Deutsche
Rentenversicherung

Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Kommunikation
Hohenzollerndamm 46–47, 10713 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin
Telefon: 030 865-0
Internet: www.deutsche-rentenversicherung.de
E-Mail: drv@drv-bund.de

54., überarbeitete Auflage (6/2026)

Fotos: Bildarchiv Deutsche Rentenversicherung Bund
Grafiken: Julia Gandras, Berlin © Bergmoser + Höller Verlag, Aachen
Druck: Fa. H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Unsere Sozialversicherung

Unsere Sozialversicherung hat mehr und mehr an Bedeutung gewonnen, für den Einzelnen, für uns alle, für den Staat. Aufklärung, Information und Wissen über die Sozialversicherung sind in besonderem Maße notwendig. Die Deutsche Rentenversicherung hofft, mit diesem Buch dazu beizutragen, die Sozialversicherung überschaubarer zu machen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Rentenversicherung.

Das Buch wendet sich in erster Linie an junge Leute, Schüler und Berufsanfänger. Sie sollen einen Überblick erhalten über ihre sozialen Rechte und Pflichten, die sie stets begleiten. Ihr Verständnis für die staatliche Wirklichkeit soll geweckt werden.

Das Buch wendet sich aber auch an alle anderen an der Sozialversicherung Interessierten. Ihnen soll der wichtigste Teil unserer Sozialen Sicherung nähergebracht werden, damit sie ihn besser verstehen, beurteilen und mitgestalten können.

Die Deutsche Rentenversicherung

Unsere Sozialversicherung – wichtigster Teil der Sozialen Sicherung

Inhaltsverzeichnis

5 Geschichte der Sozialversicherung
6 Frühzeit und Mittelalter
8 Zeit der Industrialisierung
12 Zeit des Übergangs
14 Zeit der Reformen
15 Gegenwart

17 Selbstverwaltung
18 Selbstverwaltungsorgane
19 Wahl der Organmitglieder
21 Aufgaben der Organe
22 Geschäftsführer
23 Träger der Deutschen Rentenversicherung
25 Deutsche Rentenversicherung Bund
28 Bundesagentur für Arbeit
29 Der Gemeinsame Bundesausschuss
30 Spitzenverband Bund der Krankenkassen
32 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
35 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.

39 Allgemeine Rentenversicherung
40 Versicherte Personen
46 Finanzierung
50 Versicherungskonto
55 Digitale Rentenübersicht
56 Rehabilitation
63 Rentenarten
72 Rentenhöhe
81 Krankenversicherung der Rentner
83 Pflegeversicherung der Rentner
83 Besteuerung von Renten und Beiträgen
85 Versicherungsträger und Zuständigkeit
88 Jugendkommunikation: den richtigen Ton treffen

89 Knappschaftliche Rentenversicherung
90 Versicherte Personen
90 Finanzierung
91 Rehabilitation
92 Rentenarten
94 Rentenhöhe
95 Versicherungsträger

97 Alterssicherung der Landwirte
98 Versicherte Personen
100 Finanzierung
101 Rehabilitation
102 Rentenarten
107 Rentenhöhe
109 Hilfen zur Aufrechterhaltung des Unternehmens
111 Träger der Alterssicherung

113 Arbeitsförderung
114 Versicherte Personen
116 Finanzierung
117 Leistungen der Arbeitsförderung
127 Entgeltersatzleistungen
136 Träger der Arbeitsförderung

Inhaltsverzeichnis

137 Grundsicherung für Arbeitsuchende
138 Berechtigte
139 Leistungen
144 Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

145 Krankenversicherung
146 Versicherte Personen
151 Finanzierung
161 Leistungen
174 Versicherungsträger

179 Unfallversicherung
180 Versicherte Personen
182 Finanzierung
183 Prävention
185 Leistungen
195 Versicherungsträger

197 Pflegeversicherung
198 Versicherte Personen
200 Finanzierung
204 Leistungsberechtigte Personen
208 Leistungen der Pflegeversicherung
220 Versicherungsträger

221 Sozialgerichtsbarkeit
222 Aufbau der Gerichte
225 Gerichtsverfahren
232 Rechtsmittel
235 Beispiel aus der Praxis

240 Begriffe

251 Sachverzeichnis

Geschichte der Sozialversicherung

Das Bedürfnis sich gegen bestimmte Lebensrisiken abzusichern und für diese Fälle Vorsorge zu treffen, hatten Menschen zu jeder Zeit. Solche sozialen Lebensrisiken, die als „Wechselfälle des Lebens“ bezeichnet werden, sind insbesondere Krankheiten, Unfälle, Invalidität (verminderte Erwerbsfähigkeit), Alter, Pflegebedürftigkeit und Tod. Ebenso kann der Eintritt von Arbeitslosigkeit dazu gerechnet werden.

Soziale Sicherung gehört heute zur Lebensgrundlage eines jeden Bürgers. Ein Teil hiervon – der wichtigste Teil – ist unsere Sozialversicherung.

Was ist das?

Unsere Sozialversicherung – das ist die Versicherung, die unser ganzes Leben begleitet; eine wertvolle Begleitung. Jeder kann die Gewissheit haben, geschützt zu sein vor Schwierigkeiten, Unvorhergesehenem, Unerwartetem, materieller Not und sozialem Abstieg.

Unsere Sozialversicherung – das ist die Versicherung, die unter den Versicherten ausgleicht. Jeder trägt mit seinen Beiträgen dazu bei, hat soziale Pflichten, hat Anspruch auf Leistungen, hat soziale Rechte.

Unsere Sozialversicherung – das ist die Versicherung, die wir selbst verwalten, an der die von uns gewählten Vertreter mitwirken, Rechte ausüben, die Verwaltung sozial und lebensnah gestalten.

Wer heute in der Sozialversicherung versichert ist, hat im Rahmen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, verminderter Erwerbsfähigkeit und Alter. Ein Recht auf wirtschaftliche Sicherung haben auch die Hinterbliebenen eines Versicherten.

Zum System der Sozialen Sicherung gehört auch die Bildungs- und Arbeitsförderung. Ein wichtiger Teil der Arbeitsförderung ist die Arbeitslosenversicherung.

Frühzeit und Mittelalter

Eine soziale Sicherung über eine soziale Versicherung gab es in der Antike und der Frühzeit nicht. Damals sorgte die Familie oder die Sippe für die Invaliden, Alten oder die Hinterbliebenen. Dies war eine allgemein anerkannte gesellschaftliche Aufgabe.

Griechische und römische Antike

Bürger des antiken Griechenlands erhielten bei Invalidität durch ein kriegerisches Ereignis, im Alter oder bei Vorliegen eines körperlichen Gebrechens eine staatliche Unterstützung. Kriegswaisen erhielten bis zur Volljährigkeit ebenfalls eine finanzielle Unterstützung sowie Aufsicht und Erziehung. Daneben erhielten erwerbslose und mittellose Menschen, deren Existenz bedroht war, staatliche Armenfürsorge in Form von Geld, Nahrung und Kleidung. Das öffentliche Gesundheitswesen war vorrangig für die Bekämpfung von Epidemien und für die Therapie von Kriegsinvaliden zuständig.

Im antiken Rom gab es eine gezielte Armenpolitik, indem die Getreidepreise für die städtische Bevölkerung durch staatliche Zuschüsse niedrig gehalten wurden. Getreide oder Brot wurde an ärmere Bürger der Stadt auch kostenlos abgegeben. Zur Sicherung der Ernährung armer Kinder existierte ein System von Familienbeihilfen, das durch Stiftungsgelder finanziert wurde. Daneben gab es auch Selbsthilfeeinrichtungen (beispielsweise Kranken- und Sterbekassenvereine) auf berufsständischer Grundlage. Sie gewährten Heilmittel und Krankenhilfe bei Krankheit oder Unfall sowie Geldbeträge an Hinterbliebene von Mitgliedern. Diese wurden durch Beitrittsgebühren und Beiträge finanziert. Für das öffentliche Gesundheitswesen im antiken Rom waren Ärzte zuständig, die von den Lokalverwaltungen bezahlt wurden und für jeden Bürger verfügbar waren.

Mittelalter

In den landwirtschaftlich geprägten Regionen erfolgte eine soziale Sicherung bis weit in die Neuzeit hauptsächlich durch die Familie und Sippe. Die Betreuung der Armen, Kranken, Alten, Witwen und Waisen war in erster Linie Sache der Familien und der Verwandtschaft. Daneben gab es Fürsorgepflichten der Grundherren (der Adligen und Ritter) für die Armen und Schwachen, die zuvor als Dienstpersonal von ihnen abhängig waren.

Die Kirchen entwickelten aus dem Geist der christlichen Nächstenliebe (Caritas) verschiedene Einrichtungen wie Asyle und Hospitäler zur Hilfe, Unterstützung und Pflege von Armen,

Das griechische Wort „Almosen“ bedeutet „mildtätige Gabe“.

Kranken, Alten, Witwen und Waisen. Getragen und finanziert wurden diese durch die Kirchengemeinden und Klöster sowie die Almosengabe der Gläubigen an die Bedürftigen.

Im 12. Jahrhundert verhängte die Kirche ein Praxisverbot für Geistliche. Daraufhin überließen zahlreiche deutsche und europäische Klöster ihre Herbergen und Spitäler Laienhelfern oder Laienbrüdern. Aus diesen gingen teilweise weltliche Orden hervor, zum Beispiel die noch heute aktiven Johanniter und Malteser.

Mit dem Aufstieg der Städte seit dem 14. Jahrhundert ging auch ein Wandel der Armen- und Krankenhilfe einher: Es wurden städtische Armenfonds zur Unterstützung Bedürftiger eingerichtet. Dies hatte eine Zurückdrängung der kirchlichen Fürsorge zur Folge. Die Armenfonds wurden überwiegend durch Stiftungen und durch gesonderte Armensteuern finanziert.

Die im Spätmittelalter entstehenden Zünfte und Gilden schufen Unterstützungseinrichtungen für ihre Mitglieder und deren Familien. Zünfte waren örtliche Handwerkervereinigungen mit meist verpflichtender Zugehörigkeit (Zunftzwang). Gilden waren Zusammenschlüsse von Kaufleuten und Händlern, die aus wirtschaftlichen Interessen geschaffen wurden. Sie sollten ihre Mitglieder jedoch auch bei Unfall oder Krankheit so gut wie eben möglich unterstützen. Gilden wurden auch von Bauern oder als Bruderschaften aus religiösen Motiven gegründet.

Wegen der besonderen Berufsgefahr im Bergbau gab es hier schon frühzeitig Selbsthilfeeinrichtungen. Die Bruderschaft der Bergleute – die Knappschaft – half Betroffenen. Außerdem verrichtete sie deren Arbeit mit, sodass kein Verdienstausfall eintrat. Später stellte man an den Lohntagen Büchsen auf, in die jeder Knappe nach Belieben Geld einwarf. Aus der freiwilligen Spende wurde dann die Verpflichtung zur Entrichtung des „Büchsenpfennigs“ und aus der Spende später feste Beiträge. Die Büchsenkassen entwickelten sich schließlich zu Knappschaftskassen, aus denen den Bergleuten und ihren Familien Krankheitskosten, Arzneien oder Sterbegeld ersetzt wurden.

Die Büchsenkasse verwaltete ein Knappschaftsältester.

Als Auftakt der deutschen und auch der europäischen Sozialversicherung wird heute der 28. 12. 1260 angesehen. Damals sicherte der Hildesheimer Bischof Johann I. von Brakel urkundlich der Sankt Johannis Bruderschaft am Rammelsberg bei Goslar seinen Schutz zu. Die Sankt Johannis Bruderschaft unterstützte kranke und verletzte Bergleute und deren Hinterbliebenen.

Diese Urkunde ist deshalb so bedeutend, weil sie erstmals einen Hinweis auf eine organisierte Sozialfürsorge enthält.

Gedenkstein auf dem Marktplatz von Goslar: Rammelsberg Wiege der Sozialversicherung

Zeit der Industrialisierung

Der Beginn der Industrialisierung war zugleich eine völlig neue Herausforderung an die soziale Sicherung. Zünfte und Gilden verloren an Bedeutung. Wer als Industriearbeiter aus dem Arbeitsleben wegen Krankheit, Invalidität oder Alter ausscheiden musste, konnte nicht mehr eine solidarische Hilfe anderer erwarten.

Diese tiefgreifende soziale Umwälzung machte ein Eingreifen des Staates erforderlich. Als Erster wurde im deutschen Raum der preußische Staat aktiv. Im Preußischen Allgemeinen Landrecht vom 5. 2. 1794 finden sich schon Bestimmungen über die staatliche Armenpflege. Hier heißt es zum Beispiel, dass es dem Staat zukommt, für die Ernährung und Verpflegung derjenigen Bürger zu sorgen, die sich ihren Unterhalt nicht selbst verschaffen und ihn auch von anderen Privatpersonen, die nach besonderen Gesetzen dazu verpflichtet sind, nicht erhalten können.

Die Entwicklung blieb aber nicht bei der staatlichen Fürsorge stehen. Es folgten Zeiten, in denen Einrichtungen (Versicherungen) entstanden, an die Beiträge gezahlt wurden, um später Leistungen zu erhalten, die vor wirtschaftlichem Schaden bewahren.

Erste Gesetze in der Knappschaft

Das Gesetz über die Vereinigung der Berg-, Hütten- und Salinenarbeiter in Knappschaften vom 10. 4. 1854 war die erste landesgesetzliche, öffentlich-rechtliche Arbeiterversicherung. Mit diesem Gesetz wurden die Knappschaftskassen einheitlich organisiert und der Zwang zu ihrer Bildung eingeführt; die Bergarbeiter wurden zur Beitragszahlung verpflichtet und die Mindestleistungen der Kassen festgelegt.

Gerhart Hauptmann thematisierte diese Situation beispielsweise in seinem Theaterstück „Die Weber".

Doch diese und auch andere landesgesetzliche Regelungen waren zur Lösung der sozialen Fragen noch unzureichend, weil sie nur einen Teil der Bevölkerung betrafen. Die sozialen Missstände der anderen Berufsgruppen verlangten auch eine Lösung.

Kaiserliche Botschaft als Meilenstein

Anlässlich der Eröffnungssitzung des Deutschen Reichstags am 17. 11. 1881 verlas Reichskanzler Fürst Otto von Bismarck anstelle der Thronrede des damals erkrankten Kaisers Wilhelm I. eine Kaiserliche Botschaft, die heute als „Magna Charta" oder auch als die Geburtsurkunde der deutschen Sozialversicherung bezeichnet wird. Das Ziel sollte eine Sozialreform zur Absicherung der arbeitenden Bevölkerung, vor allem der Industriearbeiter sein:

- → Die Arbeiter sollen gegen die Risiken der Krankheit, des Betriebsunfalls und der Erwerbsunfähigkeit durch Alter oder Invalidität versichert werden.
- → Sie sollen einen Rechtsanspruch auf die Leistungen haben.
- → Die Versicherung soll auf der Grundlage der Selbstverwaltung durchgeführt werden.

