:

☐ Ja

☐ Nein

Zusatzangabe bei zusätzlicher, auswärtiger Unterkunft am Ausbildungs-/Studienort:

- Eine Einbindung in die häusliche Gemeinschaft liegt weiterhin vor: ☐ Ja

☐ Nein

B Angaben zum überwiegenden Unterhalt (nur bei fehlender Haushaltsaufnahme erforderlich)

Ich leiste regelmäßig Unterhalt in Form von Geld-/Sachleistungen:

☐ Ja

☐ Nein

Art der Leistung	Monatlicher Betrag
	€
	€

(geeignete Nachweise, z. B. Kontoauszüge, sind beizufügen)

Generalklausel zur Mitteilungspflicht bei Änderung der Verhältnisse sowie zum Datenschutz

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------



Beispiel

Familie Plotter besteht aus drei Personen. Herbert Plotter ist sozialversicherungspflichtiges Mitglied der AOK Nordost. Seine Ehefrau Marlies Plotter arbeitet nicht und ist familienversichert bei Herrn Plotter. Ihre Tochter Lena ist 14 Jahre, lebt im Haushalt der Plotters und geht zur Schule. Lena ist die leibliche Tochter von Marlies und das Stiefkind von Herbert Plotter.

Frage

Ist eine Familienversicherung bei Herbert Plotter möglich?

Lösung

Eine Familienversicherung für Lena über Ihren Stiefvater Herbert Plotter ist möglich. Sie lebt mit ihm in einer auf Dauer angelegten häuslichen Gemeinschaft und wird von ihm versorgt und betreut.

Ist die Haushaltsaufnahme (nach Teil A des Fragebogens) nicht gegeben, ist der überwiegende Unterhalt (nach Teil B des Fragebogens) zu prüfen.

Leben Stief- und Enkelkinder, deren überwiegender Unterhalt festzustellen ist, vom Mitglied getrennt, so ist der überwiegende Unterhalt nur dann gewährt, wenn das Mitglied mehr als die Hälfte des Unterhaltsbedarfs des jeweiligen Stief- oder Enkelkindes trägt.

Da sich die Unterhaltungspflicht für Kinder im besonderen Maße auf Minderjährige erstreckt, wird es für sachgerecht erachtet, den Unterhaltsbedarf des Kindes auf der Grundlage des § 1612a BGB (Mindestunterhalt) zu ermitteln.

Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) legt den Mindestunterhalt alle zwei Jahre durch Rechtsverordnung (sog. Mindestunterhaltsverordnung), die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, fest.

Der Mindestunterhalt beträgt ab dem 01. 01. 2025 monatlich entsprechend dem Alter des Kindes:

Altersstufe		Mtl. Mindestunterhalt
1.	(0 bis 5 Jahre)	482,00 €
2.	(6 bis 11 Jahre)	554,00 €
3.	(12 bis 17 Jahre)	649,00 €
4.	(ab 18 Jahre)	693,00 €

Das Mitglied hat ein von ihm getrennt-lebendes Stief- oder Enkelkind dann überwiegend unterhalten, wenn es mehr als die Hälfte von dessen Mindestunterhalt aus seinem Einkommen zugunsten des Kindes aufgebracht hat. Ob das Stief- oder Enkelkind selbst über Einkünfte verfügt oder ihm solche einschließlich etwaiger Unterhaltsleistungen von anderer Seite zur Verfügung stehen, ist für die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Sinne der Voraussetzungen der Familienversicherung nicht relevant.

Beispiel

Frank (17 Jahre) ist Stiefkind von Andrea Müller (Mitglied der AOK). Er lebt nicht im Haushalt des Mitglieds, sondern im eigenen Haushalt. Seine Schulausbildung wird durch BAföG-Leistungen gefördert. Andrea leistet regelmäßige Zahlungen in Höhe von mtl. 350,00 €.



6 Beginn, Ende und Wegfall der Versicherung

Frage

Ist die Familienversicherung von Frank über seine Stiefmutter Andrea möglich?

Lösung

Da Frank einen eigenen Haushalt führt und nicht mehr in die häusliche Gemeinschaft eingebunden ist, ist die Haushaltsaufnahme nicht gegeben. Der Mindestunterhalt des Stiefkindes im Jahr 2025 beträgt mtl. 649,00 €. Da Andrea mehr als die Hälfte des Mindestunterhalts (324,50 €) aufbringt, unterhält sie Frank überwiegend. Eine Familienversicherung von Frank ist daher – unter Berücksichtigung der weiteren Voraussetzungen – möglich.

6.1 Beginn

Die Familienversicherung ist an das Mitgliedschaftsverhältnis des Mitglieds gebunden. Sie tritt mit dem Tag ein, an dem die gesetzlichen Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllt sind. Sofern diese bereits am Tag des Beginns der Mitgliedschaft bei der vom Mitglied gewählten Krankenkasse erfüllt sind, beginnt sie mit diesem Tag. Ein nachgehender Leistungsanspruch aus einer vorherigen Pflichtmitgliedschaft des Familienangehörigen verdrängt die Familienversicherung nicht.

Bei Geburt eines Kinds beginnt die Familienversicherung mit dem Tag der Geburt, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Der Beginn der Familienversicherung von Kindern familienversicherter Kinder hängt sowohl von der Mitgliedschaft des Stammversicherten als auch von der Familienversicherung des Elternteils ab (doppelte Anspruchsträgerschaft). Die Familienversicherung für das Kind eines familienversicherter Kindes kann somit frühestes ab dem Zeitpunkt beginnen, ab dem das familienversicherte Kind familienversichert ist.

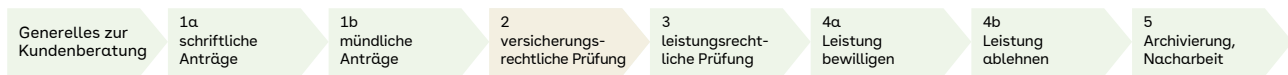
Im Gegensatz zum Enkel ist bei einer Familienversicherung des Kindeskindes eine Prüfung des überwiegenden Unterhalts nicht notwendig. Kindeskindern sind die Kinder der familienversicherter Kinder.

Die gesetzliche Regelung der Familienversicherung von Kindern eines familienversicherter Kindes schreibt zwar ausdrücklich nicht vor, dass die Familienversicherung bei der Krankenkasse durchzuführen ist, bei der ein Elternteil familienversichert ist. Der

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 6 Familien-
Meldegrundsätze, § 19
Abs. 2 Satz 2
SGB V

BE v.
16. 03. 2005



Gesetzgeber ist aber erkennbar davon ausgegangen, dass die Versicherungsverhältnisse bei der gleichen Krankenkasse bestehen. Hierfür spricht die Gesetzesbegründung, in der es heißt: „Durch die Änderung wird die vom Mitglied abgeleitete Familienversicherung auf die Kinder des familienversicherten Elternteils erweitert. Die Neuregelung schafft Rechtseinheit und Rechtsklarheit und führt zu einer einheitlichen Familienversicherung von Kindesmutter und Kind“.

BE v.
08. 11. 2005

Auch die Spitzenverbände der Krankenkassen sind von einer solchen Einheitlichkeit ausgegangen. Die Familienversicherung dieser Kinder zur Mitgliedschaft des Stammversicherten sowie die daraus abgeleitete Familienversicherung des Elternteils ist streng akzessorisch.

Wahlrecht bei Mehrfachansprüchen

Lernbeispiel 4

Werner Brösel ist als Arbeitnehmer versicherungspflichtig beschäftigt und ab 01. 01. 2025 Mitglied der AOK Sachsen-Anhalt. Seine Ehefrau ist Mitglied der AOK NordWest. Dort ist auch der gemeinsame Sohn Michael familienversichert. Werner Brösel möchte, dass Michael ab 01. 01. 2025 bei seiner AOK familienversichert wird. Die Voraussetzungen nach § 10 SGB V sind mehrfach erfüllt.

Stellen Sie fest, ob eine Familienversicherung bei der AOK Sachsen-Anhalt möglich ist, ggf. ab wann.

§ 10 Abs. 5
SGB V

Wenn die Voraussetzungen für die Familienversicherung mehrfach erfüllt sind, haben die Mitglieder ein Wahlrecht. Das ist gegeben, wenn

beide Mitglieder, über die eine Familienversicherung hergeleitet werden kann, bei verschiedenen Krankenkassen versichert sind. Mehrfach erfüllt sind die Voraussetzungen auch dann, wenn beide Mitglieder bei derselben Krankenkasse versichert sind. Für die familienversicherten Angehörigen gilt die Wahlentscheidung eines Mitglieds. Sie selbst können also kein Wahlrecht ausüben.

§ 173 Abs. 6
SGB V

In solchen Fällen müssen die beteiligten Krankenkassen ihre Mitglieder auf die Wahlmöglichkeit aufmerksam machen und klären, welche Krankenkasse die Familienversicherung durchführen soll. Dass dabei Abgrenzungsfragen auftauchen können, ist nicht von der Hand zu weisen. Deshalb haben die Spitzenverbände der Krankenkassen am 28. 09. 1993 das „Einheitliche Meldeverfahren zur Durchführung der Familienversicherung“ (Fami-Meldeverfahren) beschlossen, welches ab 01. 01. 2012 als Fami-Meldeggrundsätze modifiziert und zuletzt am 22. 06. 2022 geändert wurde und für alle Krankenkassen verbindlich ist. Ziele sind:

- die Ausübung des Wahlrechts des Mitglieds bei mehrfach begründbaren Familienversicherungen (§ 10 Abs. 5 SGB V) nach einheitlichen und verbindlichen Kriterien sicherzustellen,
- die vollständige Erfassung der Familienversicherten für den Risikostrukturausgleich (§ 266 ff. SGB V) zu sichern und in diesem Zusammenhang,
- das Versichertenverzeichnis der einzelnen Krankenkasse (§§ 288 und 289 SGB V) zeitnah zu aktualisieren,
- die Rückgabe der Krankenversicherungskarte bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei Wechsel der Krankenkasse (§ 291 Abs. 4 SGB V) zu gewährleisten sowie die



für die Vergabe der Krankenversichertennummer (§ 290 SGB V) zur Identifikation des Versicherten notwendigen Angaben zu erhalten.

§ 8 Abs. 1
Fami-Meldegrundsätze

Gewöhnlich werden die Wahlrechte mit Beginn einer neuen Mitgliedschaft ausgeübt. Dann beginnt auch die Familienversicherung für die zu versichernden Angehörigen mit dem Tag, an dem die Mitgliedschaft beginnt, es sei denn, die Voraussetzungen des § 10 SGB V wären zu diesem Zeitpunkt noch nicht erfüllt.

Beispiel

Silke Kopper ist seit 01. 07. Mitglied der AOK. Vor dem 01. 07. war sie bei einer BKK als Mitglied versichert. Ihr dreijähriger Sohn Kevin war bisher über sie bei der BKK familienversichert. Ihr Ehemann Andreas Kopper ist seit Jahren Mitglied der IKK. Die Voraussetzungen des § 10 SGB V sind mehrfach erfüllt. Silke Kopper wählt für die Familienversicherung ihres Sohns Kevin ab 01. 07. die AOK.

Folge

Die Familienversicherung für Kevin beginnt bei der AOK am 01. 07.

Zum Lernbeispiel 4

Werner Brösel übt wegen des Beginns seiner Mitgliedschaft bei der AOK Sachsen-Anhalt das Wahlrecht aus. Die Voraussetzungen für die Familienversicherung nach § 10 SGB V sind beim Kind Michael mehrfach erfüllt. Das Kind Michael ist somit über seinen Vater ab 01. 01. 2025 bei der AOK Sachsen-Anhalt familienversichert.

Sollte das AOK-Mitglied während seiner Mitgliedschaft zu irgendeinem Zeitpunkt wählen, dass ein/e bisher bei einer anderen Krankenkasse familienversicherte/r Angehörige/r nun bei der AOK familienversichert sein soll, so ist dies ebenfalls möglich. In diesem Fall beginnt die Familienversicherung mit dem Tag, an dem die Wahlerklärung bei der AOK eingeht.

§ 8 Abs. 2
Fami-Meldegrundsätze

Abwandlung des letzten Beispiels

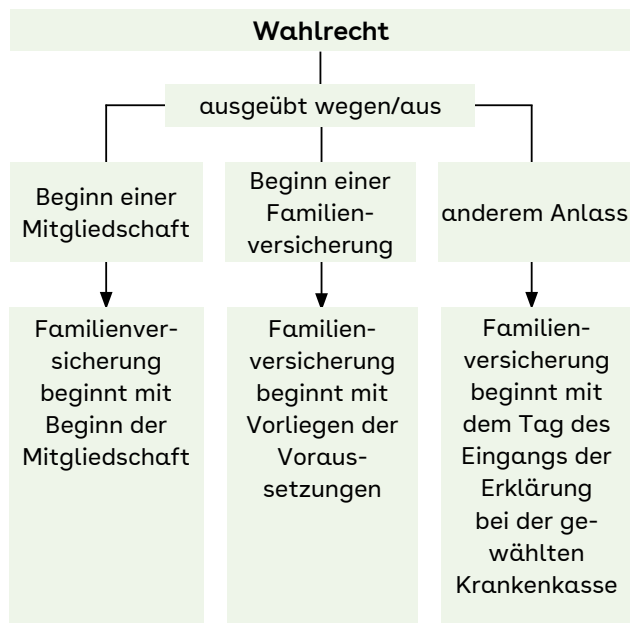
Kevin Kopper war nicht über seine Mutter Silke Kopper familienversichert, sondern seit Jahren über seinen Vater Andreas Kopper bei der IKK. Am 14. 10. kommt Silke Kopper zu Ihnen in die AOK-Geschäftsstelle, um sich über die Voraussetzungen für die Leistung Haushaltshilfe beraten zu lassen. Anlässlich dieses Gesprächs gelingt es Ihnen, Silke Kopper von der Familienversicherung ihres Sohns Kevin bei der AOK zu überzeugen. Silke Kopper wählt daraufhin die Familienversicherung für Kevin bei der AOK.

Folge

Die Familienversicherung von Kevin Kopper beginnt am Tag des Eingangs der Wahlerklärung bei der AOK, und zwar am 14. 10.



Beginn der Familienversicherung bei Ausübung des Wahlrechts



§ 8 Abs. 3
Fami-Melde-
grundsätze

Das einmal ausgeübte Wahlrecht hat grundsätzlich so lange Bestand, wie das Mitglied bei der gewählten Krankenkasse versichert ist. Sind die Voraussetzungen der Familienversicherung mehrfach erfüllt, muss das Mitglied die Krankenkasse des Familienangehörigen wählen. Erfolgt keine Krankenkassenwahl des Mitgliedes für seinen Familienangehörigen nach § 10 Abs. 5 SGB V, dann wird die Familienversicherung bei der Krankenkasse des anderen Mitglieds, aus dessen Mitgliedschaft ebenfalls die Familienversicherung hergestellt werden kann, durchgeführt. Die Familienversicherung beginnt am Tag nach der Beendigung der Familienversicherung bei der bisherigen Krankenkasse.

Beispiel

Lothar Kunze ist seit Jahren Mitglied der DAK. Sein zehnjähriger Sohn Bastian ist dort familienversichert. Seine Ehefrau Gabriele ist selbst krankenversichert, und zwar bei der AOK. Die Voraussetzungen des § 10 SGB V sind mehrfach erfüllt. Lothar Kunze hat ab 01. 12. 2024 einen neuen Arbeitgeber. Er übt sein Wahlrecht aus, kündigt seine Mitgliedschaft bei der DAK und wird ab 01. 03. 2025 Mitglied einer BKK. Für die Familienversicherung wählt er die BKK allerdings nicht.

Folge

Die Familienversicherung von Bastian Kunze wird ab 01. 03. 2025 von der AOK durchgeführt.

Für den Fall, dass das Wahlrecht bei Krankenkassenwechsel des Mitglieds nicht ausgeübt wird und sich die Krankenkassenzuständigkeit für die bisher familienversicherten Angehörigen ändert, geschieht dies allerdings nicht ganz automatisch. Es ist erforderlich, dass die neue Krankenkasse die Daten zur Durchführung der Familienversicherung erhält, vgl. Punkt 7.1 dieses Lernbriefs.

Merke

Wird das Wahlrecht für den Familienangehörigen zu Beginn einer Mitgliedschaft ausgeübt, beginnt die Familienversicherung mit Beginn der Mitgliedschaft. Andernfalls beginnt sie mit dem Tag des Eingangs der Erklärung bei der gewählten Krankenkasse, sofern die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind.



6.2 Kündigung des privaten Krankenversicherungsvertrags

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

Im Lernbrief zum Thema „Meldungen der Firmenkunden prüfen und Fehlermeldungen bearbeiten“ haben Sie erfahren, dass ein bisher krankenversicherungsfreier Arbeitnehmer, der privat krankenversichert war und bei dem wegen Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze Versicherungspflicht in der Krankenversicherung eintritt, seinen PKV-Vertrag außerordentlich kündigen kann.

§ 205 Abs. 2
VVG

Dieses Recht auf vorzeitige Kündigung des Versicherungsvertrags besteht auch, wenn eine Familienversicherung nach § 10 SGB V begründet wird. Eine rückwirkende Kündigung ist jedoch nur möglich, wenn der Versicherungsvertrag innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Familienversicherung gekündigt wird. Später kann der Versicherungsvertrag zum Ende des Monats gekündigt werden, in dem der PKV der Eintritt der Familienversicherung nachgewiesen wird. Der Beginn der Familienversicherung ist dem privaten Krankenversicherungsunternehmen durch eine Bescheinigung der zuständigen Krankenkasse nachzuweisen.

Beispiel

Svenja Zagallo ist Schülerin der 13. Klasse. Ihre Eltern und sie sind privat krankenversichert. Am 27. 09. heiratet sie den Rechtsanwalt Klaus Berger. Klaus Berger ist freiwilliges Mitglied der AOK. Die Voraussetzungen des § 10 SGB V werden von Svenja Zagallo erfüllt.

Frage

Welche Möglichkeit ergibt sich für Svenja Zagallo hinsichtlich ihrer Krankenversicherung?

Lösung

Svenja Zagallo kann ab 27. 09. über ihren Ehemann Klaus Berger bei der AOK familienversichert werden. Der PKV-Vertrag kann außerordentlich zum Tag vor Eintritt der Familienversicherung (26. 09.) innerhalb von drei Monaten gekündigt werden. Svenja Zagallo weist dem privaten Krankenversicherungsunternehmen die Familienversicherung durch eine Bescheinigung der AOK nach.

6.3 Ende und Wegfall

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

Die Familienversicherung endet kraft Gesetzes mit Ablauf des Tages, an dem ihre Voraussetzungen wegfallen. Die Familienversicherung endet danach

- mit dem Ende der Mitgliedschaft des Mitglieds,
- 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 Ausschlusstatbestand des § 10 Abs. 3 SGB V eintritt,
- der überwiegende Unterhalt nach § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V nicht mehr gegeben ist oder
- mit dem Tod.



BSG-Urteil v. 07. 12. 2000 – AZ: B10 KR 3/99 R

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist anerkannt, dass das Fehlen der Voraussetzungen der Familienversicherung auch rückwirkend festgestellt werden kann. Sie endet demgemäß auch rückwirkend, wenn dieser Wegfall der Krankenkasse erst zu einem späteren Zeitpunkt bekannt gegeben wird.

BE v. 27. 09. 2007

Die Krankenkassen sind selbst in den Fällen, in denen sie aufgrund von eigenen Ermittlungen (z.B. bei der Prüfung der Regelmäßigkeit der Einkünfte im Sinne des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 oder § 10 Abs. 3 SGB V) beurteilen müssen, ob die Voraussetzungen der Familienversicherung (noch) vorliegen, für berechtigt angesehen worden, das Fehlen der Voraussetzungen rückwirkend festzustellen. Ein besonderer Vertrauensschutz des Versicherten in den Fortbestand der beitragsfreien Familienversicherung bei Wegfall (einer) ihrer Voraussetzungen besteht nicht. Denn auf Vertrauen kann sich die versicherte Person – selbst unter Beachtung verwaltungsverfahrensrechtlicher Grundsätze – nicht berufen, soweit sie nach der erstmaligen Feststellung der Familienversicherung z.B. Einkommen erzielt hat, das zum Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen führt oder sie seiner von Gesetzes wegen vorgeschriebenen Pflicht zur Mitteilung wesentlicher Änderungen der Verhältnisse nicht nachgekommen ist.

§ 206 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Danach hat diejenige, die als versicherte Person in Betracht kommt, der Krankenkasse alle für die Feststellung der Versicherung erforderlichen Tatsachen sowie Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherung erheblich sind, unverzüglich bekannt zu geben.

Beispiel

Erna Groß ist über ihren Ehemann bei der AOK familienversichert. Sie bezieht regelmäßige Kapitaleinkünfte in Höhe von 3.000 € jährlich (250 € monatlich). Durch Kapitalzufluss ab 01. 09. 2024 ist künftig ein regelmäßiges Gesamteinkommen oberhalb der Einkommensgrenze des § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V zu erwarten. Die Einkommensänderung wird erst bei der nächsten turnusmäßigen Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung im März 2025 angezeigt.

Folge

Am 01. 09. 2024 ist eine wesentliche Änderung der tatsächlichen (Einkommens-) Verhältnisse eingetreten. Die Änderung war mitteilungspflichtig. Die Familienversicherung ist rückwirkend zum 31. 08. 2024 zu beenden. Dem aus der Familienversicherung ausscheidenden Ehegatten ist ein Beitrittsrecht nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V einzuräumen (vgl. Punkt 6.4 dieses Lernbriefs).

Bei der Feststellung des Gesamteinkommens von selbstständig Tätigen im Bereich der Familienversicherung ist eine Übernahme der Grundsätze zur Heranziehung des (Arbeits-)Einkommens selbstständiger Personen, so wie sie im Bereich der Beitrags-einstufung von freiwillig krankenversicherten hauptberuflich Selbstständigen praktiziert wird, geboten. Das bedeutet, dass die Krankenkassen zur Bestimmung des Arbeitseinkommens aus der selbstständigen Tätigkeit grundsätzlich auf den letzten aktuellen Einkommensteuerbescheid zurückgreifen.

BE v. 27. 09. 2007

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



GR v.
29. 09. 2022,
Ziff. 2.8

Dem Einkommensteuerbescheid ist generell vom Beginn des auf seine Ausstellung (Bescheiddatum) folgenden Monats entscheidungsrelevante Bedeutung beizumessen.

BE v.
27. 09. 2007

Die vorstehenden Grundsätze zum Ende der Familienversicherung gelten auch bei der Prüfung des Ausschlusses der Familienversicherung von Kindern nach § 10 Abs. 3 SGB V (vgl. Punkt 5.2.2 dieses Lernbriefs).

Dies gilt insbesondere, wenn erst mit Einreichung des Einkommensteuerbescheids die Prüfung zum Ausschlussstatbestand angestoßen werden kann.

Sofern bestimmte Einnahmen der Eheleute oder Lebenspartner durch einen Einkommensteuerbescheid nachgewiesen werden, ist die zum Zeitpunkt der Prüfung des Ausschlussstatbestandes maßgebliche Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) zugrunde zu legen und nicht diejenige Jahresarbeitsentgeltgrenze, die zum Zeitpunkt der Ausstellung des Einkommensteuerbescheides oder des steuerrechtlichen Veranlagungsjahres galt. Dies gilt nicht bei verspäteter Einreichung des Einkommenssteuerbescheids.

Beispiel

Ehegatte ist seit Jahren selbstständig und Nicht-GKV-Mitglied. Aktueller Einkommensteuerbescheid wurde im Mai 2025 ausgestellt und gibt ein Gesamteinkommen über der JAEG an.

a) Unabhängig vom Zeitpunkt der nächsten regulären Bestandspflege: Der Einkommensteuerbescheid wird zeitnah sofort nach der Erstellung im Mai 2025 eingereicht.

Folge

Der Einkommensteuerbescheid gilt ab dem 01. 06. 2025 und überschreitet die JAEG für 2025. Die Familienversicherung ist daher mit dem 31. 05. 2025 zu beenden.

b) Die nächste reguläre Bestandspflege ist im November 2025. Der Einkommensteuerbescheid wird erst zusammen mit dem Bestandspflegebogen im November 2025 eingereicht.

Folge

Der Einkommensteuerbescheid gilt ab dem 01. 06. 2025 und überschreitet die JAEG für 2025. Die Familienversicherung ist rückwirkend mit dem 31. 05. 2025 zu beenden.

c) Die nächste reguläre Bestandspflege ist im Februar 2026. Der Einkommensteuerbescheid wird erst zusammen mit dem Bestandspflegebogen im Februar 2026 eingereicht.