Deutschland war das erste Land, das eine Sozialversicherung auf nationaler Ebene einführte. Es wurde damit weltweit zum Vorreiter beim Aufbau von staatlichen Sozialsystemen.

Krankenversicherung

Der Reformprozess wurde mit dem Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. 6. 1883 in Gang gesetzt. Für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und Gewerbebetrieben wurde eine Pflichtversicherung gegen die Risiken von Krankheiten eingeführt. Es bestand eine Pflichtmitgliedschaft in einer der staatlichen Aufsicht unterstellten Krankenkasse. Die Beiträge wurden zu zwei Dritteln vom Arbeitnehmer und zu einem Drittel vom Arbeitgeber gezahlt. Die Versicherten hatten einen Rechtsanspruch auf Krankenunterstützung (unter anderem freie ärztliche Behandlung, Arznei und Krankengeld für 13 Wochen).

Auch Wöchnerinnen bekamen Wochenhilfeunterstützung (bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach der Geburt des Kindes). Im Todesfall erhielten Hinterbliebene ein Sterbegeld.

In der Kaiserlichen Botschaft heißt es unter anderem wörtlich:

„Schon im Februar d. J. haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von Neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung der Parteistellungen.

In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstage stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können.

Für die Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form kooperativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde. Immerhin aber wird auch auf diesem Wege das Ziel nicht ohne die Aufwendung erheblicher Mittel zu erreichen sein.“

Wir Wilhelm,
von Gottes Gnaden
Deutscher Kaiser, König von Preußen,
etc. etc. etc.

Urkundlich unter Unserer Höchsteigenhändigen Unterschrift und beigedrucktem Kaiserlichen Insiegel.
Gegeben Berlin, den 17. November 1881.

Die gesetzliche Rentenversicherung wurde am 1. 1. 1891 eingeführt. Träger waren die Landesversicherungsanstalten.

Unfallversicherung

Der nächste Schritt zur Umsetzung der Reformziele war die Einführung der gesetzlichen Unfallversicherung durch das Unfallversicherungsgesetz vom 6. 7. 1884. Anstelle der privaten Haftpflicht des einzelnen Unternehmers bei Betriebsunfällen gab es eine Zwangsversicherung bei einer Berufsgenossenschaft. Die Beiträge waren daher von den Unternehmen allein zu zahlen. Versichert waren alle Arbeiter. Der im Betrieb verunglückte Arbeiter erhielt medizinische Heilbehandlung sowie bei Erwerbsunfähigkeit eine Unfallrente. Bei tödlichen Betriebsunfällen wurden Hinterbliebenenrenten gezahlt.

Invaliditäts- und Altersversicherung

Mit dem Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. 6. 1889 wurde die Grundlage für die gesetzliche Rentenversicherung geschaffen. Versicherungspflicht bestand ab dem 16. Lebensjahr für alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge oder Dienstboten und für Angestellte mit einem Jahresverdienst bis zu 2 000 Mark. Die Beiträge zahlten Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte. Die gesetzliche Rentenversicherung erbrachte Invaliden- und Altersrenten.

Mit der Reichsversicherungsordnung vom 19. 7. 1911 wurden die Sozialversicherungsgesetze der Jahre 1883 bis 1889 über die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung erstmals zu einem einheitlichen Gesetzbuch zusammengefasst und gleichzeitig reformiert. Sie war in sechs Bücher eingeteilt:

→ 1. Buch: Gemeinsame Vorschriften
→ 2. Buch: Krankenversicherung
→ 3. Buch: Unfallversicherung
→ 4. Buch: Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung
→ 5. Buch: Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten
→ 6. Buch: Verfahren

Der Kreis der Krankenversicherten wurde um die Landarbeiter, die Dienstboten und die Hausgewerbetreibenden erweitert. Für Witwen und Waisen wurden Hinterbliebenenrenten eingeführt.

Rentenversicherung der Angestellten

Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz hatte nur Angestellte mit niedrigen Verdiensten in die Versicherungspflicht der Rentenversicherung einbezogen. Für höher qualifizierte und besser verdienende Angestellte bestand bis dahin kein Versicherungsschutz. Sie forderten aber eine selbständige und unabhängige Angestelltenversicherung mit eigenem Versicherungsträger. Dies geschah mit dem Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. 12. 1911, das am 1. 1. 1913 in Kraft trat.

Die Beiträge waren höher als die für die Arbeiter. Dafür bot die Angestelltenversicherung auch bessere Leistungen bei Berufsunfähigkeit, im Alter und an Hinterbliebene. Träger war die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin.

Zeit des Übergangs

Durch den wirtschaftlichen Niedergang im Jahr 1929 als Folge des Ersten Weltkriegs von 1914 bis 1918 konnte das bewährte System der sozialen Sicherheit nicht aufrechterhalten werden. Deshalb wurden sowohl Kriegsgesetze als auch Währungsgesetze erlassen, wie sie für diese Notzeiten typisch sind.

Vom Ersten Weltkrieg bis zum Ende der Weimarer Republik

Der Ausbruch des Ersten Weltkriegs im Jahr 1914 und seine Folgen stellte auch das System der Sozialversicherung auf eine

Beim Umlageverfahren werden die Renten unmittelbar aus den laufenden Beitragseinnahmen finanziert und nur geringe Rücklagen gebildet.

harte Probe. Die Zahl der Invaliden- und Hinterbliebenenrenten stieg kriegsbedingt sprunghaft an. Die Rentenversicherungsträger verloren durch Entwertung der Geldanlagen und die Inflation etwa 90 % des Versicherungsvermögens. Die Renten von Millionen Versicherten konnten nicht mehr gezahlt werden. Das Umlageverfahren wurde eingeführt und das Rentensystem somit stabilisiert.

Trotz der schweren wirtschaftlichen Umstände wurde das Sozialversicherungssystem in den 1920er Jahren weiter ausgebaut: Mit dem Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 16. 7. 1927 wurde eine staatliche Arbeitslosenversicherung eingeführt. Träger war die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.

Die durch die Weltwirtschaftskrise in der Rentenversicherung entstandenen Defizite versuchte die Reichsregierung per Notverordnungen durch die Auflösung von Reserven und durch zusätzliche staatliche Zuschüsse auszugleichen. Die Rentenpolitik unterlag einem strikten Sparkurs. Die Ausgaben wurden erheblich reduziert. Leistungsvoraussetzungen wurden verschärft und die laufenden Renten gekürzt.

Sozialversicherung im Dritten Reich

Mit dem Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, der Angestellten- und der knappschaftlichen Versicherung vom 7. 12. 1933 sollte die durch die Weltwirtschaftskrise angeschlagene Rentenversicherung finanziell saniert werden.

Die Ausgaben wurden durch einen Leistungsumbau gedämpft und die staatlichen Zuschüsse des Reiches ausgeweitet.

Entsprechend dem totalitären Prinzip wurde durch das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. 7. 1934 die Selbstverwaltung aufgegeben. Alle Sozialversicherungszweige wurden unter dem Dach einer Reichsversicherung zusammengefasst und dem Reichsversicherungsamt unterstellt.

Einfluss der Besatzungsmächte

Nach dem Zusammenbruch des Dritten Reiches am 8. 5. 1945 waren die Gesetze zur sozialen Sicherheit weiter in Kraft. Sie wurden jedoch von den jeweiligen Besatzungsmächten durch Anordnungen stark beeinflusst.

Die für den Bereich der amerikanischen, britischen und französischen Besatzungszone ergangenen gesetzlichen Regelungen

wichen zwar voneinander ab, änderten jedoch den Gesamtcharakter der Sozialversicherung nicht. Die bisherigen Sozialversicherungsgesetze blieben im Wesentlichen bestehen.

Die Verwaltung der sowjetischen Besatzungszone ging dagegen einen eigenen Weg. In der sowjetischen Besatzungszone wurde ab 1947 eine Einheitsversicherung aufgebaut und das Gesundheitssystem verstaatlicht. Es entstand ein völlig anderes System der sozialen Sicherheit.

Nach Errichtung der Bundesrepublik Deutschland wurden zunächst Gesetze erlassen, die den Veränderungen der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse Rechnung trugen. Auch wurde die Selbstverwaltung wiederhergestellt (Selbstverwaltungsgesetz vom 22. 2. 1951). Außerdem wurde mit dem Sozialgerichtsgesetz vom 3. 9. 1953 für das Sozialrecht eine besondere Gerichtsbarkeit eingeführt: die Sozialgerichte.

Zeit der Reformen

Der durch den wirtschaftlichen Aufschwung nach 1945 erreichte Wohlstand ermöglichte auch Reformen im Bereich der Sozialen Sicherung.

Die Neuordnung der Rentenversicherung im Jahr 1957 war der erste große Schritt in die Zukunft auf dem Gebiet der Sozialreform. Die Rentenversicherung wurde grundlegend umgestaltet.

Ziel der Reform war es, auch Rentner an der allgemeinen Wohlstandsentwicklung teilnehmen zu lassen. Die Rente sollte nicht länger ein Zuschuss zum Lebensunterhalt, sondern Lohnersatz sein. An die Stelle eines statischen Systems trat ein dynamisches.

Die Rentenhöhe sollte sich im Wesentlichen an dem durchschnittlichen (Brutto-)Lohnniveau im Versichertenleben und der Anzahl der Versicherungsjahre orientieren und gleichzeitig das aktuelle Lohnniveau berücksichtigen. Außerdem waren Rentenanpassungen vorgesehen. Dies wurde mit Hilfe einer neuen Rentenformel erreicht. Für Arbeiter und Angestellte wurde ein im Wesentlichen gleiches Recht geschaffen.

Die jährliche Rentenanpassung berücksichtigte die jeweilige Erhöhung der Bruttolöhne.

Zur Finanzierung der Renten in der Arbeiter- und Angestelltenversicherung wurde statt des Kapitaldeckungsverfahres ein

„modifiziertes Umlageverfahren“ eingeführt: Für jeweils zehn Jahre sollte ein einheitlicher Beitragssatz so festgelegt werden, dass am Ende dieses Deckungsabschnitts eine Vermögensreserve im Umfang von einer Jahresausgabe vorhanden war.

Im selben Jahr folgte das Gesetz über die Altershilfe für Landwirte, mit dem diese erstmals in die Soziale Sicherung einbezogen wurden. Sie ging davon aus, dass der ältere Landwirt (der „Altenteiler“) das Recht auf Wohnung und Verpflegung auch nach der Hofübergabe behält. Die landwirtschaftliche Altershilfe nahm daher bewusst von einer vollen finanziellen Versorgung im Alter Abstand.

Im Jahr 1963 trat die Neuordnung der gesetzlichen Unfallversicherung in Kraft.

Weitere Entwicklung der Sozialen Sicherung:
- → Versicherungspflicht aller Angestellten (1968)
- → Öffnung der Rentenversicherung, insbesondere für Selbständige und Hausfrauen (1972)
- → Anpassung der Unfallrenten (1964) und Kriegsopferrenten (1972) an die wirtschaftliche Entwicklung
- → Sozialversicherung der Rehabilitanden und Behinderten (1974 und 1975)

Gegenwart

Durch die heutige Gesetzgebung soll vorrangig der Standard in der Sozialen Sicherung erhalten werden. Das gesamte Sozialrecht wird im Sozialgesetzbuch, dem SGB, zusammengefasst. Die Rechtsgebiete der Sozialversicherung sind schrittweise in dieses Sozialgesetzbuch überführt worden.

Das Sozialgesetzbuch ist in folgende Bücher gegliedert:
- → Erstes Buch **(SGB I)** – Allgemeiner Teil,
- → Zweites Buch **(SGB II)** – Grundsicherung für Arbeitsuchende,
- → Drittes Buch **(SGB III)** – Arbeitsförderung,
- → Viertes Buch **(SGB IV)** – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung,
- → Fünftes Buch **(SGB V)** – Gesetzliche Krankenversicherung,
- → Sechstes Buch **(SGB VI)** – Gesetzliche Rentenversicherung,
- → Siebtes Buch **(SGB VII)** – Gesetzliche Unfallversicherung,

Das SGB II betrifft zwar nicht die Sozialversicherung, es wird hier aber erläutert, da zahlreiche Verbindungen zu verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung bestehen.

Die Sozialgesetzbücher VIII, XII und XIV betreffen nicht die Sozialversicherung und werden deshalb in diesem Buch nicht erläutert.

- → Achtes Buch **(SGB VIII)** – Kinder- und Jugendhilfe,
- → Neuntes Buch **(SGB IX)** – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen,
- → Zehntes Buch **(SGB X)** – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz,
- → Elftes Buch **(SGB XI)** – Soziale Pflegeversicherung,
- → Zwölftes Buch **(SGB XII)** – Sozialhilfe,
- → Vierzehntes Buch **(SGB XIV)** – Soziale Entschädigung.

Einfluss anderer Gesetze

Das Sozialrecht wird ständig den sich verändernden Bedingungen des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umfeldes angepasst. Viele gesetzliche Regelungen haben in der letzten Zeit Einfluss auf die Sozialgesetze genommen, zum Beispiel:

- → Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2025 (Haushaltsgesetz 2025 – HG 2025) vom 30. 9. 2025,
- → Haushaltsbegleitgesetz 2025 vom 30. 9. 2025,
- → Vierte Verordnung über die Bezugsdauer für das Kurzarbeitergeld (Vierte Kurzarbeitergeldbezugsdauerverordnung – 4. KugBeV) vom 17. 12. 2025,
- → Gesetz zur steuerlichen Förderung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Rentenalter (Aktivrentengesetz) vom 22. 12. 2025
- → Gesetz zur Modernisierung und Digitalisierung der Schwarzarbeitsbekämpfung vom 22. 12. 2025,
- → Gesetz zur Stabilisierung des Rentenniveaus und zur vollständigen Gleichstellung der Kindererziehungszeiten vom 22. 12. 2025,
- → Gesetz zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (SGB VI-Anpassungsgesetz – SGB VI-AnpG) vom 22. 12. 2025,
- → Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22. 12. 2025,
- → Zweites Gesetz zur Stärkung der betrieblichen Altersversorgung und zur Änderung anderer Gesetze (Zweites Betriebsrentenstärkungsgesetz) vom 16. 1. 2026
- → Dreizehntes Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze,
- → Verordnung zur Bestimmung der Rentenwerte in der gesetzlichen Rentenversicherung und zur Bestimmung weiterer Werte zum 1. Juli 2026 (Rentenwertbestimmungsverordnung 2026 – RWBestV 2026).