Folge

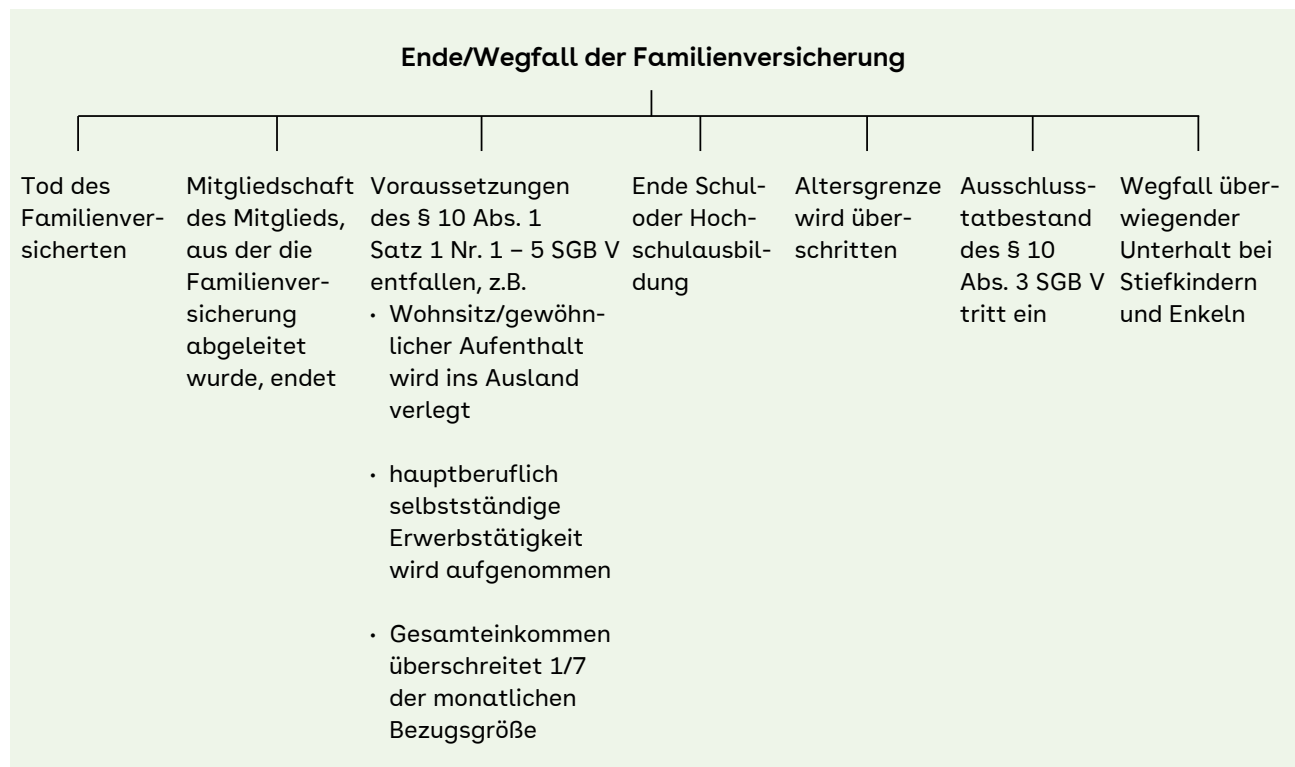
Der Einkommensteuerbescheid gilt ab dem 01. 06. 2025 und überschreitet die JAEG für 2025. Die Familienversicherung ist rückwirkend mit dem 31. 05. 2025 zu beenden. Wenn die JAEG für 2026 mit demselben Einkommensteuerbescheid aber nicht mehr überschritten wird, kann mit dem Versicherten gleich ein neuer Feststellungsbogen ab dem 01. 01. 2026 aufgenommen werden.

Auch in den Fällen a) und b) ist es möglich, dass das bisher zu hohe Entgelt ab dem Folgejahr wieder unter der JAEG liegt. Dann ist eine Familienversicherung auf Antrag ab dem 01. 01. 2026 wieder möglich.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Personen, deren Familienversicherung endet, weil z.B. durch Zusammenrechnen von mehreren geringfügig entlohnten Beschäftigungen keine Versicherungsfreiheit mehr besteht, werden aufgrund des § 8 Abs. 2 Satz 3 SGB IV erst mit dem Tag der Bekanntgabe der Feststellung durch die Einzugsstelle oder durch einen Rentenversicherungsträger als Arbeitnehmende versicherungspflichtig.

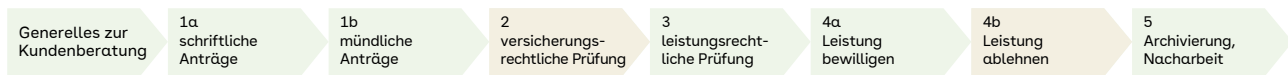


BE v.
16. 03. 2005

Das Ende der Familienversicherung eines Kindes von familienversicherten Kindern hängt darüber hinaus auch von dem Ende der Familienversicherung des Elternteils ab. Endet die Familienversicherung des Elternteils, z.B. wegen Erreichens der Altersgrenze nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 oder Nr. 3 SGB V, endet auch die abgeleitete Familienversicherung des Kindes.

Hinweis

Personen, deren Familienversicherung endet oder ausgeschlossen ist, haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts (vgl. Punkt 6.4 dieses Lernbriefs).



6.4 Freiwillige Versicherung nach Ende bzw. Ausschluss der Familienversicherung

2 versicherungsrechtliche Prüfung

4b Leistung ablehnen

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Im Lernbrief zum Thema „Freiwillig Versicherte beraten“ erfahren Sie, dass Personen, deren Familienversicherung nach § 10 SGB V erlischt oder aufgrund der Ausschlussregelung nach § 10 Abs. 3 SGB V nicht weiter besteht, das Recht zum freiwilligen Beitritt haben.

Fallen die Voraussetzungen für die beitragsfreie Familienversicherung für eine Person weg oder besteht ein Ausschlussstatbestand gemäß § 10 Abs. 3 SGB V, muss der/die (bisher familienversicherte) Angehörige seinen/ihren Kranken- und Pflegeversicherungsschutz anderweitig sicherstellen. Für diese Personen ist ab dem Folgetag nach dem Ende der Familienversicherung die obligatorische Anschlussversicherung (OAV) zu prüfen.

Die rechtlichen Grundlagen für den freiwilligen Beitritt sind ausführlich im Lernbrief zum Thema „Freiwillig Versicherte beraten“ dargestellt. Deshalb gehen wir in diesem Lernbrief hierauf nicht gesondert ein.

6.5 Übungen zum Lernabschnitt 6

Übung 5

Sachverhalt

Heinz Lohn ist Student an der Humboldt-Universität Berlin. Seine Eltern wohnen in Hannover. Sein Vater arbeitet in Halle und ist Mitglied der AOK Sachsen-Anhalt. Seine Mutter arbeitet in Hannover und ist Mitglied der AOK Niedersachsen. Die Voraussetzungen des § 10 SGB V sind mehrfach erfüllt. Da Heinz Lohn jedoch in Berlin eine Studentenwohnung unterhält, wäre er lieber bei der AOK Nordost versichert.

Hinweis

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

Aufgabe

Klären Sie die Rechtslage.

Übung 6

Sachverhalt

Albert Eisenstein ist über seine Mutter Corinna Eisenstein bei der BKK Hammer & Zange familienversichert. Der Ehemann von Corinna Eisenstein ist Mitglied der AOK. Die Voraussetzungen für die Familienversicherung sind mehrfach erfüllt. Am 01. 07. 2025 nimmt Corinna Eisenstein eine neue Beschäftigung auf und wählt ab 01. 07. 2025 die IKK für ihre Mitgliedschaft. Ihr bisheriges Beschäftigungsverhältnis endet am 30. 06. 2025. Die Mitgliedschaft bei der BKK Hammer & Zange hat sie fristgerecht zum 30. 06. 2025 gekündigt. Für die Familienversicherung wählt Corinna Eisenstein die IKK nicht.



7 Meldeverfahren

Hinweis

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

Aufgabe

Welche Krankenkasse führt ab 01. 07. 2025 die Familienversicherung von Albert Eisenstein durch?

Übung 7

Sachverhalt

Ilse Müller ist über ihren Ehemann Heinz Müller bei der AOK familienversichert. Sie bezieht eine Mieteinnahme in Höhe von monatlich 350 €. Ab 01. 09. 2025 erhöht sich die monatliche Mieteinnahme und damit ihr Gesamteinkommen auf 600 €. Die Familienversicherung endet somit bei der AOK am 31. 08. 2025.

Hinweis

Es genügt der Lösungssatz ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe

Wie verläuft die Frist für einen freiwilligen Beitritt und ab wann ist ein freiwilliger Beitritt möglich?

7.1 Versichertenverzeichnis

Alle Krankenkassen müssen die Familienversicherten in einem Versichertenverzeichnis führen. Darin müssen alle Angaben enthalten sein, die zur Feststellung des Leistungsanspruchs und zur Versicherung nach § 10 SGB V notwendig sind. Die Kundenberatung der AOK aktualisiert diese Daten ständig und zeitnah.

Sie erfassen diese Daten sofort, wenn ihnen bekannt ist, dass die Voraussetzungen für eine Familienversicherung vorliegen. Dies ist u.a. besonders wichtig, damit der/die Familienversicherte umgehend seine/ihre Krankenversichertenkarte erhält. Die Anforderung der Versichertenkarte durch die AOK wird durch die Erfassung der Anmeldung zur Familienversicherung in oscore® angestoßen. Wie eine solche „Fami-Maske“ aussieht, zeigt Ihnen ein Beispiel eines oscore®-Ausdrucks auf der nächsten Seite unten:

Deshalb ist das Mitglied verpflichtet, die für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben bzw. deren Änderung der zuständigen Krankenkasse unverzüglich zu melden (Meldepflicht). Diese Meldepflicht hat insbesondere Bedeutung für den Fortbestand der Familienversicherung und bei Mehrfachansprüchen, wenn

- bei ununterbrochener unterschiedlicher Krankenkassenzugehörigkeit der Mitglieder das Wahlrecht für die Familienversicherung neu ausgeübt wird oder
- ein Mitglied die Krankenkasse wechselt und die neue Krankenkasse nicht für die Durchführung der Familienversicherung für den bei der bisherigen Krankenkasse mitversicherten Angehörigen wählt.

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 288 SGB V

§ 10 Abs. 6
SGB V,
§ 2 Fami-
Meldegrund-
sätze

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Unabhängig von den Meldepflichten des Mitglieds wird auch die Krankenkasse tätig, und zwar grundsätzlich immer dann, wenn eine neue Mitgliedschaft beginnt.

§ 9 Abs. 1
Fami-Meldegrundsätze

Die Krankenkasse stellt unverzüglich nach Beginn der Mitgliedschaft oder des Hinzutritts von Familienangehörigen fest,

1. ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für das Mitglied vor Beginn der Mitgliedschaft eine Familienversicherung durchgeführt wurde,
2. ob und ggf. bei welcher Krankenkasse für einzelne Familienangehörige vor Beginn der Familienversicherung eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung (einschließlich Angaben zur Stammversicherung) durchgeführt wurde.

Anwendung Bearbeiten Springen Zusätze System Hilfe

Bestandsübersicht GP anzeigen : 3000533285

Objekthistorie Feldhistorie Daten prüfen Sozialausgleich

GPartner: 3000533285 Sabine Kurzhals / Mittelstr. 14a / 04155 Leipzig GebDatum: 18.04.1985

Telefon: F-Mail:

RV-Nummer: 55180485K258 KV-Nummer: KV-Nr. DE:

Geburtsname:

Geschlecht: ☐ Unbekannt ☒ Weiblich ☐ Männlich

Meldungsanlage

Exp.Nr.: Personenkreis: Meldung:

Bestandszeiten Fami Klärfälle Einkünfte Entgeltzeiten Kartenversorgung Lichtbild Dem.daten Reha

Versicherungszeiten

Sto	Beginn	Ende	BGR	Vart	Anm.gd.	Abm.gd.	Ord.bear.	Geschäftspartner	Zusatzinfo
	22.09.2017			900	117		16141084K033	Ricky Kurzhals	



Die Krankenkassen verwenden zur Feststellung der Familienversicherung einen Fragebogen, der die erforderlichen Mindestangaben analog der Anlage 1 der Fami-Meldegrundsätze enthält (vgl. Seite 12 dieses Lernbriefs).

Sobald Mitarbeitende der Krankenkasse erkennen, dass eine Familienversicherung beginnt oder endet, muss das Versichertenverzeichnis aktualisiert werden.

Merke

Das Mitglied ist verpflichtet, der Krankenkasse alle notwendigen Angaben zur Durchführung der Familienversicherung zu machen.

Nicht selten kommt es vor, dass für Angehörige bei verschiedenen Krankenkassen (vgl. Punkt 6.1 dieses Lernbriefs) oder sogar bei einer Krankenkasse Wahlmöglichkeiten für die Durchführung der Familienversicherung bestehen. Wenn dies bei einer AOK der Fall ist, ist eine Doppelversicherung eines Angehörigen vermeidbar, da der Datensatz grundsätzlich bei doppelter Anmeldung eines Familienangehörigen im oscore® abgewiesen wird oder Sie einen Hinweis aus der EDV erhalten. Anders ist es jedoch, wenn Wahlrechte bei unterschiedlichen Krankenkassen bestehen und die Wahlerklärung der Mitglieder irrtümlich bei unterschiedlichen Krankenkassen gleichzeitig abgegeben worden ist. Die Folge ist dann, dass beide Krankenkassen diesen Angehörigen in ihrem Versichertenverzeichnis führen.

Um solche „Doppelversicherungen“ zu vermeiden, enthalten die Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherungsregelungen, die bei Änderung der Krankenkassenzuständigkeit von nach § 10 SGB V Versicherten zu beachten sind (vgl. Punkt 7.2 dieses Lernbriefs). Diese Regelungen sind notwendig, weil die Anzahl der nach § 10 SGB V versicherten Personen Auswirkungen auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hat (vgl. Punkt 10 dieses Lernbriefs).

Merke

Wird ein Wahlrecht in der Familienversicherung ausgeübt, sind die Versichertenverzeichnisse der betroffenen Krankenkassen unverzüglich zu aktualisieren.

7.2 Mitteilungspflichten der Krankenkassen

7.2.1 Ausübung des Wahlrechts

Fortsetzung des Lernbeispiels 4 von Seite 77

Michael Brösel ist seit 01. 01. 2025 bei der AOK Sachsen-Anhalt über seinen Vater Werner Brösel familienversichert. Gleichzeitig sind die offenen Daten noch im Versichertenverzeichnis der AOK NordWest enthalten, da Michael Brösel dort über seine Mutter familienversichert ist.

Klären Sie, welche Schritte von der AOK Sachsen-Anhalt und der AOK NordWest zu tätigen sind.



2 versicherungs- rechtliche Prüfung

Die „Fami-Meldegrundsätze“ regeln u.a. auch die Mitteilungspflichten der Krankenkassen untereinander. Die konsequente Beachtung dieser Regelungen stellt sicher, dass eine Familienversicherungszeit nicht gleichzeitig bei verschiedenen Krankenkassen bzw. neben einer Versicherungszeit aufgrund eigener Mitgliedschaft für ein und dieselbe Person geführt werden kann.

§ 9 Abs. 3
Satz 1 Nr.
2 Fami-
Melde-
grundsätze

So hat die neue Krankenkasse z.B. bei Eingang einer Wahlerklärung durch das Mitglied zu prüfen, bei welcher Krankenkasse die Familienversicherung bisher durchgeführt wurde. Die für die Familienversicherung bisher zuständige Krankenkasse weiß nicht automatisch, ab wann der Familienangehörige zwischenzeitlich bei einer anderen Krankenkasse versichert ist und zu welcher anderen Krankenkasse ein Wahlrecht ausgeübt wurde.

§ 9 Abs. 4, 5
Fami-Mel-
degrund-
sätze

Zu diesem Zweck muss die neue Krankenkasse der bisherigen Krankenkasse eine Meldung über den Zeitpunkt des Beginns der Familienversicherung schicken, damit die bisherige Krankenkasse ihr Versichertenverzeichnis aktualisieren kann. Die bisherige Krankenkasse muss dann ebenfalls tätig werden und der neuen Krankenkasse bestätigen, dass sie ihr Versichertenverzeichnis aktualisiert hat. Die Meldungen sind unverzüglich vorzunehmen.

§ 9 Abs. 3
Satz 2 Fami-
Meldegrund-
sätze

Eine Meldung ist nicht erforderlich, wenn die Familienversicherung bei der bisher zuständigen Krankenkasse aus der gleichen Stammversicherung abgeleitet wurde wie bei der zuständig gewordenen Krankenkasse.

Beispiel

Mona und Willi Weber leben seit 15. 01. 2025 getrennt. Die Kinder Tom und Tina waren bisher über ihren Vater Willi Weber bei der AOK Nordost familienversichert. Da sie seit 15. 01. 2025 bei ihrer Mutter leben, die Mitglied der AOK Rheinland/ Hamburg ist, soll die Familienversicherung auch bei der AOK Rheinland/Hamburg durchgeführt werden. Am 06. 04. 2025 geht die Wahlerklärung von Mona Weber bei der AOK Rheinland/Hamburg ein. Zu diesem Zweck muss die neue Krankenkasse der bisherigen Krankenkasse eine Meldung über den Zeitpunkt des Beginns der Familienversicherung schicken, damit die bisherige Krankenkasse ihr Versichertenverzeichnis aktualisieren kann. Die bisherige Krankenkasse muss dann ebenfalls tätig werden und der neuen Krankenkasse bestätigen, dass sie ihr Versichertenverzeichnis aktualisiert hat. Die Meldungen sind unverzüglich vorzunehmen.

Folge

Die Familienversicherung beginnt mit dem Tag des Eingangs der Erklärung bei der gewählten Krankenkasse. Die Erklärung geht am 06. 04. 2025 bei der AOK Rheinland/ Hamburg ein. Die Familienversicherung beginnt dort somit am 06. 04. 2025. Die AOK Rheinland/Hamburg hat der AOK Nordost unverzüglich eine Meldung über den Beginn der Familienversicherung ab 06. 04. 2025 zu erstatten. Die AOK Nordost meldet der AOK Rheinland/ Hamburg unverzüglich, dass sie die Familienversicherung zum 05. 04. 2025 beendet hat.



§ 9 Abs. 7 Fami-Mel-degrundsätze

Bis 31. 12. 2013 wurden die Meldungen auf dafür vorgesehenen bundeseinheitlichen Vordrucken vorgenommen. Seit 01. 01. 2014 haben die Krankenkassen das Meldeverfahren untereinander ausschließlich durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung durchzuführen. Der GKV-Spitzenverband legt hierfür den Aufbau des Datensatzes sowie die notwendigen Schlüsselzahlen und Angaben auf Grundlage der „Verfahrensbeschreibung für das maschinelle Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen bei Durchführung der Familienversicherung nach Maßgabe der Fami-Mel-degrundsätze“ fest.

Voraussetzung für die Abgabe der Meldungen ist insbesondere, dass die Daten über die Angaben zum Versicherten maschinell aus dem Datenbestand der Krankenkasse hervorgehen und erstellt werden. Die Meldungen sind unverzüglich nach Kenntnis des Beginns einer Mitgliedschaft oder des Hinzutritts eines Familienangehörigen bzw. Änderungen in der Familienversicherung oder nach Erhalt der zur Meldung verpflichteten Stelle vorzunehmen.

Der Übertragungsweg ist über die etablierten Wege und ausschließlich über die Datenannahmestellen der Krankenkassen vorzunehmen. Der Rückmeldeweg ist ebenfalls über die Datenannahmestellen der Krankenkassen durchzuführen.

Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK, wie diese Meldungen aussehen.

Zum Lernbeispiel 4 von Seite 86

Die AOK Sachsen-Anhalt hat der AOK NordWest unverzüglich eine Meldung über den Beginn der Familienversicherung von Michael Brösel ab 01. 01. 2025 durch Datenübertragung zu übermitteln.

Die AOK NordWest hat daraufhin das Versichertenverzeichnis zu aktualisieren, d.h. sie beendet die Familienversicherung zum 31. 12. 2024. Das bestätigt sie der AOK Sachsen-Anhalt unverzüglich in Form einer Rückmeldung ebenfalls durch Datenübermittlung.

7.2.2 Beginn einer Mitgliedschaft

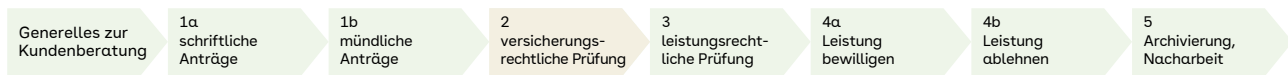
Bei Beginn einer Mitgliedschaft stellt die AOK die Angehörigen fest, die familienversichert werden sollen sowie, ob und ggf. bei welcher Krankenkasse das Mitglied vor Beginn der Mitgliedschaft versichert war (vgl. Punkt 6.1 dieses Lernbriefs). Denn nicht immer schließt sich an eine vorherige Mitgliedschaft/Familienversicherung bei einer AOK eine neue Mitgliedschaft an und Ihnen sind die aktuellen Daten über Ihren Kunden schon bekannt.

Denken Sie daran, dass die AOK aufgrund ihrer Unternehmens- und Marketingziele viele neue Kunden gewinnt und zukünftig gewinnen möchte, die vorher bei anderen Krankenkassen als Mitglied oder in der Familienversicherung versichert waren.

Im Fall, dass das neue Mitglied vorher bei einer anderen Krankenkasse familienversichert war, ist ebenfalls eine Meldung an die bisherige Krankenkasse zu übermitteln, damit diese ihr Versichertenverzeichnis aktualisiert. Die bisherige Krankenkasse hat

§ 3 Abs. 1 Fami-Mel-degrundsätze

§ 9 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Fami-Mel-degrundsätze



der neuen Krankenkasse hierüber eine Meldung in Form einer Rückmeldung zu übermitteln.

Eine solche Meldung entfällt, wenn das neue Mitglied vorher auch als Mitglied bei der anderen Krankenkasse versichert war.

7.2.3 Familienversicherung nach einer Mitgliedschaft

§ 9 Abs. 6 Fami-Meldeggrundsätze

Wurde für den Familienangehörigen bis zur Begründung der Familienversicherung bei einer anderen Krankenkasse eine Mitgliedschaft durchgeführt, hat die zuständig gewordene Krankenkasse der bisher zuständigen Krankenkasse den voraussichtlichen Beginn der Familienversicherung unverzüglich zu melden. Die bisher zuständige Krankenkasse teilt der zuständig gewordenen Krankenkasse den Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft unverzüglich nach Erhalt der Abmeldung der zur Meldung verpflichteten Stelle mit. Satz 1 gilt nicht bei Beendigung der Mitgliedschaft von Personen, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 oder nach § 9 SGB V versichert waren.

§ 175 Abs. 4 Satz 4, § 190 Abs. 13 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Da die Beendigung der vorangegangenen Mitgliedschaft nach § 9 oder § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V einer Nachweisführung über das Vorliegen einer sich anschließenden anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall – hier in Form einer Familienversicherung – bedarf, findet zwischen den beteiligten Krankenkassen bei Abwicklung derartiger Fallkonstellationen ohnehin ein Informationsaustausch statt. Eine ergänzende Formalisierung der Informationsabläufe für solche Fälle ist daher nicht zweckmäßig.

Beispiel

Monika Müller war bisher bei der IKK familienversichert. Am 01. 08. beginnt sie ihre Ausbildung als Industriekauffrau bei der Berndorf AG in Berlin. Sie entscheidet sich für eine Mitgliedschaft bei der örtlichen AOK. Familienangehörige hat Monika Müller nicht.

Folge

- Die AOK prüft, bei welcher Krankenkasse bis 31. 07. eine Versicherung durchgeführt wurde.
- Sie prüft, ob anspruchsberechtigte Familienangehörige mitversichert werden können.
- Sie übermittelt der IKK eine Meldung über den Beginn der Mitgliedschaft bei der AOK ab 01. 08.
- Die IKK beendet die Familienversicherung zum 31. 07. und aktualisiert ihr Versichertenverzeichnis. Außerdem bestätigt sie der AOK die Aktualisierung in Form einer Rückmeldung.

Merke

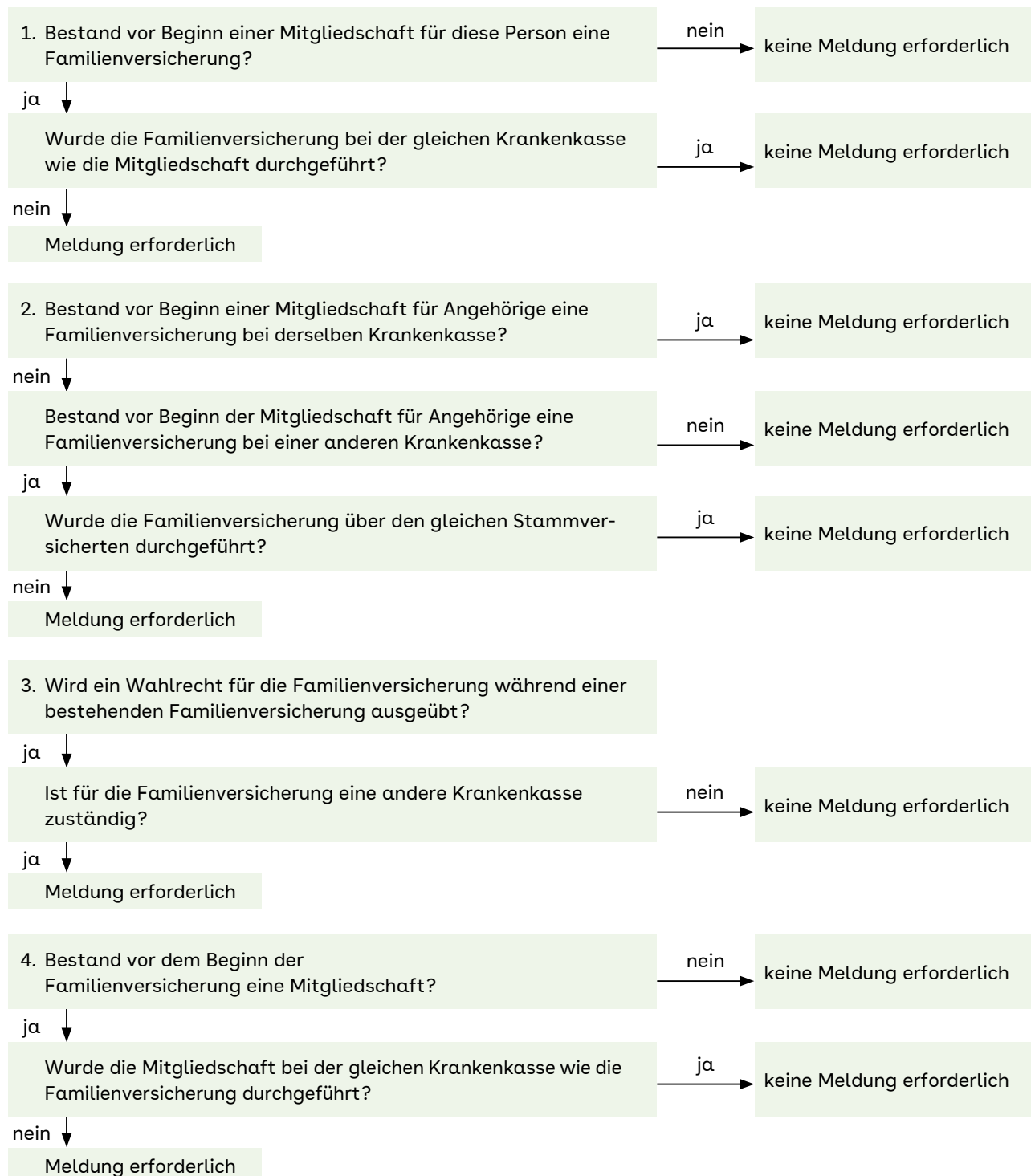
Zweck der Meldungen im Sinne des „Fami-Meldeverfahrens“ ist, dass Doppelversicherungen nicht mehr möglich sind und die Versichertenverzeichnisse der Krankenkassen gültige Versicherungendaten enthalten.