Selbstverwaltung

Gegenstand der sozialen Rechte in der Bundesrepublik Deutschland sind die in den Sozialgesetzbüchern vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Zuständig für diese Sozialleistungen sind besondere Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger).

Ein Teil der Sozialleistungen wird durch eine gesetzliche Versicherung (Sozialversicherung) gedeckt. In der Sozialversicherung werden Personen durch Versicherungspflicht kraft Gesetzes oder Satzung oder aufgrund freiwilligen Beitritts oder freiwilliger Fortsetzung der Versicherung (Versicherungsberechtigung) versichert.

Die Träger der Sozialversicherung (Versicherungsträger) sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Die Versicherungsträger erfüllen ihre Aufgaben im Rahmen der Gesetze und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts in eigener Verantwortung. Bei der Erfüllung dieser Aufgaben können die Bürger mitwirken. Diese Mitwirkung wird Selbstverwaltung genannt.

Die Selbstverwaltung wird grundsätzlich durch die Vertreter der Versicherten und Rentner sowie Arbeitgeber ehrenamtlich ausgeübt. Die Vertreter werden in freien, gleichen und geheimen Wahlen – den Sozialwahlen – gewählt. Sozialwahlen finden alle sechs Jahre statt (die nächste im Mai 2029).

Sinn der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist es:
- **→ Versicherte, Arbeitgeber und Verwaltung möglichst eng zu verbinden,**
- **→ Erfahrungen und Nöte der Versicherten der Verwaltung nahe zu bringen,**
- **→ die Entscheidung der Verwaltung sozial und lebensnah zu machen.**

Die gesetzliche Grundlage ist das Vierte Buch des Sozialgesetzbuches.

Selbstverwaltungsorgane

Für die Mitwirkung der Versicherten und Rentner sowie der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung der Versicherungsträger werden zwei Organe gebildet: die Vertreterversammlung und der Vorstand.

Die Vertreterversammlung wird dabei als „Parlament“ des Versicherungsträgers, der Vorstand als seine „Regierung“ bezeichnet. Jeder Versicherungsträger hat einen Geschäftsführer, der dem Vorstand mit beratender Stimme angehört. Die Vertreterversammlung, der Vorstand und der Geschäftsführer nehmen im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Aufgaben des jeweiligen Versicherungsträgers wahr.

Bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen werden hiervon abweichend ein Verwaltungsrat als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. Die Aufgaben des Verwaltungsrats entsprechen denen der Vertreterversammlung und des Vorstands bei anderen Versicherungsträgern. Bei Krankenkassen mit bis zu 500 000 Mitgliedern besteht der hauptamtliche Vorstands aus höchstens zwei Personen, bei mehr als 500 000 Mitgliedern aus höchstens drei Personen. Ein mehrköpfiger Vorstand muss mit mindestens einer Frau und mit mindestens einem Mann besetzt sein.

Die Vertreterversammlung hat höchstens 60 Mitglieder. Dem Verwaltungsrat der Krankenkassen gehören jedoch höchstens 30 Mitglieder an.

Zusammensetzung der Organe

Die Selbstverwaltungsorgane setzen sich in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung unterschiedlich zusammen:

- → in der Krankenversicherung, in der Rentenversicherung und in der Unfallversicherung je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber;
- → bei den Ersatzkassen sind Organmitglieder nur die Versicherten (also nicht die Arbeitgeber);
  bei den Betriebskrankenkassen ist außer den Versicherten nur der jeweilige Arbeitgeber Organmitglied; er hat die gleiche Anzahl der Stimmen wie die Versichertenvertreter;
- → in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau je zu einem Drittel aus Vertretern der Versicherten, der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und der Arbeitgeber.

Dies gilt nicht nach Fusionen mit einer Krankenkasse einer anderen Kassenart.

Der Verwaltungsrat muss mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten bestehen.

Satzung

Jeder Versicherungsträger hat eine Satzung. Darin ist auch die Anzahl der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane festgelegt. Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen können die Zusammensetzung des Verwaltungsrates in ihrer Satzung mit einer Dreiviertelmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder von der folgenden Wahlperiode an abweichend regeln. Das betrifft besonders die Zahl der Arbeitgeber- und Versichertenvertreter sowie die Zahl und die Verteilung der Stimmen. Vereinigen sich Krankenkassen, können ihre Verwaltungsräte die Zusammensetzung des Verwaltungsrates der neuen Krankenkasse auch für die laufende Wahlperiode regeln.

Merke:

Selbstverwaltung ist das Mitwirken des Bürgers bei der Erfüllung der Staatsaufgaben. Sie gibt es auch in der Sozialversicherung. Selbstverwalten heißt mitgestalten.

Organe der Selbstverwaltung sind im Allgemeinen die Vertreterversammlung und der Vorstand. Sie setzen sich zusammen aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber.

Wahl der Organmitglieder

Versicherte und Arbeitgeber wählen bei den Sozialversicherungswahlen jeweils getrennt die Vertreter ihrer Gruppen in die Vertreterversammlung. Von der Vertreterversammlung werden die Mitglieder des Vorstandes gewählt.

Bei den Trägern der Rentenversicherung gehören zur Gruppe der Versicherten auch die Rentner, die eine Rente aus eigener Versicherung beziehen.

Die Vertreter der Versicherten werden bei den Sozialversicherungswahlen auf der Grundlage von Vorschlagslisten gewählt, die von Gewerkschaften und anderen selbständigen Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung (sonstige Arbeitnehmervereinigungen) sowie deren Verbände eingereicht wurden.

Für die Wahl der Vertreter der Arbeitgeber erstellen Vereinigungen von Arbeitgebern sowie deren Verbände entsprechende Vorschlagslisten.

Bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen muss jede Vorschlagsliste mindestens 40 % weibliche und 40 % männliche Bewerber enthalten.

Bei den nächsten Sozialwahlen im Jahr 2029 wählen die Wahlberechtigten ihre Vertreter durch eine briefliche Stimmabgabe (Briefwahl). Sieht die Satzung des Versicherungsträgers die Möglichkeit der Online-Wahl vor, kann die Wahl auch ergänzend durch elektronische Stimmabgabe erfolgen.

Die Ersatzkassen sowie die Deutsche Rentenversicherung Bund wollen alle notwendigen organisatorischen und technischen Vorbereitungen treffen, um ihren Versicherten bei den nächsten Sozialwahlen im Jahr 2029 auch eine Online-Sozialwahl zu ermöglichen.

Die Vorschlagslisten der Renten- und Unfallversicherungsträger sollen bei der Sozialversicherungswahl im Jahr 2029 mindestens 40 % weibliche und 40 % männliche Bewerber enthalten.

Die Sozialversicherungswahlen sind frei, geheim und öffentlich; es gelten die Grundsätze der Verhältniswahl. Dabei werden nur die Vorschlagslisten berücksichtigt, die mindestens 5 % der abgegebenen gültigen Stimmen erhalten haben.

Wahlberechtigt sind Versicherte, die am 2. Januar des Wahljahres das 16. Lebensjahr vollendet haben, und Arbeitgeber. Auch Rentner sind wahlberechtigt.

Die Wahlen finden alle sechs Jahre statt. Einigen sich die Vereinigungen der Arbeitnehmer oder Arbeitgeber auf eine Vorschlagsliste, so gelten die in der Liste genannten Kandidaten als gewählt. Dann findet keine Wahlhandlung statt.

Merke:

Versicherte und Arbeitgeber wählen die Mitglieder der Vertreterversammlung. Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen nominieren die Kandidaten auf getrennten Vorschlagslisten. Die Wahl ist frei und geheim. Die Vertreterversammlung wählt den Vorstand.

Amtsdauer der Organmitglieder ist sechs Jahre.

Aufgaben der Organe

Vertreterversammlung und Vorstand haben Aufgaben, die für den Versicherten und den Versicherungsträger wichtig sind. Sie sind ihnen durch Gesetz und Satzung zugewiesen.

Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung hat insbesondere die Aufgabe,

- → den Haushalt festzustellen, also die Einnahmen und Ausgaben für das kommende Jahr zu beschließen,
- → die Jahresrechnung für das vergangene Jahr abzunehmen und damit den Vorstand zu entlasten,
- → die Mitglieder des Vorstandes zu wählen,
- → die Satzung zu beschließen und
- → die Geschäftsführung zu wählen.

Die jeweilige Satzung eines Versicherungsträgers kann Bestimmungen enthalten, dass deren Vertreterversammlung Versichertenälteste sowie Vertrauenspersonen der Arbeitsgeber wählt.

Vorstand

Der Vorstand hat insbesondere die Aufgabe,

- → den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten,
- → den Entwurf des Haushaltsplanes für das kommende Jahr aufzustellen und ihn der Vertreterversammlung zur Beschlussfassung zuzuleiten,
- → die Jahresrechnung zu prüfen und sie der Vertreterversammlung zur Abnahme vorzulegen,
- → den jährlichen Geschäftsbericht zu erstatten,
- → das Vermögen des Versicherungsträgers anzulegen,
- → Grundstücke zu erwerben, zu veräußern und zu belasten,
- → Angestellte und Beamte höherer Gehaltsgruppen einzustellen, zu befördern und zu entlassen sowie
- → Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte zu erlassen.

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane sowie die Versichertenältesten und die Vertrauenspersonen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Für die Zeiten der Ausübung ihres Ehrenamtes sind sie von ihrer Arbeit oder dienstlichen Tätigkeit freizustellen, soweit dringende betriebliche oder dienstliche Belange dem nicht entgegenstehen.

Merke:

Vertreterversammlung und Vorstand haben Aufgaben, die ihnen durch Gesetz und Satzung zugewiesen sind.

Es sind für die Versicherten und den Versicherungsträger besonders wichtige Aufgaben: Finanz- und Personalfragen.

Geschäftsführer

Der Geschäftsführer führt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte, soweit Gesetz oder sonstiges für den Versicherungsträger maßgebendes Recht nichts Abweichendes bestimmen. Er vertritt den Versicherungsträger insoweit gerichtlich und außergerichtlich.

Jeder Versicherungsträger hat einen Geschäftsführer. Dies gilt nicht für die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen und die Bundesagentur für Arbeit. Die Krankenkassen haben einen hauptamtlichen Vorstand. Der Geschäftsführer übt seine Tätigkeit hauptberuflich aus und ist verantwortlich für die laufenden Verwaltungsgeschäfte und den täglichen Dienstbetrieb.

Der Geschäftsführer ist mit den Organen der Selbstverwaltung eng verknüpft. Er wird von der Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes in sein Amt gewählt. Dem Vorstand gehört er mit beratender Stimme an.

Bei Versicherungsträgern mit mehr als 1,5 Millionen Versicherten kann die Satzung bestimmen, dass die Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstands eine aus drei Personen bestehende Geschäftsführung und aus deren Mitte einen Vorsitzenden wählt. Das gilt auch für Versicherungsträger, die für mehrere Versicherungszweige zuständig sind. Die Geschäftsführung muss mit mindestens einer Frau und mit mindestens einem Mann besetzt sein.

Träger der Deutschen Rentenversicherung

Die Träger der Deutschen Rentenversicherung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Selbstverwaltung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand. Die Mitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus.

Die Träger der Rentenversicherung sind:

Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Deutsche Rentenversicherung Hessen
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
Deutsche Rentenversicherung Nord
Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Deutsche Rentenversicherung Saarland
Deutsche Rentenversicherung Schwaben
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Vertreterversammlung

Das höchste Organ der Selbstverwaltung ist die Vertreterversammlung. Sie besteht aus jeweils höchstens 30 Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Die Vertreterversammlung wird für sechs Jahre von Arbeitgebern und Versicherten gewählt. Der Vorsitz wechselt jährlich am 1. 10. zwischen dem Vertreter der Versicherten und dem Vertreter der Arbeitgeber.

Die Zusammensetzung der Vertreterversammlungen wird durch die Sozialwahl bestimmt. Dies geschieht entweder in einer Urwahl mit Wahlhandlung (Briefwahl oder Online-Wahl) oder in einer sogenannten Friedenswahl (ohne Wahlhandlung). Bei der Friedenswahl wird auf die eigentliche Wahlhandlung verzichtet. Das ist möglich, wenn genau so viele Kandidaten von den Sozialpartnern vorgeschlagen wurden, wie Mandate zu vergeben sind.

Lesen Sie bitte dazu Seite 20.

Bei den letzten Sozialwahlen im Mai 2023 fanden für die Rentenversicherung nur bei der Deutschen Rentenversicherung Bund Urwahlen statt; bei allen anderen Rentenversicherungsträgern erfolgte eine Friedenswahl.

Zu den weiteren Aufgaben der Vertreterversammlung gehört die Wahl der Versichertenältesten. Sie werden auf der Grundlage von Vorschlagslisten von den Vertretern der Versicherten in der Vertreterversammlung gewählt. Außerdem wählen die Vertreter der Versicherten und der Arbeitsgeber in der Vertreterversammlung jeweils getrennt nach Gruppen die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse und ihre Stellvertreter.

Die wesentlichen Aufgaben der Vertreterversammlung werden auf Seite 21 beschrieben.

Die Widerspruchsausschüsse entscheiden unter anderem über die Widersprüche zu Versicherungs-, Beitrags- und Rentenangelegenheiten sowie zu medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen.

Lesen Sie dazu bitte auch ab Seite 227.

Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund werden auf Vorschlag der Arbeitgebervereinigungen oder deren Verbände von der Vertreterversammlung Vertrauenspersonen zum Mitglied der Widerspruchsausschüsse als Vertreter der Gruppe der Arbeitgeber gewählt.

Die Vertreterversammlungen der Regionalträger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See wählen aus ihrer Selbstverwaltung jeweils zwei Mitglieder in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Gewählten müssen je zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber angehören.

Vorstand

Der Vorstand trifft die grundsätzlichen Entscheidungen des jeweiligen Rentenversicherungsträgers. Als seine „Regierung“ wird der Vorstand von der Vertreterversammlung gewählt. Er besteht aus Vertretern der Arbeitgeber und Vertretern der Versicherten. Arbeitgeber- und Versichertenvertreter wechseln sich an der Spitze des Vorstands im jährlichen Turnus jeweils am 1. 10. ab.

Die wichtigsten Aufgaben des Vorstands sind auf Seite 21 aufgeführt.

Deutsche Rentenversicherung Bund

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat eine Doppelfunktion: Sie nimmt die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben für die gesamte Rentenversicherung wahr und hat gleichzeitig Trägeraufgaben auf Bundesebene als Versicherungsträger der allgemeinen Rentenversicherung.

Dieser doppelten Aufgabenstruktur entsprechend müssen auch die Selbstverwaltungsorgane gebildet werden. Die Selbstverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Bund besteht daher aus der Bundesvertreterversammlung und dem Bundesvorstand sowie der Vertreterversammlung und dem Vorstand.

Bundesvertreterversammlung

Die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund besteht aus 60 Mitgliedern. Von den Versicherten und Rentnern sowie den Arbeitgebern der Deutschen Rentenversicherung Bund (als Träger der allgemeinen Rentenversicherung auf Bundesebene) wurden in den Sozialwahlen 2023 insgesamt 30 Mitglieder gewählt. Diese sind Teil der Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ferner wurden noch je zwei Mitglieder von den 14 Regionalträgern (ehemals Landesversicherungsanstalten) sowie von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See in die Bundesvertreterversammlung der Deutschen Rentenversicherung Bund entsandt.

Da die Zusammensetzung der Bundesvertreterversammlung nicht der im Gesetz vorgesehenen Quotierung von Bundes- und Regionalebene von 45:55 entspricht, erfolgen Abstimmungen mit gewichteten Stimmen. Entscheidungen der Bundesvertreterversammlung müssen mit einer Zweidrittelmehrheit der gewichteten Stimmen getroffen werden.

30 + 2 Mitglieder der Bundesebene haben eine Gewichtung von 45 %, 28 Mitglieder der Regionalebene eine von 55 %.

Bundesvorstand

Der Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund besteht aus 22 Mitgliedern. Zwölf Mitglieder werden auf Vorschlag der Vertreter der Regionalträger, acht Mitglieder auf Vorschlag der im Rahmen der Sozialwahlen gewählten Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Bund und zwei Mitglieder auf Vorschlag der Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gewählt.

Die Gewählten müssen je zur Hälfte der Gruppe der Versicherten und der Gruppe der Arbeitgeber angehören.

Aufgaben der Selbstverwaltungsorgane

Bundesvertreterversammlung und Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund sind zuständig, wenn es sich um Beschlüsse zu Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und um gemeinsame Angelegenheiten handelt.

Vertreterversammlung und Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Bund entscheiden in den Angelegenheiten, die die Deutsche Rentenversicherung Bund als Träger der allgemeinen Rentenversicherung wahrnimmt (Trägerangelegenheiten).

Die Vertreterversammlung wird von den Versicherten und Arbeitgebern der Deutschen Rentenversicherung Bund gewählt. Sie hat 30 Mitglieder.

Der Vorstand umfasst acht Mitglieder und wird durch die Vertreterversammlung gewählt.

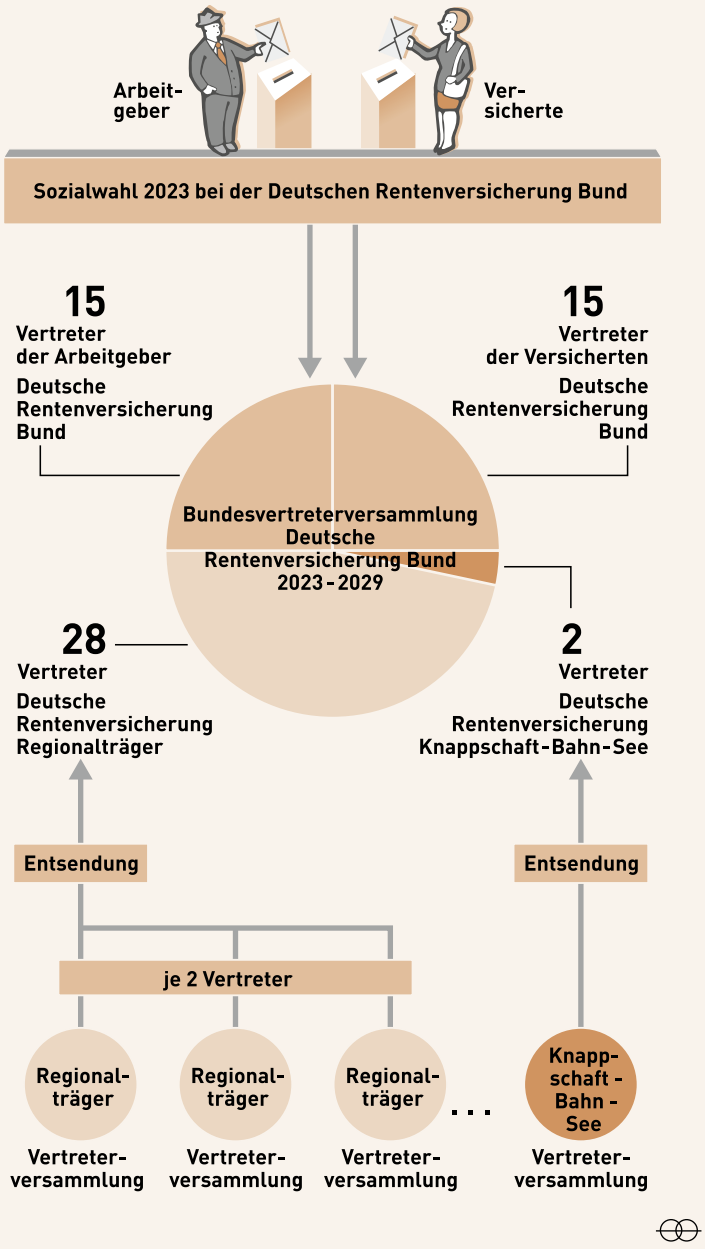
Die Organe sind beispielsweise für folgende Trägerbelange zuständig:
- → Haushalt,
- → Personalentscheidungen,
- → Wahl der Versichertenberater und
- → Wahl der Widerspruchsausschüsse.

Geschäftsführung

Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund werden die Aufgaben des Geschäftsführers durch das Direktorium wahrgenommen. Dieses führt hauptamtlich die laufenden Verwaltungsgeschäfte und vertritt die Deutsche Rentenversicherung Bund insoweit gerichtlich und außergerichtlich. Das Direktorium der Deutschen Rentenversicherung Bund besteht aus einem Präsidenten als Vorsitzenden und zwei Geschäftsführern. Es wird von der Vertreterversammlung auf Vorschlag des Vorstandes für sechs Jahre gewählt, eine Wiederwahl ist möglich.

Das Direktorium ist sowohl für die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben als auch für die Trägeraufgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund zuständig. Die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und die Außendarstellung nimmt grundsätzlich der Präsident wahr. Im Übrigen werden die jeweiligen Aufgabenbereiche der einzelnen Mitglieder des Direktoriums

Wahl im Jahr 2023



durch die Satzung der Deutschen Rentenversicherung Bund bestimmt.

Daneben gibt es noch ein Erweitertes Direktorium. Zu seinen Aufgaben zählt unter anderem, notwendige ergänzende Maßnahmen zur Stabilisierung der Arbeitsmenge bei den Trägern sowie die Ausgestaltung des Ausgleichsverfahrens zu beschließen. Es nimmt außerdem Aufgaben im Bereich des Finanzverbundes der Rentenversicherungsträger wahr.

Zum Ausgleichsverfahren siehe Seite 86.

Das Erweiterte Direktorium setzt sich aus drei Mitgliedern der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Bund, fünf Geschäftsführern der Regionalträger und einem Geschäftsführer der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zusammen.

Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit ist Träger der Arbeitsförderung. Sie gliedert sich in die Zentrale in Nürnberg, die Regionaldirektionen und die Agenturen für Arbeit. Als eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung führt sie ihre Aufgaben im Rahmen des für sie geltenden Rechts eigenverantwortlich durch.

Verwaltungsrat und Verwaltungsausschüsse

Organe der Selbstverwaltung sind bei der Bundesagentur für Arbeit der Verwaltungsrat und bei den Agenturen für Arbeit die Verwaltungsausschüsse.

Die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane setzen sich zu je einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber, Arbeitnehmer und der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Kommunen) zusammen. Sie werden nicht gewählt, sondern auf Vorschlag berufen.

Der Vorschlag für die Mitglieder im Verwaltungsrat kommt für die Gruppe der Arbeitnehmer von den Gewerkschaften und ihren Verbänden, für die Gruppe der Arbeitgeber von den Arbeitgeberverbänden sowie ihren Vereinigungen. Für die Gruppe der öffentlichen Körperschaften schlagen die Bundesregierung und der Bundesrat jeweils drei Mitglieder und die Spitzenvereinigungen der kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften ein Mitglied vor.

Für die Verwaltungsausschüsse der Agenturen für Arbeit sind nur die für den Bezirk zuständigen Gewerkschaften und ihre Verbände sowie die Arbeitgeberverbände und ihre Vereinigungen vorschlagsberechtigt. Die Mitglieder der Gruppe der öffentlichen Körperschaften in den Verwaltungsausschüssen werden von den Aufsichtsbehörden der Gemeinden und Gemeindeverbänden vorgeschlagen.

Die Berufung der Mitglieder des Verwaltungsrats erfolgt durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Mitglieder der Verwaltungsausschüsse beruft der Verwaltungsrat.

Die Amtsdauer beträgt jeweils sechs Jahre.

Vorstand

Die Bundesagentur für Arbeit wird von einem Vorstand geleitet, der aus einem Vorsitzenden und zwei weiteren Mitgliedern besteht. Die Amtszeit beträgt fünf Jahre. Mehrere Amtszeiten sind zulässig. Die Mitglieder des Vorstands werden vom Verwaltungsrat vorgeschlagen und von der Bundesregierung benannt. Die Ernennung der Mitglieder des Vorstands erfolgt durch den Bundespräsidenten.

Der Vorstand muss mit mindestens einer Frau und mindestens einem Mann besetzt sein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Hier beraten die Vertreter der Krankenkassen sowie der Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser) gemeinsam die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung und die medizinischen Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Am G-BA sind die vier großen Selbstverwaltungsorganisationen im Gesundheitssystem beteiligt:

- → Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV),
- → Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV),
- → Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und
- → Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband).

Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die rund 73 Millionen Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser.

Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten, besitzen Mitberatungs- und Antragsrechte, jedoch kein Stimmrecht im G-BA.

Die Aufsicht über den G-BA führt das Bundesministerium für Gesundheit.

Das Beschlussgremium des G-BA besteht aus:

- → einem unparteiischen Vorsitzenden,
- → zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie
- → einem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,
- → zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
- → zwei von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und
- → fünf von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern.

Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt jeweils sechs Jahre. Der G-BA wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Die Krankenkassen bilden einen Spitzenverband mit der Bezeichnung „Spitzenverband Bund der Krankenkassen". Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gehören alle gesetzlichen Krankenkassen an. Er vertritt als zentrale Interessenvertretung die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene und gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt im Rechts- und Geschäftsverkehr den Namen „GKV-Spitzenverband". Er ist gleichzeitig der Spitzenverband der Pflegekassen.

Die „Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene" der verschiedenen Krankenkassenarten wirken als Gesellschaften des bürgerlichen Rechts. Sie konzentrieren sich auf verschiedene Serviceleistungen und wettbewerbliche sowie leistungsrechtliche Fragestellungen für ihre Kassenart.

Organe der Selbstverwaltung

Selbstverwaltungsorgane des GKV-Spitzenverbands sind der Verwaltungsrat und der von ihm gewählte Vorstand sowie die Mitgliederversammlung.

Die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes tritt zusammen, nachdem die Selbstverwaltungsorgane der Mitgliedskassen bei den Sozialversicherungswahlen gewählt wurden. Jede der Mitgliedskassen entsendet jeweils einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber aus ihrem Verwaltungsrat, ihrem ehrenamtlichen Vorstand oder ihrer Vertreterversammlung, um den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes für die neue Amtsperiode neu zu bestimmen.

Ersatzkassen entsenden jeweils zwei Vertreter der Versicherten, wenn deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte mit Arbeitgebervertretern besetzt ist.

Die Mitgliederversammlung wählt die Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes auf der Grundlage von getrennten Vorschlagslisten. Dabei wählen jeweils alle Versichertenvertreter der verschiedenen Kassenarten die zu wählenden Versichertenvertreter. Alle Arbeitgebervertreter der verschiedenen Kassenarten wählen jeweils die zu wählenden Arbeitgebervertreter.

Jede Vorschlagsliste muss mindestens 40 % weibliche und 40 % männliche Bewerber enthalten.

Gewählt werden jeweils die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten für die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen und die Innungskrankenkassen sowie gemeinsame Versicherten- und Arbeitgebervertreter für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse. Für Ersatzkassen, deren Verwaltungsrat nicht zur Hälfte aus Arbeitgebervertretern besteht, sind nur Vertreter der Versicherten zu wählen.

Die Verteilung der Sitze ist von der bundesweiten Versichertenzahl der jeweiligen Kassenart abhängig.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands besteht aus höchstens 52 Mitgliedern. Für jedes Mitglied wird ein Stellvertreter bestimmt.

In der 4. Amtsperiode (2024 bis 2029) sind es 51 Mitglieder.

Der Vorstand des GKV-Spitzenverbands wird vom Verwaltungsrat gewählt. Der Vorstand verwaltet den Spitzenverband und vertritt ihn sowohl gerichtlich als auch außergerichtlich. Die Mitglieder des Vorstands sind hauptamtlich tätig.

Der Vorstand besteht aus höchstens drei Personen; ihm müssen mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören.

Aufgaben

Der GKV-Spitzenverband hat insbesondere folgende Aufgaben:

→ Er unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und Wahrnehmung ihrer Interessen. Dazu gehören die Entwicklung, Optimierung und

Abstimmung des elektronischen Datenaustauschs in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie mit den Arbeitgebern.
- → Er nimmt die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen wahr.
- → Er trifft Entscheidungen zu grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen, zum Beitrags- und Meldeverfahren sowie zur einheitlichen Beitragserhebung.
- → Er arbeitet im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung eng mit den Verbänden der Krankenkassen und mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen.

Der GKV-Spitzenverband untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. In seiner Funktion als Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland wird die Aufsicht vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ausgeübt.

Soweit grundsätzliche Entscheidungen in Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren oder zur einheitlichen Erhebung der Beiträge getroffen werden, hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Aufsicht.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ist der Träger für die landwirtschaftliche Sozialversicherung. Sie ist eine bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Ihre gesetzlichen Aufgaben führt sie eigenverantwortlich unter staatlicher Aufsicht durch.

Die SVLFG nimmt die Aufgaben der bisherigen Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, Alterskassen, Kranken- und Pflegekassen) sowie des Spitzenverbands der landwirtschaftlichen Sozialversicherung wahr.

Sie führt die landwirtschaftliche Unfallversicherung, die Alterssicherung der Landwirte, die landwirtschaftliche Krankenversicherung und die landwirtschaftliche Pflegeversicherung durch. Sie ist ein Bundesträger, der zweistufig aufgebaut ist. Er besteht

aus der Hauptverwaltung sowie den regionalen Geschäftsstellen. Der Hauptsitz Kassel wird durch die Satzung bestimmt. Die regionalen Geschäftsstellen wurden aus den Hauptverwaltungen der bisherigen Träger gebildet.