Im nebenstehenden Schaubild wird an den vier möglichen Fallgestaltungen dargestellt, ob durch die Krankenkasse eine Meldung nach dem „Einheitlichen Meldeverfahren“ durchzuführen ist.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Entscheidungsschema für die Meldung nach dem „Fami-Meldeverfahren“





7.3. Krankenversichertennummern-Verzeichnis (KVNR-VZ)

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

§ 290 SGB V

Die Krankenkasse verwendet für jede versicherte Person eine eindeutige Krankenversichertennummer (KVNR). Diese besteht aus

- einem unveränderbaren Teil zur Identifikation der versicherten Person (= Pseudonym der Rentenversicherungsnummer) und
- einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Familienversicherte sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

Unveränderbarer Teil

Kassenübergreifender 10-stelliger Ordnungsbegriff als Pseudonym aus der Rentenversicherungsnummer:

Stelle	Inhalt
1	Alpha-Zeichen
2 bis 9	8-stellige lfd. Zählnummer
10	Prüfziffer

Veränderbare Teile

- Bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit

Institutionskennzeichen (9-stellig)

Stelle	Inhalt
11 bis 19	Institutionskennzeichen der Krankenkasse

- Bezug der Angehörigkeit zum Mitglied

Kassenübergreifender 10-stelliger Ordnungsbegriff des Hauptversicherten

Stelle	Inhalt
20 bis 29	10-stelliger Ordnungsbegriff des Hauptversicherten

Prüfziffer

Stelle	Inhalt
20/30	Prüfziffer

Für die Außendarstellung und im Schriftverkehr wird grundsätzlich nur der unveränderbare Teil der Krankenversichertennummer (Stellen 1 – 10) verwendet. Gleiches gilt für die eGK nach § 291 SGB V.



Die Vertrauensstelle KVNR ist für die Erzeugung von KVNRn zuständig und führt seit 2021 ein Verzeichnis der Krankenversichertennummern (KVNR-VZ).

Das KVNR-VZ speichert die Nutzung einer KVNR durch eine Krankenkasse mit Beginn und Ende der Nutzung. Dazu meldet die aufnehmende Krankenkasse das Anfangsdatum, die abgebende Krankenkasse das Endedatum der Nutzung. Überschneidungen der Nutzungszeiten sind nicht zulässig. Eine korrekte Nutzungsmeldung ist für die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) unerlässlich, denn der unveränderbare Teil der KVNR darf für die eGK nach § 291 SGB V und die digitale Identität nach § 336 Abs. 6 SGB V nur dann verwendet werden, wenn sichergestellt ist, dass eine KVNR nicht von unterschiedlichen Personen genutzt wird.

7.4 Übungen zum Lernabschnitt 7

Übung 8

Sachverhalt

Udo Knack ist Mitglied der AOK. Seine Frau Kerstin Knack ist Mitglied einer IKK. Am 17. 01. wird ihr gemeinsamer Sohn Max geboren. Die Voraussetzungen des § 10 SGB V sind mehrfach erfüllt. Max soll bei der AOK versichert werden. Dies teilen die Knacks den Krankenkassen am 25. 01. mit.

Hinweis zu Aufgabe 8.1

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

Aufgabe 8.1

Beurteilen Sie, ob und ggf. ab wann die AOK die Familienversicherung durchführen kann.

Hinweis zu Aufgabe 8.2

Fassen Sie Lösung und Begründung ohne Angabe von Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe 8.2

Stellen Sie fest, ob von den Krankenkassen Meldungen vorzunehmen sind. Nennen Sie auch die Art der Meldung.



8 Pflegeversicherung

2 versicherungs- rechtliche Prüfung

§ 25
Abs. 1 – 3
SGB XI

In der sozialen Pflegeversicherung besteht für Familienangehörige eines Mitglieds unter den gleichen Voraussetzungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch auf beitragsfreie Versicherung. Die Regelungen der Krankenversicherung sind in der sozialen Pflegeversicherung wegen einer einheitlichen Beurteilung von Versicherungsverhältnissen gleich.

Familienversichert sind danach also Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

- ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
- nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI oder nach § 20 Abs. 3 SGB XI versicherungspflichtig sind,
- nicht nach § 22 SGB XI von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 SGB XI in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
- nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
- kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet.

Die Altersgrenzen, bis zu denen Kinder familienversichert sein können, sind in der Kranken- und Pflegeversicherung ebenfalls identisch.

Beispiel

Stephan Klein studiert Informatik. Er ist 24 Jahre alt und erhält Leistungen nach dem BAföG. Am 16. 05. wird er 25 Jahre alt. Verlängerungstatbestände für die Familienversicherung liegen nicht vor.

Folge

Stephan Klein ist bis 15. 05. nach § 10 SGB V in der Krankenversicherung familienversichert. Dies gilt nach § 25 SGB XI auch für die Pflegeversicherung. Ab 16. 05. besteht in der Krankenversicherung Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V. Folglich wechselt mit diesem Zeitpunkt auch die Rechtsgrundlage in der Pflegeversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 9 SGB XI.

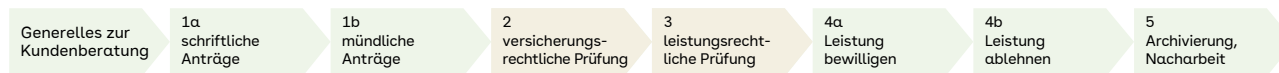
Ferner sieht auch das Pflegeversicherungsrecht einen Ausschluss der Familienversicherung für Kinder vor, deren höher verdienender Elternteil in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist oder von der Versicherungspflicht befreit wurde und dessen Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem SGB V übersteigt sowie regelmäßig höher ist als das Gesamteinkommen des Mitglieds.

Beginn und Ende der Familienversicherung in der Pflegeversicherung entsprechen Beginn und Ende in der Krankenversicherung.

Ebenso besteht für familienversicherte Angehörige ein Recht, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag vorzeitig zu kündigen, wenn für diese eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI eintritt. Die Kündigungsfrist der privaten Pflegeversicherung ist die gleiche wie die Kündigungsfrist der privaten Krankenversicherung.

§ 25 Abs. 3
SGB XI

§ 27 Satz 2
SGB XI



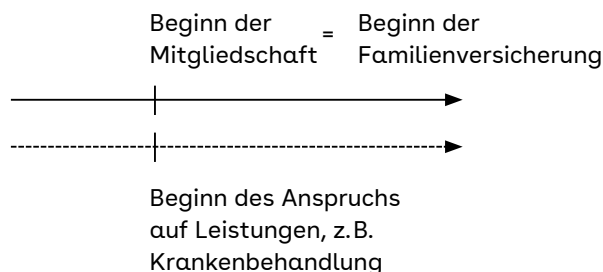
9 Leistungen für Familienangehörige

§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB XI Für die Familienversicherten gilt als zuständige Pflegekasse die des Mitglieds. Wechselt das Mitglied die Krankenkasse und wählt bei Mehrfachansprüchen für die Familienversicherung eine neue Krankenkasse (§ 10 Abs. 5 SGB V), ist die Pflegekasse, die bei der neuen Krankenkasse angesiedelt ist, ab dem Tag der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung auch für die familienversicherten Angehörigen die zuständige Pflegekasse. Das gleiche gilt bei der Ausübung des Wahlrechts eines Mitglieds, wenn die Voraussetzungen für die Familienversicherung mehrfach erfüllt sind. D.h. wird bei durchgehender Mitgliedschaft ein Wahlrecht in der Familienversicherung ausgeübt und ändert sich die Krankenkassenzuständigkeit für den Familienangehörigen, wechselt ebenfalls die Zuständigkeit der Pflegekasse.

Familienversicherte erhalten grundsätzlich die gleichen Leistungen wie die Mitglieder selbst. Dabei ist die/der Familienversicherte selbst Anspruchsträger/in der Leistung. Sie/er kann Leistungen – sofern sie/er das 15. Lebensjahr vollendet hat – selbst beantragen und entgegennehmen bzw. Leistungsanträge verfolgen. Der Leistungsanspruch entsteht grundsätzlich mit dem Beginn der Familienversicherung, und zwar auch für Krankheiten, die bereits vor Beginn der Familienversicherung eingetreten sind und noch andauern. Das ist ein großer Vorteil gegenüber dem Versicherungsschutz in der PKV, wo der Versicherungsschutz für Vorerkrankungen grundsätzlich ausgeschlossen bzw. nur über eine Risikoprämie sichergestellt werden kann.

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB I



Familienversicherte haben den gleichen Leistungsanspruch wie Mitglieder, sofern es sich um Sach- und Dienstleistungen handelt. Bei Geldleistungen in der Krankenversicherung sieht es jedoch anders aus. So haben Familienversicherte keinen Anspruch auf Krankengeld. Krankengeld hat Entgeltersatzfunktion, d.h. es soll ausgefallenes Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen ersetzen. Da nicht erwerbstätige Familienversicherte kein Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen beziehen, besteht für diesen Personenkreis auch kein Anlass zum Ersatz.

§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V



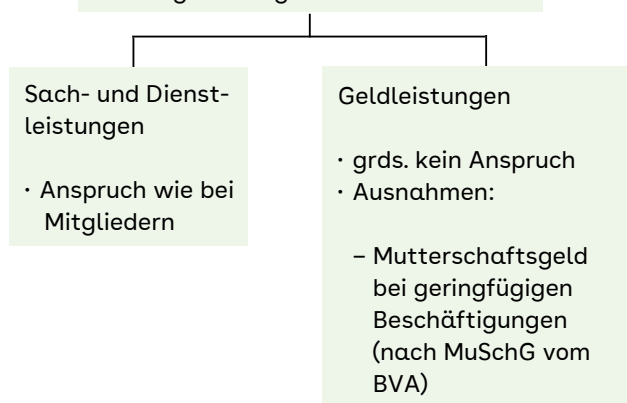
Anders sieht es hingegen aus für Familienversicherte, die geringfügig beschäftigt oder selbstständig tätig sind. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit verlieren sie ihr Einkommen. Allerdings besteht auch für diese Familienversicherten kein Anspruch auf Krankengeld, da der Anspruch auf Krankengeld generell für Familienversicherte ausgeschlossen ist. Näheres zum Anspruch auf Krankengeld erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“.

§ 24i
Abs. 1 SGB V,
§ 19 Abs. 2
MuSchG

Auch haben familienversicherte Frauen keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld nach dem SGB V, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Sie können aber, sofern sie eine geringfügige und deswegen krankenversicherungsfreie Beschäftigung ausüben, Mutterschaftsgeld zulasten des Bundes in Höhe von maximal 210 € erhalten. Die Auszahlung erfolgt zwar über das Bundesversicherungsamt, jedoch nimmt jede AOK entsprechende Anträge entgegen und leitet diese weiter.

§ 16 SGB I

Leistungsumfang Familienversicherter



In der Pflegeversicherung gibt es keine Unterschiede in der Art oder dem Umfang der Leistungsansprüche. Familienversicherte erhalten dort die gleichen Sach-, Dienst- und Geldleistungen wie Mitglieder.

9.1 Leistungspflichtige Krankenkasse

Zuständig für die Durchführung der Familienversicherung ist die vom Mitglied gewählte Krankenkasse.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 173 Abs. 6
SGB V

Die leistungspflichtige Krankenkasse beim familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner kann immer nur eine Krankenkasse sein. Bei Kindern können mehrere Krankenkassen in Betracht kommen, nämlich dann, wenn beide Mitglieder, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet werden kann, bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind. Sofern ein Wahlrecht besteht, steht nur dem Mitglied eine Einwirkung auf die Familienversicherung zu (vgl. Punkt 6.1 dieses Lernbriefs). Die leistungspflichtige Krankenkasse bei Mehrfachansprüchen bestimmt sich danach, welche Krankenkasse für die Familienversicherung gewählt wurde.

9.2 Nachgehender Leistungsanspruch

In den Lernbriefen zum Leistungsrecht haben Sie erfahren, dass bei Beendigung einer Pflichtmitgliedschaft unter Umständen für das Mitglied ein nachgehender Leistungsanspruch von einem Monat besteht. Dieser Anspruch gilt auch für die versicherten Familienangehörigen.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 19 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Sofern die Familienversicherung also nur wegen Beendigung der Mitgliedschaft des Stammversicherten erlischt, besteht nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V grundsätzlich noch ein nachgehender Leistungsanspruch von einem Monat.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



GR. v.
09. 12. 1988
zu § 19
SGB V,
Ziff. 2, 3.1

Voraussetzung für den nachgehenden Leistungsanspruch ist aber, dass das Mitglied, aus dessen Versicherung die Familienversicherung abgeleitet wurde, keiner Erwerbstätigkeit nachgeht. Als Erwerbstätigkeit gilt grds. jede entgeltliche Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit. Der nachgehende Leistungsanspruch für den Familienversicherten ist allerdings nicht davon abhängig, dass dieser keine Erwerbstätigkeit ausübt. Eine Erwerbstätigkeit im Rahmen der Geringfügigkeits-Grenzen schließt den nachgehenden Leistungsanspruch für den Familienversicherten nicht aus. Er besteht nur dann nicht bzw. endet innerhalb der Monatsfrist, wenn die Voraussetzungen für die Familienversicherung wegfallen. Vergleichen Sie hierzu auch die Ausführungen im Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09. 12. 1988.

Beispiel

Felix Unger kündigt sein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis bei der Firma Ypsilon zum 31. 05. Zu diesem Zeitpunkt endet somit seine Mitgliedschaft bei der AOK und die Familienversicherung für seine Tochter Karen. Vom 01. bis 26. 06. ist Felix Unger nicht erwerbstätig. Am 27. 06. macht sich Felix Unger selbstständig.

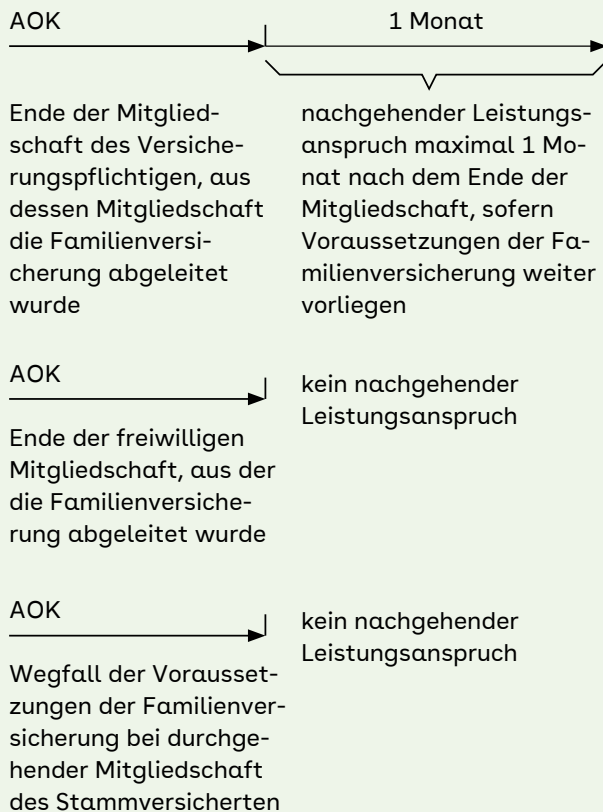
Frage

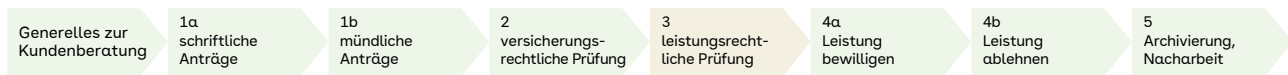
Besteht für seine Tochter Karen ein nachgehender Leistungsanspruch?

Lösung

Felix Unger war versicherungspflichtiges Mitglied der AOK bis 31. 05. Somit hat er grundsätzlich einen nachgehenden Leistungsanspruch bis 30. 06. Da er sich aber am 27. 06. selbstständig macht, also erwerbstätig ist, endet sein nachgehender Leistungsanspruch mit dem 26. 06. Da die Familienversicherung das Schicksal des Mitgliedschaftsverhältnisses teilt, endet der nachgehende Leistungsanspruch für Karen Unger ebenfalls am 26. 06.

nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V





§ 19 Abs. 3 SGB V, GR v. 09. 12. 1988 zu § 19 SGB V, Ziff. 3.2

Familienversicherte haben auch dann einen nachgehenden Leistungsanspruch für längstens einen Monat, wenn das Mitglied stirbt. Bei diesem Leistungsanspruch ist es ohne Bedeutung, ob das Mitglied versicherungspflichtig oder freiwillig versichert war. Bedingung ist allerdings, dass die üblichen Voraussetzungen für die Familienversicherung weiter vorliegen und die Mitgliedschaft wegen Tod endete.

Beispiel

Helmut Faber, freiwilliges Mitglied der AOK, stirbt am 17. 06. Seine familienversicherte Tochter Hannah, Studentin, hat am 04. 07. des gleichen Jahres ihren 25. Geburtstag.

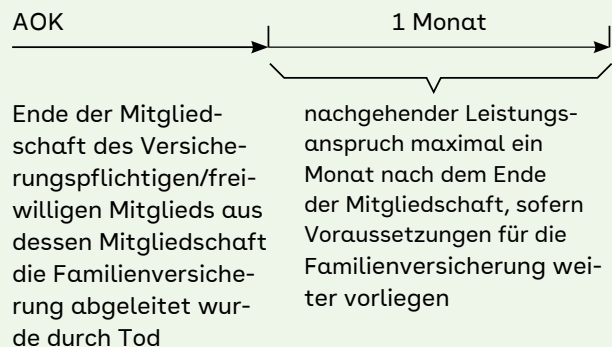
Frage

Hat Hannah einen nachgehenden Leistungsanspruch?

Lösung

Helmut Faber, Mitglied der AOK, stirbt am 17. 06. Seine Mitgliedschaft endet an diesem Tag. Die familienversicherte Tochter Hannah hätte somit grds. bis 17. 07. einen nachgehenden Leistungsanspruch. Der nachgehende Anspruch besteht aber nur so lange, wie die Voraussetzungen des § 10 SGB V erfüllt sind. Am 03. 07. vollendet Hannah ihr 25. Lebensjahr und überschreitet somit die Altersgrenze des § 10 Abs. 2 Nr. 3 SGB V. Der nachgehende Leistungsanspruch endet deshalb bereits am 03. 07.

nachgehender Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 3 SGB V



Endet die Mitgliedschaft, aus der sich die Familienversicherung ableitet, endet auch die Familienversicherung. Sofern das Mitglied nachgehenden Leistungsanspruch hat und die Voraussetzungen für die Familienversicherung mehrfach erfüllt waren, dann hat der Familienangehörige keinen nachgehenden Leistungsanspruch. Die Familienversicherung über ein anderes Mitglied hat Vorrang vor dem nachgehenden Leistungsanspruch.

§ 19 Abs. 2 Satz 2 SGB V

9.3 Übungen zum Lernabschnitt 9

Übung 9

Sachverhalt

Fritz Walter scheidet am 31. 07. 2025 bei der Computerfirma „Kick-off“ aus. Er war als Beschäftigter Pflichtmitglied der AOK. Eine freiwillige Versicherung will Fritz Walter nicht abschließen, weil er ab 01. 09. 2025 eine neue Beschäftigung aufnimmt und dann wieder bei der AOK versichert sein möchte. Bei der AOK waren bisher seit Jahren seine Frau und beide Kinder familienversichert. Marc, sein



10 Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich

ältester Sohn, ist am 15. 08. 2002, Kevin der jüngste am 17. 01. 2012, geboren. Einer Erwerbstätigkeit geht keiner der Angehörigen nach. Unklar ist den Familienangehörigen nun ihr Versicherungsschutz und Leistungsanspruch nach dem 31. 07. 2025 bei der AOK.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung ohne Angabe von Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe

Klären Sie die Rechtslage.

Übung 10

Sachverhalt

Tim Wolf ist zwölf Jahre alt und bei der AOK familienversichert.

Hinweis

Fassen Sie Lösung und Begründung mit Angabe der Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe

Beurteilen Sie, ob Tim Wolf selbst Anträge auf Leistungen bei der AOK stellen kann.

Übung 11

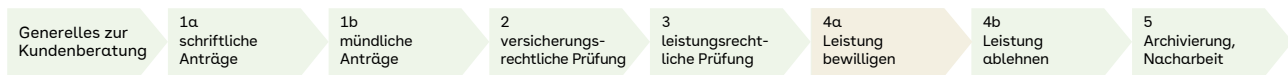
Erläutern Sie drei Merkmale in Bezug auf die Familienversicherung, in denen sich die gesetzliche Krankenversicherung von der privaten Krankenversicherung unterscheiden.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zum 01. 01. 2009 hat sich die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend geändert. Alle Beitragseinnahmen werden direkt an den Gesundheitsfonds abgeführt und von dort den Krankenkassen zugeteilt. Die Grundpauschale und Zuweisungen des Gesundheitsfonds, die eine Krankenkasse erhält, richtet sich dabei nach der jeweiligen Versichertenzahl und Morbidität ihrer Versicherten. Die Pflege des Versichertenverzeichnisses hat also einen besonders herausragenden Stellenwert für die Finanzierung der Krankenkassen.

Wie viele Zuweisungen eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, wird im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ermittelt. Zunächst erhält eine Krankenkasse für jede versicherte Person die bundesweit einheitliche Grundpauschale. In Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, regionale Zugehörigkeit und Morbidität der Versicherten werden zusätzlich zur Grundpauschale Zu- und Abschläge überwiesen. Vereinfacht lässt sich sagen, dass jede Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds die Zuweisungen erhält, die erforderlich sind, die GKV-Durchschnittsausgaben ihrer Versicherten entsprechend ihrer Versichertenstruktur zu decken. Für jede belegte Familienversicherungszeit erhält die Krankenkasse Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Zur Berechnung der Gesundheitsfondszuweisungen wird bei den Familienversicherungszeiten auf den Beginn und das Ende der Anspruchsvoraussetzungen aus der Familienversicherung abgestellt mit der Maßgabe, dass diese durch zeitnahe Meldungen zu belegen sind. Das ist ebenfalls ein wichtiger Grund, die An- und Abmeldungen der Familienversicherungszeiten umge-

4a
Leistung
bewilligen



hend vorzunehmen. Die Familienversicherungsbestände müssen also auf nachprüfbar und möglichst aktuellen Informationen beruhen. Damit soll sichergestellt werden, dass für die Gesundheitsfondszuweisungen auch nur die tatsächlich versicherten Familienangehörigen berücksichtigt werden.

Berücksichtigt werden auch die Versicherungszeiten von den im Ausland lebenden Familienangehörigen ausländischer Mitglieder, für die Leistungen von Versicherungsträgern im Heimatland im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts erbracht werden.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe der Zuweisungen, die die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben nach § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V erhalten und führt den Zahlungsverkehr durch.

Die AOK kann allerdings nur dann für Familienversicherungszeiten eine Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten, wenn sie diese Zeiten auch belegen kann. Aus diesem Grund regeln die Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung eine – grundsätzlich einmal jährlich – durchzuführende Bestandspflege der Familienversichertenbestände der Krankenkassen.

Die AOK muss deshalb in regelmäßigen Abständen feststellen, ob und für welche Familienangehörige des Mitglieds die Voraussetzungen für die Familienversicherung noch erfüllt sind. Für diese Feststellung verwendet die AOK Vordrucke, deren einheitliche Mindestinhalte in den Fami-Meldegrundsätzen verbindlich vorgegeben sind.

Ausnahmen von einer jährlichen Bestandspflege bestehen bei Personen, bei denen eine Änderung der persönlichen Verhältnisse, die zum Wegfall der Familienversicherung führen, eher unwahrscheinlich ist. Dies ist typischerweise anzunehmen bei

- Kindern ohne Einkommen vor vollendetem 15. Lebensjahr,
- Kindern im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V,
- Studierende ohne Beschäftigung,
- Ehegatten und Lebenspartner nach dem LPartG, die die Regelaltersgrenze im Sinne des § 35 i.V.m. § 235 SGB VI erreicht haben,
- Familienangehörige, die Leistungen nach dem SGB XI beziehen.

In den vorgenannten Fällen soll die Bestandspflege durch die Krankenkassen spätestens alle drei Jahre vorgenommen werden. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Familienversicherung von Kindern, deren Elternteil mit dem Mitglied verheiratet und nicht gesetzlich krankenversichert ist, sind jährlich zu prüfen. Dies gilt auch bei Sachverhalten im Sinne des § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

Merke

Um ordnungsgemäße Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhalten, muss das Versichertenverzeichnis der AOK nachprüfbar und aktuelle Daten der Familienversicherung enthalten.

Erkundigen Sie sich deshalb in Ihrer AOK, wie die Bestandspflege der Familienversicherung durchgeführt wird.

§ 4 Fami-Meldegrundsätze



11 Zusammenfassende Selbstkontrolle

1. Sachverhalt

Sie sind Kundenberater in einer Geschäftsstelle der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse. Am 24. 08. 2025 kommt Ihre Kundin Birgit Sommer zu Ihnen in das AOK-Kundencenter. Sie beantragt die Familienversicherung für ihre zehnjährige Enkelin Tina Sommer. Birgit Sommer ist als Rentnerin Mitglied der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und wohnt in Mainz. Im Gespräch erfahren Sie, dass Tinas Mutter gestorben ist und Tina bisher bei ihrem Vater Bernd Sommer lebte. Birgit Sommer lebt zusammen mit ihrer ledigen Schwester Marion Groß im Familienhaushalt. Tina wohnt jetzt auch in ihrem Haushalt, da ihr Sohn Bernd aus beruflichen Gründen in Zukunft wenig Zeit für seine Tochter haben wird. Seit ihrer Geburt ist Tina über ihren Vater bei einer BKK familienversichert.