Das Vermögen sowie die Rechte und Pflichten der bisherigen Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des Spitzenverbands der landwirtschaftlichen Sozialversicherung gingen als Ganzes auf die SVLFG über.

Organe der Selbstverwaltung

Selbstverwaltungsorgane sind die Vertreterversammlung und der Vorstand. Diese ehrenamtlichen Organe setzen sich zu je einem Drittel zusammen aus

- → Vertretern der versicherten Arbeitnehmer,
- → Vertretern landwirtschaftlicher Unternehmer ohne fremde Arbeitskräfte (Selbständige ohne fremde Arbeitskräfte) und
- → Vertretern der Arbeitgeber.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales berät nicht zu Fragen der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und das Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Heimat gehören den Selbstverwaltungsorganen der SVLFG mit beratender Stimme an.

Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der SVLFG besteht aus 60 ehrenamtlichen Mitgliedern, von denen jeweils 20 den Gruppen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte angehören.

Zu den wesentlichen Aufgaben der Vertreterversammlung gehören die Beschlussfassung über die Satzung und deren Änderung, die Feststellung des Haushaltsplanes und die Beschlussfassung über die Unfallverhütungsvorschriften.

Vertrauenspersonen

Um die Unternehmer vor Ort zu beraten und zu betreuen, wählt die Vertreterversammlung auf Vorschlag der gärtnerischen, berufsständischen Organisationen Vertrauenspersonen für die Sparte Gartenbau.

Die Vertrauenspersonen haben insbesondere folgende Aufgaben:

- → Sie geben Auskunft in Fragen der Sozialversicherung.
- → Sie fördern den Arbeitsschutz und die Unfallverhütung.
- → Sie nehmen Anträge entgegen und leiten sie an die zuständige Stelle weiter.

Fachausschüsse

Wegen der Vielgestaltigkeit der SVLFG werden von deren Vertreterversammlung besondere fachbezogene Ausschüsse für Pflanzenbau, Tierhaltung, Forstwirtschaft und Jagd sowie Gartenbau eingerichtet, die die Selbstverwaltungsorgane beraten.

Vorstand

Der Vorstand der SVLFG besteht aus 15 Personen. Die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstands müssen je zu einem Drittel der Gruppe der versicherten Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte angehören. Der Vorstand verwaltet den Versicherungsträger, soweit es sich nicht um die laufenden Verwaltungsgeschäfte handelt.

Geschäftsführung

Die Geschäftsführung der SVLFG besteht aus drei hauptamtlichen Geschäftsführern. Sie führen die laufenden Verwaltungsgeschäfte der SVLFG und vertreten sie gerichtlich und außergerichtlich.

Aufgaben

Die Hauptverwaltung der SVLFG erfüllt die ihr zugewiesenen Aufgaben sowie Grundsatz- und Querschnittsaufgaben und unterstützt die regionalen Geschäftsstellen bei ihren Aufgaben. Zu den Grundsatz- und Querschnittsaufgaben gehören insbesondere die Vertretung der landwirtschaftlichen Sozialversicherung gegenüber Politik, Bundes-, Landes-, europäischen und sonstigen nationalen und internationalen Institutionen sowie Sozialpartnern, anderen Trägern der Sozialversicherung und deren Verbänden, nationalen und internationalen Behörden, obersten Bundesgerichten sowie dem Europäischen Gerichtshof.

Die Hauptverwaltung der SVLFG hat außerdem unter anderem folgende Aufgaben:

- → Sie stellt die Informationstechnik bereit und betreibt das gemeinsame Rechenzentrum,
- → Sie erbringt Leistungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherung mit Auslandsberührung.
- → Sie prüft die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der regionalen Geschäftsstellen.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.

Bei der „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ e. V. handelt es sich um einen eingetragenen Verein, der als Spitzenverband die gesetzliche Unfallversicherung gegenüber Politik, Bundes-, Landes-, europäischen und sonstigen nationalen und internationalen Institutionen sowie Sozialpartnern vertritt.

Mitglieder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Organe

Organe des Verbands sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die öffentlichen Unfallversicherungsträger senden jeweils einen Vertreter der Arbeitgeber und einen Vertreter der Versicherten aus ihrer Vertreterversammlung in die Mitgliederversammlung der DGUV.

Der Vorstand wird von der Mitgliederversammlung gewählt und ist ebenfalls paritätisch besetzt. Er führt die Geschäfte der DGUV und wählt den Hauptgeschäftsführer.

Aufgaben

Der Verband nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- → Koordinierung, Durchführung und Förderung gemeinsamer Maßnahmen sowie der Forschung auf dem Gebiet der Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren,
- → Vorbereitung und Ausarbeitung von Muster-Unfallverhütungsvorschriften sowie deren Pflege, Mitwirkung beim Erlass von Unfallverhütungsvorschriften,
- → Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts,
- → Erlass von Richtlinien für die Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben und dem Leben in der Gemeinschaft,
- → Bedarfs- und Belegungsplanung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,
- → Abschluss von Verträgen mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen sowie Besetzung der Schiedsämter,

- → Klärung von allen grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung in der gesetzlichen Unfallversicherung,
- → Abschluss von Tarifverträgen, soweit die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) für den Abschluss von Tarifverträgen zuständig ist,
- → Empfehlungen für die Klassifikationen zur Bildung von Gefahrtarifen,
- → Durchführung des Ausgleichs und weiterer gesetzlich übertragener Aufgaben im Rahmen der Lastenverteilung,
- → Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs zwischen den Mitgliedern,
- → Erarbeitung von Grundsätzen und Durchführung der Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- → Koordinierung der Datenverarbeitung,
- → Deutsche Verbindungsstelle Unfallversicherung – Ausland nach über- und zwischenstaatlichem Recht.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. wirkt darauf hin, dass die Verwaltungs- und Verfahrenskosten vermindert werden. Sie hat jedes Jahr dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales über die Entwicklung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie über die Maßnahmen zur Optimierung dieser Kosten zu berichten.

?

Fragen:

1. Was versteht man unter Selbstverwaltung?
2. Warum gibt es eine Selbstverwaltung auch in der Sozialversicherung?
3. Welche Organe der Selbstverwaltung gibt es, und wie setzen sie sich zusammen?
4. Wer wählt die Organmitglieder?
5. Welche Aufgaben haben Vertreterversammlung und Vorstand?
6. Welche Funktion hat der Geschäftsführer?

Aufgaben:

1. Informieren Sie sich über die Selbstverwaltung in anderen Bereichen (zum Beispiel in Schulen, Universitäten, Gemeinden).

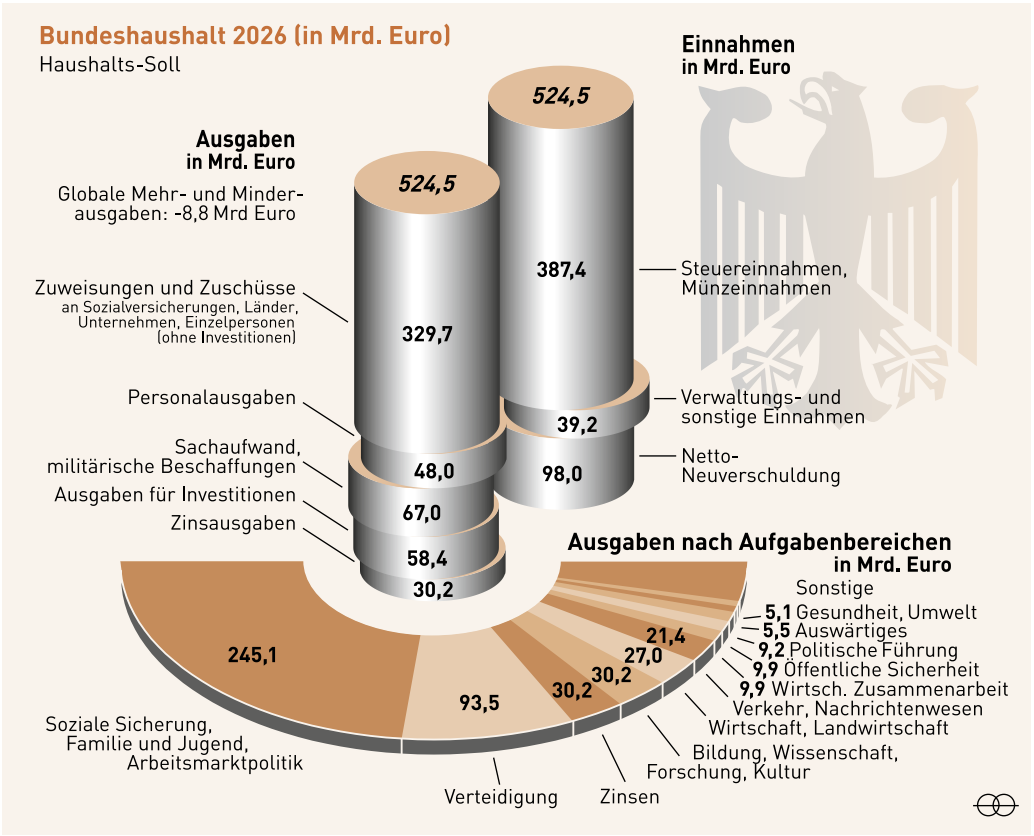
2. Diskutieren Sie über das Prinzip der Selbstverwaltung in der Demokratie, ihre Erweiterung und Grenzen.

3. Erörtern Sie die unterschiedliche Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung.

4. Erklären Sie die Unterschiede zwischen Sozialwahlen und politischen Wahlen.

5. Diskutieren Sie die Möglichkeit der fiktiven Wahl in der Sozialversicherung.

6. Vergleichen Sie: Vertreterversammlung – Parlament, Vorstand – Regierung.


Bundeshaushalt 2026 (in Mrd. Euro)
Haushalts-Soll
Einnahmen
in Mrd. Euro
524,5
Ausgaben
in Mrd. Euro
524,5
Globale Mehr- und Minder-
ausgaben: -8,8 Mrd Euro
387,4
Steuereinnahmen,
Münzeinnahmen
Zuweisungen und Zuschüsse
an Sozialversicherungen, Länder,
Unternehmen, Einzelpersonen
(ohne Investitionen)
329,7
Verwaltungs- und
sonstige Einnahmen
39,2
Personalausgaben
48,0
Sachaufwand,
militärische Beschaffungen
Netto-
Neuverschuldung
98,0
Ausgaben für Investitionen
67,0
Zinsausgaben
58,4
30,2
Ausgaben nach Aufgabenbereichen
in Mrd. Euro
Sonstige
5,1 Gesundheit, Umwelt
5,5 Auswärtiges
9,2 Politische Führung
9,9 Öffentliche Sicherheit
9,9 Wirtsch. Zusammenarbeit
Verkehr, Nachrichtenwesen
Wirtschaft, Landwirtschaft
Bildung, Wissenschaft,
Forschung, Kultur
Zinsen
Verteidigung
Soziale Sicherung,
Familie und Jugend,
Arbeitsmarktpolitik
245,1
93,5
30,2
30,2
27,0
21,4

Allgemeine Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung, die betriebliche Altersversorgung und private Altersvorsorge bilden das klassische „3-Säulen-System“ der Alterssicherung. Nach wie vor kommt der Rentenversicherung eine besondere Bedeutung zu, da ca. 69 % (alte Bundesländer 64 %, neue Bundesländer 90 %) der Bruttoleistungen der gesamten Alterssicherung in Deutschland von der Rentenversicherung gedeckt werden.

Durch die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland verschiebt sich das Verhältnis von Beitragszahlern zu Rentenbeziehern. Künftig werden weniger Beitragszahler mehr Rentner finanzieren müssen. Deshalb wird das Rentenniveau gesenkt und die Beitragssätze stabilisiert. Um weiterhin das Versorgungsniveau im Alter zu sichern, wird die private und betriebliche Altersvorsorge seit 2002 stärker gefördert: durch eine Zulage (als Grund- und Kinderzulage) beziehungsweise steuerliche Vorteile. Die mit der Förderung verbundenen Aufgaben wurden der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen der Deutschen Rentenversicherung Bund übertragen. Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung informieren produkt- und anbieterneutral über Möglichkeiten zum Aufbau einer staatlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge.

Aus der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung können folgende Leistungen in Anspruch genommen werden:

- **Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge sowie sonstige Leistungen zur Teilhabe einschließlich wirtschaftlicher Hilfen,**
- **Renten wegen Alters,**
- **Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit,**
- **Renten wegen Todes,**
- **Witwen- und Witwerrentenabfindungen sowie Beitragserstattungen,**
- **Zuschüsse zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung und**
- **Leistungen für Kindererziehung.**

Die rechtliche Grundlage der Rentenversicherung ist das SGB VI.

Versicherte Personen

Die gesetzliche Rentenversicherung ist eine Versicherung für alle. Jeder kann ihr beitreten: Arbeiter, Angestellte, Selbständige, Schüler und Hausfrauen. Es gibt zwei Möglichkeiten, der gesetzlichen Rentenversicherung anzugehören: durch Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung.

Pflichtversicherte

Während des Bezugs von Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld besteht die Versicherungspflicht fort.

Pflichtversichert sind Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind; das sind alle Arbeitnehmer.

Die folgenden Personen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung gleich:

- → Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages ausgebildet werden,
- → Teilnehmer an dualen Studiengängen,
- → Teilnehmer an Ausbildungen mit Abschnitten des schulischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung, für die ein Ausbildungsvertrag und Anspruch auf Ausbildungsvergütung besteht (praxisintegrierte Ausbildung).

Die Pflichtversicherung ist eine Zwangsversicherung. Sie kann weder mündlich noch schriftlich ausgeschlossen werden.

Zu den pflichtversicherten Beschäftigten zählen auch behinderte Menschen, die in Behindertenwerkstätten tätig sind, und Personen, die in solchen Werkstätten oder ähnlichen Einrichtungen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.

Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst leisten, werden wie Beschäftigte rentenversichert.

In der gesetzlichen Rentenversicherung ist nur ein Teil der Selbständigen versicherungspflichtig. Hierzu gehören im Wesentlichen:

- → selbständige Lehrer und Erzieher, die in ihrem Betrieb keine versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen,
- → Selbständige, die in der Kranken-, Wochen-, Säuglings- oder Kinderpflege tätig sind und in ihrem Betrieb keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen,
- → freiberufliche Hebammen und Entbindungspfleger,

- → selbständig tätige Seelotsen,
- → selbständig tätige Künstler oder Publizisten,
- → selbständig tätige Hausgewerbetreibende,
- → Küstenschiffer oder Küstenfischer,
- → Gewerbetreibende in Handwerksbetrieben,
- → Selbständige mit einem Auftraggeber, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Tätigkeit keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen.

Besonderheiten gelten für Selbständige in den neuen Ländern, die bereits am 31. 12. 1991 rentenpflichtversichert waren.

So meldet die Handwerkskammer jede Anmeldung, Änderung oder Löschung in der Handwerksrolle.

Damit die Rentenversicherungspflicht durchgeführt werden kann, müssen sich bestimmte Selbständige innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme ihrer Tätigkeit bei ihrem zuständigen Rentenversicherungsträger melden. Andere Selbständige werden automatisch gemeldet.

Außerdem können nicht pflichtversicherte Selbständige innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme ihrer selbständigen Tätigkeit die Versicherungspflicht beantragen. Es besteht dann kein Unterschied zu gesetzlich pflichtversicherten Selbständigen.

Eine Entscheidung kann von den Beteiligten schriftlich oder elektronisch beantragt werden.

Bestehen Zweifel, ob eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit vorliegt, entscheidet die sogenannte Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund darüber in einem Statusfeststellungsverfahren.

Rentenpflichtversicherte

Arbeitnehmer	**Künstler, Publizisten**	**freiwillig Wehrdienstleistende**
Selbständige (auch auf Antrag)	**Kindererziehende**	**Pflegepersonen**
Handwerker	**Sozialleistungsempfänger**	

Pflichtversichert sind auch Personen in der Zeit, in der sie

- → eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage pro Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,
- → Krankengeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder Pflegeunterstützungsgeld erhalten.

Geringfügige Beschäftigungen (Minijob)

Eine geringfügige Beschäftigung (Minijob) liegt vor, wenn das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. Personen, die eine solche Beschäftigung aufnehmen, sind als geringfügig Beschäftigte in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert. Dies gilt entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit ausgeübt wird.

Ab 1. 1. 2026 beträgt die Geringfügigkeitsgrenze monatlich 603 Euro.

Die Zahlung von Pflichtbeiträgen kann die spätere Rente erhöhen, einen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente ermöglichen, die Voraussetzungen für die Riester-Förderung schaffen und Lücken in der Versicherungsbiografie vermeiden.

Geringfügig Beschäftigte können sich auf Antrag von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen. Der Befreiungsantrag wird über den Arbeitgeber bei der Minijob-Zentrale gestellt.

Die Minijob-Zentrale ist bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eingerichtet, siehe auch Seite 96.

Für kurzfristige Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten sind regelmäßig keine Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu zahlen. Sie werden als geringfügig und damit als versicherungsfrei angesehen. Geringfügig ist die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, wenn sie innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart oder von vornherein vertraglich begrenzt ist. Bei der Beschäftigung in einem landwirtschaftlichen Betrieb gilt eine zeitliche Grenze von 15 Wochen oder 90 Arbeitstagen (zum Beispiel bei Erntehelfern). Nicht versicherungsfrei sind jedoch kurzfristige Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten mit einem Verdienst über der Geringfügigkeitsgrenze, die berufsmäßig ausgeübt werden.

Berufsmäßigkeit liegt beispielsweise vor, wenn im Laufe eines Kalenderjahres mehrere Beschäftigungen mit einem Verdienst über der Geringfügigkeitsgrenze ausgeübt werden und insgesamt die Dauer von mehr als drei Monate oder 70 Arbeitstage überschritten wird.

Kindererziehungszeiten

Der Elternteil darf von der Anrechnung nicht ausgeschlossen sein.

Die ersten 36 Kalendermonate nach der Geburt (für vor 1992 geborene Kinder erfolgt 2028 rückwirkend ab 2027 eine Verlängerung von 30 auf 36 Kalendermonate) werden jeweils dem Elternteil als Kindererziehungszeit angerechnet, der das Kind in dieser Zeit überwiegend erzogen hat. In dieser Zeit besteht Versicherungspflicht und es werden Pflichtbeiträge erworben.

Haben die Eltern das Kind gemeinsam erzogen, wird nur einem Elternteil die Erziehungszeit angerechnet. Durch eine übereinstimmende Erklärung können die Eltern bestimmen, welchem Elternteil sie zugeordnet wird. Die Zuordnung kann auf einen Teil der Erziehungszeit beschränkt werden. Die übereinstimmende Erklärung der Eltern ist mit Wirkung für künftige Kalendermonate abzugeben. Wurde das Kind gemeinsam erzogen und liegt eine übereinstimmende Erklärung der Eltern nicht vor, wird die Kindererziehungszeit der Mutter zugeordnet.

Eine rückwirkende Zuordnung kann maximal für zwei Kalendermonate vorgenommen werden.

Kindererziehungszeiten können nicht nur für leibliche Kinder geltend gemacht werden, sondern unter bestimmten Voraussetzungen auch für Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder.

Das Kind muss in Deutschland erzogen worden sein. Allerdings gibt es verschiedene Ausnahmen, zum Beispiel wenn der erziehende Elternteil sich mit seinem Kind gewöhnlich im Ausland aufhält, aber während der Erziehung oder unmittelbar vor der Geburt des Kindes Pflichtbeitragszeiten wegen einer in Deutschland ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit hat.

Die Kindererziehungszeit beginnt mit dem Kalendermonat, der dem Geburtsmonat folgt und endet nach 36 Monaten. Wird während dieses Zeitraums ein weiteres Kind erzogen, wird die Kindererziehungszeit für dieses und jedes weitere Kind um die Anzahl an Monaten der gleichzeitigen Erziehung verlängert.

Für Zwillinge werden zum Beispiel 72 Monate angerechnet.

Beispiel:

Geburt des ersten Kindes:	17. 4. 2017
Kindererziehungszeit:	1. 5. 2017 bis 30. 4. 2020
Geburt des zweiten Kindes:	2. 1. 2019
Kindererziehungszeit:	1. 2. 2019 bis 31. 1. 2022
Verlängerungszeit 15 Monate:	1. 2. 2022 bis 30. 4. 2023

Nähere Informationen zur Beitragsbemessungsgrenze gibt es auf Seite 49. Die Berechnung von Entgeltpunkten wird ab Seite 72 erläutert.

Die Anerkennung der Kindererziehungszeit bewirkt die Anrechnung von Pflichtbeitragszeiten, die in ihrer Höhe dem Durchschnittsverdienst aller Arbeitnehmer entsprechen. In dieser Höhe werden dem Elternteil Entgeltpunkte angerechnet. Sind während der Kindererziehungszeit weitere Pflichtbeiträge vorhanden (zum Beispiel wenn der Elternteil gleichzeitig arbeitet), werden die jeweiligen Entgeltpunkte addiert. Eine Anrechnung ist jedoch höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze möglich.

Kindererziehungszeiten fließen nicht automatisch in das Versicherungskonto des erziehenden Elternteils ein. Sie müssen beim Rentenversicherungsträger beantragt werden. Liegen die Voraussetzungen vor, werden für die Kindererziehungszeiten ohne eigene Beitragsleistung Pflichtbeiträge gutgeschrieben. Die Beiträge zahlt der Bund.

Von der Pflichtversicherung ausgenommen

sind Beschäftige, die durch andere Einrichtungen ähnlich wie in der Rentenversicherung geschützt sind. Das sind zum Beispiel

Diese Personen sind versicherungsfrei.

- → Beamte, Richter, Berufssoldaten oder
- → Beschäftige von Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Anspruch auf beamtenähnliche Versorgung.

Versicherungsfrei sind auch Personen, die

Minijobber können auf die Versicherungsfreiheit verzichten.

- → einen Minijob mit einem Verdienst bis zu monatlich 400 Euro (versicherungsfreie geringfügige Beschäftigungen) vor dem 1. 1. 2013 aufgenommen haben und ausüben,
- → nur kurzfristig beschäftigt oder selbständig tätig sind,
- → als Studierende einer Fach- oder Hochschule ein Praktikum leisten, das in ihrer Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist, oder

Zur Regelaltersgrenze siehe Seite 66.

- → nach Ablauf des Monats, in dem sie die Regelaltersgrenze erreichen, eine Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder
- → eine Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze (zum Beispiel Beamtenpension) erhalten.

Bezieher einer Vollrente wegen Alters, die eine Beschäftigung ausüben und die Regelaltersgrenze bereits erreicht haben, können durch eine schriftliche oder elektronische Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber für die Zukunft auf die Versicherungsfreiheit verzichten. Selbständig Tätige müssen den Verzicht gegenüber dem zuständigen Rentenversicherungsträger erklären.

Auf Antrag ist für Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten eine Befreiung von der Versicherungspflicht möglich, wenn bereits eine anderweitige Versicherung oder Versorgung besteht. Dies betrifft insbesondere folgende Personen:

Dazu gehören beispielsweise Ärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater und Architekten.

- → Beschäftigte und selbständig Tätige, die Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe (berufsständische Versorgungseinrichtung) und einer berufsständischen Kammer sind.
- → Lehrer oder Erzieher, die an nicht-öffentlichen Schulen beschäftigt sind, wenn ihnen nach beamtenrechtlichen Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet wird,
- → Gewerbetreibende in Handwerksbetrieben, wenn für sie mindestens 18 Jahre lang Pflichtbeiträge gezahlt worden sind.

Freiwillig Versicherte

Eine freiwillige Versicherung ist vom vollendeten 16. Lebensjahr für jeden möglich, der der Rentenversicherung nicht schon als Pflichtversicherter angehört. Dadurch wird jedem die Möglichkeit gegeben, für sich selbst eine ausreichende Versorgung aufzubauen.

Dies gilt auch für Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

Wer eine Vollrente wegen Alters bezieht, kann sich noch bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze freiwillig versichern.

Merke:

Die Rentenversicherung schützt ihre Versicherten bei Erwerbsminderung, im Alter und deren Hinterbliebene. Es gibt die Pflichtversicherung und die freiwillige Versicherung.

Beschäftigte, also Arbeitnehmer, sind pflichtversichert. Nur ein Teil der Selbständigen ist in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert. Nicht versicherungspflichtige Selbständige können innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit die Versicherungspflicht beantragen.

Nicht versicherungspflichtige Personen können sich freiwillig versichern.

Finanzierung

Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt hauptsächlich durch Beiträge und Bundesmittel.

Der weitaus größte Teil der Ausgaben (ungefähr 76,1 %) wird durch Beitragseinnahmen gedeckt.

Beiträge werden insbesondere gezahlt
- → von Arbeitnehmern und Arbeitgebern,
- → von versicherungspflichtigen Selbstständigen,
- → von freiwillig Versicherten,
- → für Sozialleistungsbezieher (zum Beispiel für Empfänger von Krankengeld, Arbeitslosengeld, Pflegepersonen).

Die Bundesmittel sind:
- → allgemeiner Bundeszuschuss an die allgemeine Rentenversicherung,
- → zusätzlicher Bundeszuschuss an die allgemeine Rentenversicherung,
- → Erhöhungsbetrag zum zusätzlichen Bundeszuschuss an die allgemeine Rentenversicherung,
- → Beteiligung des Bundes an den Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung,
- → Beiträge des Bundes für Kindererziehungszeiten,
- → Erstattung von Aufwendungen hauptsächlich wegen der Überführung von Ansprüchen aus den Sonder- und Zusatzversorgungssystemen der DDR in die Rentenversicherung.

Siehe Seite 90.

Die Bundeszuschüsse an die allgemeine Rentenversicherung dienen hauptsächlich der sachgerechten Finanzierung nicht beitragsgedeckter (versicherungsfremder) Leistungen. Diese sollen, weil sie als gesamtgesellschaftliche Aufgaben angesehen werden, nicht nur von den Beitragszahlern der Rentenversicherung, sondern von der Allgemeinheit, das heißt von allen Steuerzahlern und damit vom Bund, finanziert werden. Zu den nicht beitragsgedeckten Leistungen zählen zum Beispiel eine höhere Bewertung von Zeiten der Berufsausbildung sowie die rentensteigernde Berücksichtigung von Anrechnungszeiten und der Zurechnungszeit.

Anrechnungszeiten und die Zurechnungszeit werden auf Seite 52/53 erklärt.

Umlageverfahren und Generationenvertrag

Merkmale des Finanzierungssystems der gesetzlichen Rentenversicherung sind das Umlageverfahren und der Generationenvertrag. Dies bedeutet, dass die Einnahmen eines Jahres für die

Ausgaben desselben Jahres verwendet („umgelegt“) werden. Die Beiträge werden nicht für den Einzelnen als Rücklage gesammelt, sondern sofort für die laufenden Ausgaben wieder ausgegeben.

Der Generationenvertrag ist ein unausgesprochener und nicht schriftlich festgelegter Vertrag zwischen den aktiv erwerbstätigen Generationen und den rentenempfangenden Generationen. Die Generationen der jeweils aktiv Erwerbstätigen finanzieren dabei mit ihren Rentenversicherungsbeiträgen und ihren Steuern die gesetzlichen Renten der älteren Generationen in der Erwartung, dass die folgenden Generationen die gleichen Verpflichtungen übernehmen.

Nachhaltigkeitsrücklage

Die Träger der allgemeinen Rentenversicherung halten eine gemeinsame Nachhaltigkeitsrücklage (Betriebsmittel und Rücklage), die aus den Überschüssen der Einnahmen gebildet wird und aus der eventuelle Defizite der künftigen Jahre zu decken sind. Die Nachhaltigkeitsrücklage beträgt mindestens das 0,3fache (Mindestrücklage) und höchstens das 1,5fache (Höchstnachhaltigkeitsrücklage) der durchschnittlichen Ausgaben der allgemeinen Rentenversicherung für einen Kalendermonat.

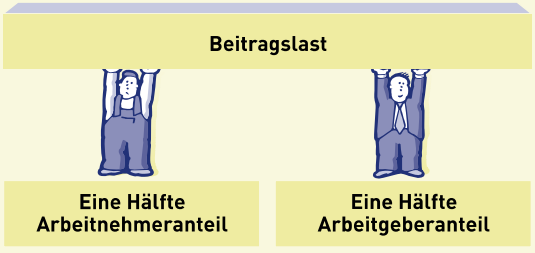
Reichen in der allgemeinen Rentenversicherung die liquiden Mittel der Nachhaltigkeitsrücklage nicht aus, um die Zahlungsverpflichtungen zu erfüllen, leistet der Bund eine Liquiditätshilfe in Höhe der fehlenden Mittel (Bundesgarantie).

Beitragslast

Zur Meldung und zum Einzug der Beiträge siehe Seite 156.

Bei Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, werden die Beiträge von den Versicherten und den Arbeitgebern jeweils zur Hälfte getragen.