- Tina Sommer erhält monatlich von ihrem Vater eine Unterhaltszahlung in Höhe von 256 €.

Sie informieren Birgit Sommer, dass eine Familienversicherung für Tina unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist und bitten sie den Fragebogen zur Feststellung der Haushaltsaufnahme sowie des überwiegenden Unterhalts im Rahmen der Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern auszufüllen.

Hinweis zu den Aufgaben 1.1 und 1.2

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

Aufgabe 1.1

Beurteilen Sie, ob eine Familienversicherung für Tina Sommer über ihre Großmutter Birgit Sommer möglich ist. Gehen Sie dabei auch auf die Pflegeversicherung ein.

Fortsetzung des Sachverhalts

Gehen Sie unabhängig von Ihrer Lösung zu Aufgabe 1.1 davon aus, dass eine Familienversicherung für Tina Sommer über ihre Großmutter Birgit Sommer möglich ist.

Aufgabe 1.2

Stellen Sie fest, wann die Familienversicherung von Tina Sommer bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse beginnt.

Hinweis zu Aufgabe 1.3

Begründen Sie Ihre Lösung in vollständigen Sätzen ohne Angabe von Rechtsvorschriften.

Aufgabe 1.3

Prüfen Sie, ob sich für die Krankenkassen Meldepflichten ergeben, ggf. welche, und welchem Zweck diese dienen.

2. Sachverhalt

In Ihrem Postkorb finden Sie am 25. 08. 2025 einige Unterlagen, die ein Kollege für Sie entgegengenommen hat (vgl. Anlagen 1 bis 4 auf den folgenden Seiten).

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Hinweise zu Aufgabe 2.1

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

Aufgabe 2.1

Beurteilen Sie den Anspruch und ggf. Beginn der Familienversicherung von Sven Kurz. Gehen Sie dabei auch auf die Pflegeversicherung ein.

Fortsetzung des Sachverhalts

Gehen Sie unabhängig von Ihrer Lösung zu Aufgabe 2.1 davon aus, dass eine Familienversicherung für Sven Kurz möglich ist. →

Hinweis zu Aufgabe 2.2

Fassen Sie Lösung und Begründung mit Angabe der Rechtsvorschriften zusammen.

Aufgabe 2.2

Stellen Sie fest, wie sich die Familienversicherung von Sven Kurz bei der AOK auf die private Kranken- und Pflegeversicherung auswirkt.

Anlage 1

Anwendung Bearbeiten Springen Zusätze System Hilfe

Bestandsübersicht GP anzeigen : 56478923

Objekthistorie Felddhistorie Daten prüfen Sozialausgleich

GPartner 56478923 Ralf Kurz / Kanalstraße 25 / 67653 Kaiserslautern GebDatum 19.08.1970

Telefon E-Mail

RV-Nummer 53190870K535 KV-Nummer P630577353 KV-Nr.DE

Geburtsname

Geschlecht ☐ Unbekannt ☐ Weiblich ☒ Männlich

Meldungsanlage

Exp.Nr. Personenkreis Meldung

Bestandszeiten Fami Klarfalle Einkünfte Entgeltzeiten Kartenversorgung Lichtbild Bem.daten Reha

Versicherungszeiten

Sto	Beginn	Ende	BGR	VArt	Anm.grd.	Abm.grd.	Ord.begr.	Geschäftspartner	Zusatzinfo
	01.01.2007		1111	101	010		3289999	Photovoltaikanlage	
	01.02.2000	31.12.2006	1111	101	010	030	3289999	Photovoltaikanlage	

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Anlage 2

Aktenvermerk zum Antrag auf Familienversicherung von Sven Kurz, geb. 07. 09. 2002

Nach dem Abitur im Mai 2023 lebte Sven Kurz bei seiner Freundin in Taiwan. Dort verdiente er seinen Lebensunterhalt als „Rikscha-Fahrer“. Er ist seit Juni 2023 privat kranken- und pflegeversichert.

Seit 01. 08. 2025 lebt Sven Kurz wieder bei seinen Eltern in Kaiserslautern.

Er möchte ab dem Wintersemester 2025/2026 an der Universität Kaiserslautern Maschinenbau studieren. Bis zum Studienbeginn arbeitet Sven Kurz nicht.

Ralf Kurz hat als Arbeitnehmer ein Arbeitsentgelt in Höhe von monatlich 3.017 € brutto, 1.889 € netto. Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, sind bereits abgezogen. Außerdem erhält er ein 13. Monatsgehalt. Werbungskosten kann er nicht nachweisen.

Ralf Kurz ist mit Gerda Kurz verheiratet. Gerda Kurz ist die Mutter von Sven Kurz und Inhaberin einer Boutique in Kaiserslautern. Sie ist seit 01. 01. 2009 privat kranken- und pflegeversichert.

Kaiserslautern, 25. 08. 2025 gez. Volker Balzar

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Anlage 3

Anlage 1 der Fami-Meldegrundsätze

Ralf Kurz
 Vorname Name des Mitglieds
 KV-Nummer: P630577353

Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung

Allgemeine Angaben des Mitglieds

☒ Ich war bisher
☒ im Rahmen einer eigenen Mitgliedschaft versichert bei AOK RPS
☐ im Rahmen einer Familienversicherung
☐ nicht gesetzlich krankenversichert
Name der Krankenkasse

Familienstand: ☐ ledig ☒ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG
(in diesem Fall sind die Angaben unter der Rubrik „Ehegatte“ zu machen)

Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung:
☐ Beginn meiner Mitgliedschaft ☐ Geburt des Kindes ☐ Heirat
☐ Beendigung der vorherigen eigenen Mitgliedschaft des Angehörigen ☐ Sonstiges: _____

Beginn der Familienversicherung: 01.08.2025

Bei Rückfragen bin ich tagsüber unter Telefon-Nr. _____ zu erreichen (freiwillige Angabe).

Meine E-Mail-Adresse lautet _____ (freiwillige Angabe).

Angaben zu Familienangehörigen

Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehegatten/ Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehegatten/ Lebenspartners und – sofern der Ehegatte/ Lebenspartner nicht gesetzlich versichert und mit den Kindern verwandt ist – zu seinem Einkommen notwendig; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen und Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass eine gleichzeitige Durchführung der Familienversicherung bei unterschiedlichen Krankenkassen rechtlich unzulässig ist. Stellen Sie deshalb bitte mit Ihren Angaben sicher, dass eine doppelte Familienversicherung ausgeschlossen ist.

Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Name*	<u>Kurz</u>	<u>Kurz</u>		
<small>* Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.</small>				
Vorname	<u>Gerda</u>	<u>Sven</u>		
Geschlecht (m = männlich, w = weiblich, X = unbestimmt, D = divers)	<input type="checkbox"/> (m) <input checked="" type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input checked="" type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)	<input type="checkbox"/> (m) <input type="checkbox"/> (w) <input type="checkbox"/> (X) <input type="checkbox"/> (D)
Geburtsdatum	<u>14.10.1972</u>	<u>07.09.2002</u>		
ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift				
Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind (* Die Bezeichnung „leibliches Kind“ ist auch bei Adoption zu verwenden.)		<input checked="" type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> leibliches Kind* <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Pflegekind
Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt? (Bitte nur beim fehlenden Verwandtschaftsverhältnis ankreuzen)		<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)	<input type="checkbox"/> (nein)

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Anlage 4

Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Die bisherige Versicherung o endete am: o bestand bei: (Name der Krankenkasse)
Art der bisherigen Versicherung:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> nicht gesetzlich
Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand, Name und Vorname der Person, aus deren Mitgliedschaft die Familienversicherung abgeleitet wurde	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)	(Vorname) (Nachname)
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei: (Name der Krankenkasse /Krankenversicherung)	DKV	---	---	---

Sonstige Angaben zu Familienangehörigen				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Selbstständige Tätigkeit liegt vor	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (monatlich) Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides beifügen.	3.700 EUR	EUR	EUR	EUR
Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung (monatlich)	EUR	EUR	EUR	EUR
Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten (monatlicher Zahlungsbetrag)	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Bruttoarbeitsentgelt aus mehr als geringfügiger Beschäftigung, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen), Sonstige Einkünfte (z. B. Abfindung für den Verlust des Arbeitsplatzes)	keine (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)	EUR (Art der Einkünfte)
Schulbesuch/Studium (Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung beifügen)	---	vom 01.10.2025 bis	vom bis	vom bis
Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst (Bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen)	---	vom bis	vom bis	vom bis

Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige				
	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
Eigene Rentenversicherungsnummer (RV-Nr.)				
Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.				
Geburtsname				
Geburtsort				
Geburtsland				
Staatsangehörigkeit				

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

Kaiserslautern, 22.08.2025. *Ralf Schütz*
 Ort, Datum Unterschrift des Mitglieds

ggf. Unterschrift der Familienangehörigen
 Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.

Datenschutzhinweis (Artikel 13 der Verordnung (EU) 2016/679): Damit wir die Familienversicherung beurteilen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 10 Abs. 6, 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 10, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 25 SGB XI) zu erheben. Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten werden ausschließlich für Rückfragen zu Ihrem Versicherungsverhältnis verwendet.



12 Lösungen zu den Übungen im Text

Lösung zu 1

Bei der Heirat von Iris Zwickel und Bruno Gries handelt es sich nicht um eine Eheschließung nach deutschem Recht, da die Eheschließung nicht vor einem Standesbeamten vorgenommen wurde. Ansprüche auf eine Familienversicherung bestehen somit nicht.

Lösung zu 2

Durch rechtskräftige Ehescheidung am 14. 06. ist Margit Künzig kein Ehegatte mehr. Sie gehört ab 14. 06. nicht mehr zum familienversicherten Personenkreis.

Lösung zu 3

Die Ehe endet

- durch Tod – § 1353 Abs. 1 Satz 1 BGB,
- durch Aufhebung – § 1313 ff. BGB,
- durch Scheidung – § 1564 ff. BGB.

Hinweis

Die Rechtsvorschriften waren nicht zu nennen.

Lösung zu 4

Eine eingetragene Lebenspartnerschaft von zwei Personen gleichen Geschlechts kam zustande durch:

- die persönliche Anwesenheit der Lebenspartner vor dem Standesamt bzw. der zuständigen Behörde und
- gegenseitige Abgabe der Erklärung, die Lebenspartnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen

Hinweise

Zur Wirksamkeit der Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft mussten beide Lebenspartner mindestens 18 Jahre alt sein. Sie durften nicht bereits verheiratet sein oder mit einer anderen Person eine eingetragene Lebenspartnerschaft begründet haben. Die Lebenspartnerschaft war zwischen engen Verwandten ausgeschlossen.

Seit 01. 10. 2017 ist die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft nicht mehr möglich.

Lösung zu 5

Heinz Lohn kann entweder bei der AOK Sachsen-Anhalt oder bei der AOK Niedersachsen familienversichert werden. Die AOK Nordost kann die Familienversicherung nicht durchführen.

Begründung

§ 10 Abs. 5 SGB V

[hier:]

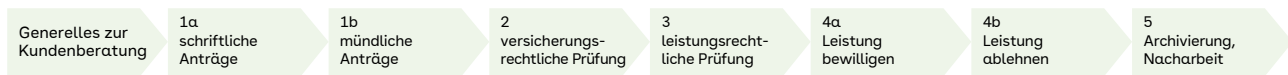
Die Voraussetzungen für die Familienversicherung sind sowohl aus der Mitgliedschaft des Vaters bei der AOK Sachsen-Anhalt als auch aus der der Mutter bei der AOK Niedersachsen erfüllt.

[also:]

Die Eltern können sich für eine dieser beiden AOKs entscheiden. Heinz Lohn steht kein Wahlrecht zu.

Hinweise

Im Rahmen des Kunden-Service der AOK kann sich Heinz Lohn selbstverständlich mit seinen Anliegen an die AOK Nordost wenden.



Denn innerhalb der AOK-Gemeinschaft wurde eine Vereinbarung über die gegenseitige Betreuung und Leistungsaushilfe getroffen. Die Vereinbarung soll allen AOK-Versicherten eine zügige und unkomplizierte Beratung und Leistungsanspruchnahme nach den für den momentanen Aufenthaltsort geltenden Regelungen ermöglichen. Selbstverständlicher Bestandteil der gegenseitigen Leistungsaushilfe ist die umfassende Beratung und Information der Versicherten über ihre Ansprüche durch die Betreuungs-AOK.

Lösung zu 6

Die Familienversicherung von Albert Eisenstein wird ab 01.07.2025 von der AOK durchgeführt.

Begründung

§ 10 Abs. 5 SGB V, § 8 Abs. 1 Fami-Meldeggrundsätze

[hier:]

Die Voraussetzungen für die Familienversicherung des Albert Eisenstein sind mehrfach erfüllt, da beide Elternteile als Mitglieder gesetzlich versichert sind. Corinna Eisenstein wechselt ab 01.07.2025 die Krankenkasse und wird Mitglied der IKK.

[also:]

Corinna Eisenstein kann für die Familienversicherung ihres Sohns ab 01.07.2025 die IKK wählen.

§ 8 Abs. 3 Fami-Meldeggrundsätze

[hier:]

Corinna Eisenstein wählt ab 01.07.2025 für den bisher bei ihrer Krankenkasse familienversicherten Sohn Albert nicht die neue Krankenkasse. Ihr Ehemann ist Mitglied der AOK.

[also:]

Ab 01.07.2025 tritt für die Familienversicherung des Albert Eisenstein ein Krankenkassenwechsel ein, weil das Wahlrecht nicht ausgeübt wurde. Albert Eisenstein ist nach dem Ende seiner Familienversicherung bei der BKK Hammer & Zange ab 01.07.2025 bei der AOK (Krankenkasse des Vaters) familienversichert.

Lösung zu 7

Die Anzeigefrist beginnt am 01.09.2025 und endet am 30.11.2025. Ein freiwilliger Beitritt ist ab 01.09.2025 möglich.

Da die Familienversicherung am 31.08.2025 endete, schließt sich die obligatorische Anschlussversicherung automatisch an. Eine Erklärung zum freiwilligen Beitritt ist somit nicht erforderlich.

Lösung zu 8.1

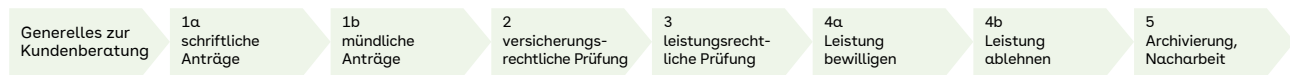
Die AOK kann die Familienversicherung ab 17.01. durchführen.

Begründung

§ 10 Abs. 5 SGB V, § 8 Abs. 1 Fami-Meldeggrundsätze

[hier:]

Udo und Kerstin Knack sind Mitglieder verschiedener Krankenkassen. Am 17.01. wird ihr gemeinsamer Sohn Max geboren. Max erfüllt die Voraussetzungen des § 10 SGB V mehrfach. Udo und Kerstin Knack haben sich entschieden, dass Max bei der AOK versichert werden soll.



[also:]

Das am 25.01. ausgeübte Wahlrecht wirkt auf den Zeitpunkt zurück, an dem die Anspruchsvoraussetzungen für die Familienversicherung erfüllt sind, also auf den Geburtstag von Max am 17. 01. Ab diesem Tag ist er damit bei der AOK familienversichert.

Lösung zu 8.2

Eine Meldung nach dem „Fami-Meldevorgang“ ist von keiner Krankenkasse vorzunehmen, auch wenn ein Wahlrecht nach § 10 Abs. 5 SGB V ausgeübt wurde, da die Familienversicherung von Max Knack erstmalig am 17. 01. bei der AOK beginnt.

Lösung zu 9

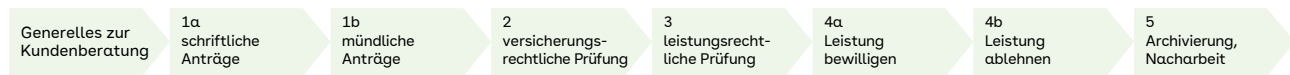
Die Familienversicherung für die Ehefrau, Sohn Marc und den jüngeren Sohn Kevin endet am 31.07.2025. Vom 01. bis 31.08. 2025 besteht für die Ehefrau und für Kevin ein nachgehender Leistungsanspruch. Beginnt Fritz Walter seine Beschäftigung am 01.09.2025, besteht ab diesem Zeit-

punkt erneut eine Familienversicherung für die Ehefrau und für Kevin. Der nachgehende Leistungsanspruch für Marc endet grds. ebenfalls am 31. 08. 2025. Die Voraussetzungen für die Familienversicherung enden jedoch bereits am 14. 08. 2025 (Vollendung des 23. Lebensjahres). Damit endet sein nachgehender Leistungsanspruch ebenfalls am 14. 08. 2025. Daher wäre eine freiwillige Versicherung ab 15. 08. 2025 für Marc vorzuschlagen, damit ein weiterer Krankenversicherungsschutz besteht. Die obligatorische Anschlussversicherung ist für Marc zu prüfen.

Lösung zu 10

Anspruchsträger und berechtigt, Leistungen zu beantragen, ist der Familienversicherte selbst, wenn er das 15. Lebensjahr vollendet hat (§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Tim Wolf kann keine Leistungen bei der AOK beantragen, weil er das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Tim Wolf ist erst zwölf Jahre alt.

4.12 · Anträge auf Familienversicherung bearbeiten



Lösung zu 11

Unterscheidungsmerkmale in der Familienversicherung zwischen GKV und PKV

gesetzliche Krankenversicherung	private Krankenversicherung
Leistungen sind abhängig von einer bestehenden Mitgliedschaft des Ehegatten bzw. Lebenspartners oder eines Elternteils	Leistungen sind abhängig vom Abschluss eines individuellen Versicherungsvertrags
beitragsfreie Versicherung aller Familienangehörigen unter bestimmten Voraussetzungen	Für jeden Familienangehörigen ist zusätzlich eine individuell zu bemessende Prämie zu zahlen.
Leistungen, mit Ausnahme der Geldleistungen, wie beim Mitglied	Leistungsumfang nach individuellem Vertrag
Leistungsansprüche grundsätzlich auch für Krankheiten, die bei Beginn der Familienversicherung bestehen	Leistungsausschlüsse für bestehende Krankheiten oder Risikoprämie

Hinweis

Es waren lediglich drei Merkmale zu erläutern.



13 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1.1

Eine Familienversicherung von Tina Sommer ist über ihre Großmutter Birgit Sommer möglich.

Begründung

§ 10 Abs. 1 Satz 1, § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 25 Abs. 1 Satz 1, § 25 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, § 1589 BGB

[hier:]

Unter einem Enkelkind versteht man das Kind eines Kindes.

Birgit Sommer ist Mitglied der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Tina Sommer ist die Tochter ihres Sohns Bernd Sommer.

[also:]

Tina Sommer ist Enkelkind und kann familienversichert werden, wenn ihre Großmutter Birgit Sommer sie überwiegend unterhält oder in ihren Haushalt aufgenommen hat.

GR v. 12.06.2019, Ziff. 2

[hier:]

Birgit Sommer hat die Enkelin Tina auf Dauer in ihrem Haushalt aufgenommen und betreut und versorgt sie, da ihr Sohn Bernd aus beruflichen Gründen die Betreuung nicht realisieren kann.

[also:]

Tina Sommer lebt in einer auf Dauer ausgelegten häuslichen Gemeinschaft mit ihrer Großmutter Birgit Sommer. Die Haushaltsaufnahme ist somit erfüllt.

§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 bis 4 SGB V, § 25 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 bis 4 SGB XI

[hier:]

Tina Sommer wohnt in Mainz, also im Inland. Sie ist weder pflicht- noch freiwillig versichert, nicht versicherungsfrei und ebenfalls nicht von der Versicherungspflicht befreit. Auch ist sie nicht selbstständig erwerbstätig.

[also:]

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Familienversicherung sind erfüllt.

§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB XI, GR v. 29. 09. 2022, Anlage

[hier:]

Tina Sommer erhält von ihrem Vater monatlich eine Unterhaltszahlung in Höhe von 256 €.

[also:]

Die monatliche Unterhaltszahlung zählt nicht zum Gesamteinkommen. Damit hat sie auch diese Voraussetzung für die Familienversicherung erfüllt.

§ 10 Abs. 2 Nr. 1 SGB V, § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB XI

[hier:]

Tina Sommer ist zehn Jahre alt.

[also:]

Sie überschreitet auch nicht die Altersgrenze für die Familienversicherung. Alle Voraussetzungen für die Familienversicherung sind somit erfüllt. Die Familienversicherung über ihre Großmutter Birgit Sommer ist möglich.



Lösung zu 1.2

Die Familienversicherung von Tina Sommer beginnt bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse am 24.08.2025.

Begründung

§ 10 Abs. 5 SGB V, § 25 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, § 8 Abs. 2 Fami-Meldeggrundsätze

[hier:]

Birgit Sommer wählt am 24. 08. 2025 für die Familienversicherung ihrer Enkelin Tina Sommer die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, bei der sie Mitglied ist. Die Voraussetzungen für die Familienversicherung sind mehrfach erfüllt. Bisher bestand die Familienversicherung bei einer BKK.

[also:]

Die Familienversicherung bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse beginnt am 24. 08. 2025.

Lösung zu 1.3

Die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse hat unverzüglich der BKK eine Meldung über den Beginn der Familienversicherung maschinell zu übermitteln. Die BKK hat ihr Versichertenverzeichnis zu aktualisieren und dies der AOK unverzüglich durch Datenübertragung zu bestätigen.

Die Meldungen dienen dem Zweck,

- die Ausübung des Wahlrechts des Mitglieds bei mehrfach begründbaren Familienversicherungen nach einheitlichen und verbindlichen Kriterien sicherzustellen,

- die vollständige Erfassung der Familienversicherten für den Risikostrukturausgleich zu sichern und in diesem Zusammenhang zu aktualisieren,
- die Versichertenverzeichnisse der Krankenkassen zeitnah zu aktualisieren, damit Doppelversicherungen nicht möglich sind sowie
- die Rückgabe der Krankenversichertenkarte bei Wechsel der Krankenkasse zu gewährleisten sowie die für die Vergabe der Krankenversichertennummer zur Identifikation des Versicherten notwendigen Angaben zu erhalten.

Lösung zu 2.1

Sven Kurz kann ab 01. 08. 2025 über seinen Vater Ralf Kurz familienversichert werden.

Begründung

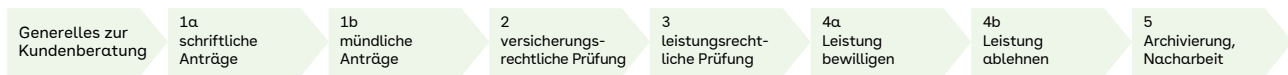
§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 5 SGB V, § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 5 SGB XI, § 30 Abs. 3 Satz 1 SGB I

[hier:]

Sven Kurz wohnt seit 01.08.2025 wieder bei seinen Eltern in Kaiserslautern und möchte im Inland bleiben. Er ist nicht pflicht- oder freiwillig versichert, nicht versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit. Außerdem übt er keine selbstständige Tätigkeit aus und verfügt über keinerlei Einkommen.

[also:]

Die allgemeinen Voraussetzungen für die Familienversicherung sind ab 01. 08. 2025 erfüllt.



§ 10 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB V, § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3 SGB XI

[hier:]

Sven Kurz hat das 18. aber noch nicht das 23. Lebensjahr vollendet. Er ist zurzeit nicht erwerbstätig. Ab 01.10.2025 beginnt er sein Studium an der Universität Kaiserslautern.

[also:]

Sven Kurz kann als erwerbsloser Jugendlicher zunächst familienversichert werden bis 06.09.2025. Da er am 01.10.2025 sein Studium beginnt, kann die Familienversicherung über den 06.09.2025 hinaus bestehen bis längstens zur Vollendung des 25. Lebensjahres (06.09.2027).

§ 10 Abs. 3 SGB V, § 25 Abs. 3 SGB XI, § 1589 BGB

[hier:]

Ralf Kurz ist Mitglied der AOK und mit Gerda Kurz verheiratet. Gerda Kurz ist die Mutter von Sven Kurz und privat kranken- und pflegeversichert. Sie hat ein Bruttoeinkommen in Höhe von monatlich 3.700 €.

[also:]

Der Ausschlusstatbestand ist zu prüfen, da Gerda Kurz mit Sven Kurz verwandt ist.

§ 6 Abs. 6 SGB V, Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung, GR v. 29. 09. 2022, Ziff. III

[hier:]

Das monatliche Gesamteinkommen von Gerda Kurz beträgt 3.700 €. Das monatliche Gesamteinkommen von Ralf Kurz beträgt 3.165,92 € (3.017 € x 13 = 39.221 € – 1.230 € Werbungskostenpauschale = 37.991 € : 12 = 3.165,92 €). Gerda Kurz ist seit 01. 01. 2009 als Selbstständige privat kranken-

ken- und pflegeversichert und ihr Einkommen ist regelmäßig höher als das ihres Ehemanns Ralf Kurz. Es überschreitet jedoch nicht 1/12 der allgemeinen Jahresarbeitsentgeltgrenze (2025, 6.150 €).

[also:]

Ein Ausschluss der Familienversicherung liegt nicht vor, da eine Voraussetzung hierfür fehlt.

§ 6 Abs. 1 Fami-Meldegrundsätze

[hier:]

Sven Kurz erfüllt ab 01. 08. 2025 die Voraussetzungen für die Familienversicherung. Sein Vater Ralf Kurz ist seit 01. 02. 2000 durchgehend Mitglied der AOK.

[also:]

Die Familienversicherung von Sven Kurz beginnt am 01. 08. 2025.

Lösung zu 2.2

Sven Kurz kann seinen privaten Kranken- und Pflegeversicherungsvertrag außerordentlich kündigen. Die Kündigung kann zum Eintritt der Familienversicherung erfolgen, wenn diese dem privaten Versicherungsunternehmen innerhalb von drei Monaten nach deren Beginn durch eine Bescheinigung der AOK nachgewiesen wird. Kündigt Sven Kurz seinen privaten Kranken- und Pflegeversicherungsvertrag später, endet seine Versicherung dort erst zum Ende des Monats, in dem er seine Familienversicherung dem Versicherungsunternehmen nachweist (§ 205 Abs. 2 VVG).