Wer die Beiträge zahlt



Freiwillig Versicherte und Selbständige zahlen ihren Beitrag in voller Höhe selbst. Die Beiträge für Kindererziehungszeiten und für freiwillig Wehrdienstleistende zahlt der Bund.

Die Beiträge für die selbständigen Künstler und Publizisten werden von der Künstlersozialkasse gezahlt. Sie müssen sich an diesen Beiträgen beteiligen.

Siehe hierzu Seite 244.

Bei geringfügigen versicherungspflichtigen Beschäftigungen (Minijob) beträgt der Arbeitgeberanteil am Beitrag zur Rentenversicherung 15 % des der Beschäftigung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts. Bei entsprechenden Beschäftigungen in Privathaushalten sind es 5 %. Die Differenz zum vollen Beitrag (18,6 %) trägt jeweils der Arbeitnehmer.

Zum Minijob siehe Seite 42.

Für geringfügig Beschäftigte, die von der Versicherungspflicht befreit wurden oder die in der geringfügigen Beschäftigung versicherungsfrei sind, müssen die Arbeitgeber einen Beitragsanteil in Höhe von 15 % des Arbeitsentgelts zahlen. Für entsprechende Beschäftigungen in Privathaushalten beträgt der Beitragsanteil 5 %.

Hieraus werden Zuschläge an Entgeltpunkten für Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung berechnet (siehe Seite 73).

Um finanzielle Belastungen durch erhöhte Beiträge beim Übergang aus einer geringfügigen Beschäftigung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung für die Arbeitnehmer zu vermeiden, sind ab 1. 1. 2026 für Beschäftigungen mit einem regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelt zwischen 603,01 und 2 000,00 Euro (Übergangsbereich) verminderte Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung (Gesamtsozialversicherungsbeitrag) zu zahlen. Für die Bemessung der Beiträge ist daher nicht das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, sondern abgesenkte beitragspflichtige Einnahmen maßgebend.

Bei der Berechnung der Entgeltpunkte wird das tatsächliche Arbeitsentgelt berücksichtigt.

Damit ein höheres Bruttoarbeitsentgelt auch zu einem höheren Nettogehalt führt, wird der Beitragsanteil des Arbeitnehmers gesondert berechnet und zunächst sehr niedrig angesetzt. Mit steigendem Einkommen wird dieser Beitragsanteil schrittweise erhöht, um bei einem Einkommen oberhalb von 2 000 Euro den normalen vollen Beitragsanteil zu erreichen. Als Arbeitgeberbeitrag ist jeweils der Differenzbetrag zwischen dem Gesamtbeitrag und dem Arbeitnehmerbeitrag zu zahlen.

Höhe der Beiträge

Bei Arbeitnehmern richtet sich die Beitragshöhe nach dem Arbeitsentgelt. Es sind 18,6 % des Arbeitsentgelts als Pflichtbeitrag zu zahlen, und zwar 9,3 % vom Versicherten und 9,3 % von seinem Arbeitgeber. Der Beitragsanteil ist bundesweit einheitlich.

Beiträge sind aber nur bis zu einer bestimmten Höhe des Arbeitsentgelts zu zahlen, der Beitragsbemessungsgrenze. Diese Grenze beträgt 2026 in allen Bundesländern monatlich 8 450 Euro. Sie folgt der Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitsentgelte.

Beispiel:

Arbeitnehmer	
Arbeitsverdienst Juni 2026	9 000,00 Euro
Beitragsbemessungsgrenze 2026	8 450,00 Euro
Pflichtbeitrag 18,6 %	1 571,70 Euro
Arbeitnehmeranteil 9,3 %	785,85 Euro
Arbeitgeberanteil 9,3 %	785,85 Euro

Der Arbeitgeber trägt den vollen Beitrag allein für

- → Auszubildende mit einem monatlichen Bruttoverdienst bis zu 325 Euro und
- → Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr oder Bundesfreiwilligendienst leisten.

Merke:

Die Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt hauptsächlich durch Beitragseinnahmen und Bundesmittel. Umlageverfahren und Generationenvertrag sind Merkmale des Finanzierungssystems.

Der Arbeitnehmer trägt den Beitrag zur Hälfte, die andere Hälfte der Arbeitgeber. Freiwillig Versicherte und Selbständige zahlen den Beitrag in voller Höhe selbst.

Der monatliche Beitrag für Pflichtversicherte beträgt 18,6 % des Arbeitsverdienstes (höchstens jedoch bis zur Beitragsbemessungsgrenze). Freiwillig Versicherte können jeden Betrag zwischen dem Mindest- und dem Höchstbeitrag als freiwilligen Beitrag zahlen.

Versicherungskonto

Jeder Monat, den man im Laufe seines Lebens zurücklegt, zählt mit, wenn der Anspruch auf Rehabilitations- oder Rentenleistungen geprüft wird. Deshalb ist es wichtig, alle Zeiten im Versicherungskonto zu erfassen.

Die VSNR findet auch Anwendung für die Sozialhilfe und die Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Die Datenstelle der Rentenversicherung (DSRV) vergibt für die in der Rentenversicherung versicherten Personen eine Versicherungsnummer (VSNR). Sie kann außerdem für Personen eine VSNR vergeben, wenn dies zur personenbezogenen Zuordnung der Daten für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe erforderlich ist.

Die VSNR einer Person setzt sich zusammen aus
- → der Bereichsnummer des zuständigen Rentenversicherungsträgers (zwei Stellen),
- → dem Geburtsdatum ohne Jahrhundertangabe (sechs Stellen),
- → dem Anfangsbuchstaben des Geburtsnamens (eine Stelle),
- → der Seriennummer, die auch eine Aussage über das Geschlecht einer Person enthalten darf (zwei Stellen – 00 bis 49 für männliche und 50 bis 99 für weibliche Versicherte) und
- → der Prüfziffer (letzte Stelle).

Weitere personenbezogene Merkmale darf die VSNR nicht enthalten.

Das Versicherungskonto der versicherten Person wird vom Rentenversicherungsträge unter der VSNR geführt.

Die VSNR ist ein unverwechselbares persönliches Identifikationsmerkmal. Sie wird nur einmal vergeben und ändert sich auch bei einem Namenswechsel oder einem Wechsel des Versicherungsträgers nicht.

Beispiel: 65 160684 M 007

In diesem Beispiel handelt es sich um einen am 16. August 1984 geborenen männlichen Versicherten, dessen Geburtsname mit einem M beginnt.

Die DSRV stellt außerdem für jede Person, für die sie eine VSNR vergibt, einen Versicherungsnummernachweis aus, der nur folgende personenbezogene Daten enthalten darf:
- → die Versicherungsnummer,
- → die Vornamen, den Familiennamen und den Geburtsnamen und
- → das Ausstellungsdatum.

Beitragsnachweis

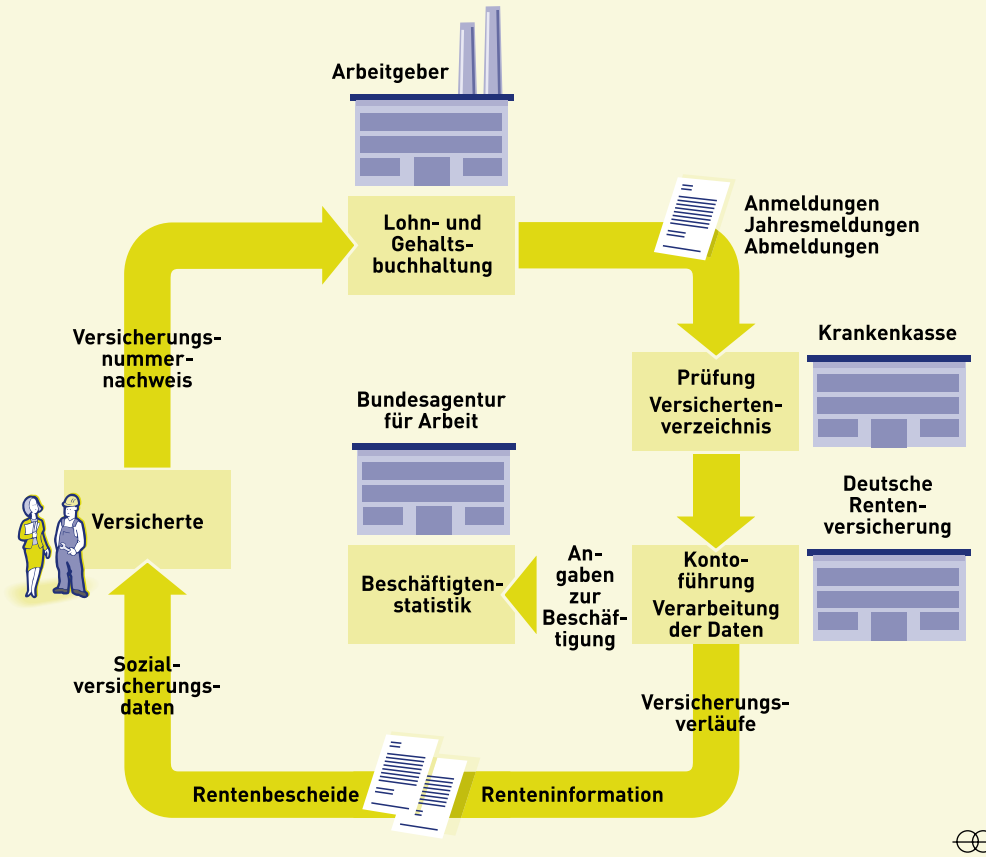
Der Arbeitgeber meldet der Einzugsstelle die Arbeitsverdienste, für die er Beiträge an sie gezahlt hat. Das geschieht einmal jährlich maschinell (Jahresmeldung). Die Einzugsstelle leitet die Meldung an den Rentenversicherungsträger weiter. Für den Rentenversicherungsträger ist das der Beitragsnachweis. Der Arbeitnehmer erhält über diese maschinelle Meldung von seinem Arbeitgeber eine Bescheinigung als Beitragsnachweis.

Zum Meldeverfahren siehe Seite 156.

Versicherungspflichtige Selbständige und freiwillig Versicherte zahlen ihre Beiträge direkt an den Rentenversicherungsträger. Dies geschieht durch Abbuchung (Einzugsermächtigung) von ihrem Girokonto. Freiwillig Versicherte können ihre Beiträge auch durch Dauer- oder Einzelüberweisungen auf ein Konto des Rentenversicherungsträgers oder durch Bareinzahlung an seinem Kassenschalter zahlen.

Der Rentenversicherungsträger erteilt über die Geldeingänge eine Beitragsbescheinigung.

Der Weg der Versicherungsdaten



Versicherungsverlauf

Der Rentenversicherungsträger teilt den Versicherten regelmäßig die in ihrem Versicherungskonto gespeicherten Sozialdaten mit, die für die Feststellung der Höhe einer Rentenanwartschaft erheblich sind (Versicherungsverlauf).

Hat der Versicherungsträger das Versicherungskonto geklärt oder hat der Versicherte innerhalb von sechs Kalendermonaten nach Versendung des Versicherungsverlaufs seinem Inhalt nicht widersprochen, stellt der Versicherungsträger die im Versicherungsverlauf enthaltenen und nicht bereits festgestellten Daten, die länger als sechs Kalenderjahre zurückliegen, durch Bescheid fest.

Rentenrechtliche Zeiten

Sie umfassen die Zeiten, die sich auf den Rentenanspruch (Erfüllung von Wartezeiten und besonderer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen) und die Rentenhöhe auswirken können.

Zur Wartezeit siehe Seite 53.

Zu den rentenrechtlichen Zeiten gehören Beitragszeiten, beitragsfreie Zeiten und Berücksichtigungszeiten. Beitragsfreie Zeiten sind Ersatzzeiten, Anrechnungszeiten und die Zurechnungszeit.

Beitragszeiten
sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt sind. Dazu gehören auch die Beiträge, die früher zur reichsgesetzlichen Rentenversicherung oder zur Sozialversicherung in der ehemaligen DDR gezahlt worden sind.

Ersatzzeiten
sind Zeiten, in denen der Versicherte ohne eigenes Verschulden vor dem 1.1.1992 keine Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt hat, vor allem

Ersatzzeiten spielen heute kaum noch eine Rolle.

- → Zeiten des Wehrdienstes, des Kriegsdienstes oder der Kriegsgefangenschaft im Ersten und Zweiten Weltkrieg,
- → Zeiten der Verfolgung durch den Nationalsozialismus,
- → Zeiten der Vertreibung oder Flucht infolge des Zweiten Weltkriegs und
- → Zeiten einer politischen Haft in der DDR.

Anrechnungszeiten
sind Zeiten, in denen der Versicherte zum Beispiel

- → wegen Krankheit arbeitsunfähig war,
- → wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft nicht versichert war,

→ wegen Arbeitslosigkeit nicht versichert war oder
→ nach dem 17. Lebensjahr eine Schule sowie eine Fach- oder Hochschule besucht hat (maximal acht Jahre).

Bei einem Rentenbeginn im Jahr 2019 endet die Zurechnungszeit mit Vollendung des 65. Lebensjahres und acht Monaten. Dies gilt bei Hinterbliebenenrenten auch für Todesfälle im Jahr 2019. Von 2020 bis 2030 wird die Zurechnungszeit schrittweise bis zum 67. Lebensjahr verlängert.

Zurechnungszeit
ist die Zeit, die bei Renten wegen Erwerbsminderung, Erziehungsrenten und bei Hinterbliebenenrenten hinzugerechnet wird, wenn der Versicherte das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Renten wegen Erwerbsminderung muss die teilweise oder volle Erwerbsminderung vor dem 67. Geburtstag eingetreten sein. Für Hinterbliebenenrenten gilt dies entsprechend, wenn der Versicherte vor dem 67. Geburtstag verstorben ist. Bei Erziehungsrenten muss der Rentenbeginn vor dem 67. Geburtstag liegen. Die Zeit bis zum vollendeten 67. Lebensjahr zählt dann in vollem Umfang als Zurechnungszeit.

Berücksichtigungszeiten
sind vor allem Zeiten der Kindererziehung bis zum vollendeten 10. Lebensjahr des Kindes. Außerdem sind das Zeiten der häuslichen Pflege eines Pflegebedürftigen, jedoch nur vom 1. 1. 1992 bis zum 31. 3. 1995.

Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit kann in bestimmten Fällen vorzeitig erfüllt werden.

Die Wartezeit ist eine Mindestversicherungszeit. Sie muss erfüllt sein, damit eine Rente gezahlt werden kann. Auf die verschiedenen Wartezeiten werden bestimmte rentenrechtliche Zeiten angerechnet: Für die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren, die Wartezeit von 15 Jahren und für die von 20 Jahren sind Beitragszeiten und Ersatzzeiten zu berücksichtigen.

Für die Wartezeit von 35 Jahren zählen außerdem Anrechnungszeiten und Berücksichtigungszeiten mit – also alle rentenrechtlichen Zeiten.

Monate aus einem Versorgungsausgleich, einem Rentensplitting unter Ehegatten und aus Zuschlägen an Entgeltpunkten für Arbeitsentgelt aus geringfügiger und geringfügiger versicherungsfreier Beschäftigung zählen für die allgemeine Wartezeit sowie für die Wartezeiten von 15, 20 und 35 Jahren.

Für die Wartezeit von 45 Jahren zählen
→ Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung/Tätigkeit,
→ Pflichtbeiträge für sonstige Versicherte (Kindererziehung, Pflege, Wehr-/Zivildienst),
→ Berücksichtigungszeiten,

→ Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung, Leistungen bei Krankheit und Übergangsgeld, soweit sie Pflichtbeitragszeiten oder Anrechnungszeiten sind,
→ freiwillige Beiträge, wenn mindestens 18 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung/Tätigkeit oder gleichgestellten Pflichtbeiträgen vorhanden sind,
→ Ersatzzeiten und
→ Monate aus geringfügiger und geringfügiger versicherungsfreier Beschäftigung.

Nicht mitzuzählen sind
→ Pflichtbeiträge oder Anrechnungszeiten für Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung in den letzten zwei Jahren vor Rentenbeginn,
→ freiwillige Beiträge, wenn nicht mindestens 18 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung/Tätigkeit oder gleichgestellten Pflichtbeiträgen vorhanden sind,
→ Zeiten einer freiwilligen Beitragszahlung in den letzten zwei Jahren vor Rentenbeginn, wenn gleichzeitig Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit vorliegen,
→ Pflichtbeiträge, die in der Zeit bis zum 31. 12. 2010 durch den Bezug von Arbeitslosengeld II und Arbeitslosenhilfe entstanden sind,
→ sonstige Anrechnungszeiten (zum Beispiel Mutterschutz, schulische Ausbildung) sowie
→ Kalendermonate, die durch Versorgungsausgleich oder Rentensplitting erworben wurden.

Bei Insolvenz oder vollständiger Geschäftsaufgabe des Arbeitgebers werden Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen der Arbeitsförderung in den letzten zwei Jahren vor Rentenbeginn ausnahmsweise berücksichtigt.

Renteninformation und Rentenauskunft

Alle Versicherten, die älter als 27 Jahre alt sind, erhalten einmal jährlich eine schriftliche oder elektronische Renteninformation.

Sie enthält insbesondere:
→ Angaben über die Grundlage der Rentenberechnung,
→ Angaben über die Höhe einer Rente wegen voller Erwerbsminderung,
→ eine Prognose über die Höhe der zu erwartenden Regelaltersrente,
→ Informationen über die Auswirkungen künftiger Rentenanpassungen sowie
→ eine Übersicht über die Höhe der Beiträge, die bisher gezahlt worden sind.

Die Renteninformation ist eine kurze Berechnung mit Prognose zur Rentenhöhe.

Die letzte Renteninformation, die vor dem 50. Lebensjahr erteilt wird, enthält die Hinweise, dass die Erteilung einer Rentenauskunft auch vor Vollendung des 55. Lebensjahres möglich ist und

dass die Rentenauskunft auf Antrag auch die Höhe der Beitragszahlung zum Ausgleich einer Rentenminderung bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente enthält.

In Ausnahmefällen kann dies auch schon früher oder in kürzeren Abständen geschehen.

Nach Vollendung des 55. Lebensjahres erhalten Versicherte anstelle der Renteninformation alle drei Jahre eine Rentenauskunft. Die Rentenauskunft muss enthalten:

- → einen Versicherungsverlauf mit den gespeicherten rentenrechtlichen Zeiten,
- → eine Darstellung der Ermittlung der persönlichen Entgeltpunkte verbunden mit dem Hinweis, dass sich die Berechnung der Entgeltpunkte für beitragsfreie und beitragsgeminderte Zeiten ändern kann und von der weiteren Versicherungsbiografie abhängig ist,
- → Angaben über die Höhe von verschiedenen Rentenarten, die auf Grundlage der gespeicherten rentenrechtlichen Zeiten nach dem zurzeit geltenden Recht zu zahlen wären,
- → eine Prognose über die Höhe der zu erwartenden Regelaltersrente,
- → allgemeine Hinweise zur Erfüllung der persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für einen Rentenanspruch sowie zum Ausgleich von Abschlägen bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente, zu den Auswirkungen der Inanspruchnahme einer Teilrente,
- → Hinweise zu den Auswirkungen der vorzeitigen Inanspruchnahme einer Rente wegen Alters und zu den Auswirkungen eines Rentenbeginns nach Erreichen der Regelaltersgrenze.

Die Rentenauskunft enthält insbesondere allgemeine Hinweise zu Rentenansprüchen und eine ausführliche Rentenberechnung.

Digitale Rentenübersicht

Durch die Digitale Rentenübersicht soll eine Verbesserung des Kenntnisstandes der Bevölkerung über die eigene Altersvorsorge erreicht werden. Die Bürger sollen damit einen Gesamtüberblick über die bereits erreichten oder erreichbaren Versorgungsleistungen im Alter erhalten, um die Absicherung des eigenen Lebensstandards im Ruhestand sinnvoll zu planen.

Die Digitale Rentenübersicht ist ein Online-Portal, über das Informationen über die jeweiligen individuellen Ansprüche aus der gesetzlichen, der betrieblichen und der privaten Altersvorsorge abgerufen werden können. Grundlage hierfür sind die von den Vorsorgeeinrichtungen übermittelten Daten zu den entsprechenden Ansprüchen, die übersichtlich dargestellt und in einem

Die Nutzung des Online-Portals ist freiwillig und kostenfrei.

Gesamtüberblick zusammengefasst werden. Die Informationen sollen verlässlich, verständlich und möglichst vergleichbar sein.

Für eine sichere Anmeldung werden beispielsweise der Personalausweis mit Online-Ausweisfunktion (für Bürger der EU und des EWR die eID-Karte) oder ein entsprechendes NFC-fähiges Smartphone und die steuerliche Identifikationsnummer (Steuer-ID) benötigt. Die Daten des Personalausweises werden mit einem geeigneten Kartenleser bzw. NFC-fähigen Smartphone ausgelesen und mithilfe der AusweisApp verschlüsselt an die Zentrale Stelle für die Digitale Rentenübersicht (ZfDR) übermittelt.

Die ZfDR wurde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund eingerichtet.

In die Verarbeitung ihrer Daten durch die ZfDR sowie in den Austausch der Steuer-ID als Identifikationsmerkmal mit den Vorsorgeeinrichtungen willigen die Nutzer ein, wenn sie sich am Portal anmelden und die Digitale Rentenübersicht abrufen wollen. Die individuellen Daten werden nur für die Abfrage zusammengeführt. Sie können anschließend freiwillig in einem Nutzerkonto gespeichert oder aber auch gelöscht werden.

Die Digitale Rentenübersicht wird den Nutzern ausschließlich elektronisch zur Verfügung gestellt.

Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation in der Rentenversicherung ist, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden. Dadurch soll die Erwerbsfähigkeit möglichst dauerhaft erhalten, verbessert und wiederhergestellt werden.

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt hierzu
- → Leistungen zur Prävention,
- → Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- → Leistungen zur Kinderrehabilitation,
- → Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- → Leistungen zur Nachsorge,
- → ergänzende Leistungen sowie
- → sonstige Leistungen.

Ausgeschlossen sind insbesondere Beamte, Richter, Berufssoldaten und Personen, die einen Anspruch auf beamtenähnliche Versorgung haben.

Die Leistungen zur Prävention haben Vorrang vor den Leistungen zur Teilhabe. Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Die Leistungen werden erbracht, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Für Leistungen zur Teilhabe haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

- → deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
- → bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben voraussichtlich abgewendet werden kann.

Kann eine geminderte Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden, sind die persönlichen Voraussetzungen ebenfalls gegeben.

Liegt eine teilweise Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor, sind die persönlichen Voraussetzungen auch erfüllt, wenn der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden kann oder ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann, soweit die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes nach Feststellung des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich ist.

Die Wartezeit ist eine Mindestversicherungszeit. Lesen Sie dazu bitte auch Seite 53.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen liegen vor, wenn der Versicherte bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt hat oder eine Erwerbsminderungsrente erhält.

Für Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch erfüllt, wenn der Versicherte

- → in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung für mindestens sechs Kalendermonate Pflichtbeiträge gezahlt hat oder
- → innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt hat beziehungsweise bis dahin arbeitsunfähig oder arbeitslos war oder
- → bereits vermindert erwerbsfähig ist oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist und die allgemeine Wartezeit hat.

Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Jahre. Lesen Sie dazu bitte auch Seite 53.

Leistungen zur Prävention

Zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit erbringen die Träger der Rentenversicherung medizinische Leistungen an Versicherte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die

Die Leistungen können zeitlich begrenzt werden.

ausgeübte Beschäftigung gefährden. Wird ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgelehnt, hat der Rentenversicherungsträger über die Leistungen zur Prävention zu beraten.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Sie umfassen insbesondere

- → Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
- → Arznei- und Verbandsmittel,
- → Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- → Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- → Hilfsmittel,
- → digitale Gesundheitsanwendungen und
- → Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung werden stationär oder ganztägig ambulant in Rehabilitationskliniken oder Spezialeinrichtungen durchgeführt.

Eine stationäre Rehabilitation dauert längstens drei Wochen. Sie kann auch verlängert werden, wenn es das Erreichen des Rehabilitationsziels erfordert.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiAG) sind Medizinprodukte niedriger und höherer Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Durch den Einsatz der DiAG können interaktive Gesundheits- und Patienteninformationen gewonnen und elektronische Tagebuchfunktionen und Übungspläne sowie begleitete Online-Therapieprogramme (zum Beispiel zur Physio- und Psychotherapie) erstellt werden. DiAG können auch in Bereichen und Situationen eingesetzt werden, in denen eine unmittelbare Anwesenheit der Beteiligten (Patienten, Therapeuten, Ärzte) nicht zwingend erforderlich oder nur eingeschränkt möglich ist.

Der Einsatz von DiAG als Rehabilitationsleistung kommt regelmäßig nur unterstützend in Betracht.

In der medizinischen Rehabilitation werden die DiAG als technische Unterstützung bei der Ausführung einzelner Leistungsbestandteile eingesetzt. Dazu gehören zum Beispiel eine Anleitungs- und Kommunikationssoftware, Gesundheits-Apps zur Nutzung auf PC, Tablet, Smartphone sowie die dazugehörige Hardware.

Für die Dauer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung, sind für jeden Kalendertag dieser Leistungen höchstens 10 Euro pro Tag zuzuzahlen. Die Zuzahlung ist auf längstens 42 Tage begrenzt. Bei einer medizinischen Rehabilitation die im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung durchgeführt wird (Anschlussrehabilitation – AHB) beträgt die Dauer der Zuzahlung längstens 14 Tage im Kalenderjahr. Wenn in einem Jahr bereits Rehabilitationsleistungen – auch von der Krankenkasse – in Anspruch genommen wurden, werden alle Tage der Zuzahlung berücksichtigt und gegenseitig angerechnet.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder die Übergangsgeld beziehen, müssen keine Zuzahlung leisten.

Die Bezugsgröße für 2026 beträgt 3 955 Euro.

Eine vollständige Befreiung von der Zuzahlung ist auch möglich, wenn das monatliche Netto-Einkommen 40 % der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt.

Eine teilweise Befreiung kommt in Betracht, wenn soziale Gründe vorliegen und das monatliche Netto-Einkommen 60 % der monatlichen Bezugsgröße nicht erreicht. Die teilweise Befreiung erfolgt in Stufen, deren Höhe vom jeweiligen Einkommen abhängig ist.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden regelmäßig nur alle vier Jahre erbracht. Dabei sind auch Rehabilitationsleistungen anderer öffentlich-rechtlicher Träger zu berücksichtigen. Sollte allerdings eine vorzeitige Leistung aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sein, kann eine medizinische Rehabilitation auch schon früher durchgeführt werden.

Leistungen zur Kinderrehabilitation

Die Träger der Rentenversicherung erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch

- → für Kinder von Versicherten,
- → für Kinder von Beziehern einer Alters- oder Erwerbsminderungsrente und
- → für Kinder, die eine Waisenrente beziehen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an Kinder können erbracht werden, wenn

- → voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder die insbesondere durch chronische Erkrankungen bereits beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
- → ein Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit möglich ist.

Kinder können unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Begleitperson mitnehmen.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen muss nicht das Kind, sondern der entsprechende Versicherte erfüllen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen umfassen insbesondere

- → Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
- → eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- → die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,

- → die berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
- → die berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- → die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit und
- → Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen.

Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, von Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung.

Außerdem gehören zu den Leistungen
- → Kraftfahrzeughilfe,
- → Ausgleich für unvermeidbare Verdienstausfälle,
- → Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz,
- → Kosten für Hilfsmittel zur Berufsausübung,
- → Kosten technischer Arbeitshilfen und
- → Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung.

Die Leistungen werden durch Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt, wenn die Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolgs die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen.

Leistungen zur Nachsorge

Um den Erfolg der vorangegangenen Teilhabeleistung zu sichern, erbringen die Rentenversicherungsträger Leistungen zur Nachsorge.

Übergangsgeld

Das Übergangsgeld ist die wichtigste ergänzende Leistung zur Teilhabe. Es stellt die wirtschaftliche Versorgung des Versicherten und seiner Familie sicher. Bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation besteht ein Anspruch auf Übergangsgeld nur für die Versicherten, die unmittelbar vor diesen Leistungen oder einer vorausgegangenen Arbeitsunfähigkeit Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt diese Einschränkung nicht.

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich nach der Berechnungsgrundlage. Das sind 80 % des zuletzt regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts (Regelentgelt) oder des Arbeitseinkommens, für das zuletzt Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind. Höchstens ist jedoch das Nettoarbeitsentgelt zu berücksichtigen.

Berechnungsgrundlage bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist mindestens ein Betrag von 65 % des fiktiven Arbeitsentgelts einer altersmäßig und beruflich vergleichbaren nicht behinderten Person.

Das Übergangsgeld beträgt 68 % der Berechnungsgrundlage; für Versicherte, die mindestens ein Kind erziehen, jedoch 75 %. Eigenes Einkommen ist anzurechnen.

Das Übergangsgeld wird für die Dauer der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt. Nach dem Ende von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann es für die Dauer von drei Monaten weitergezahlt werden, wenn der Versicherte arbeitslos ist. Es beträgt dann aber nur noch 60 % beziehungsweise 67 % der Berechnungsgrundlage.

Nach Ablauf eines Jahres wird das Übergangsgeld angepasst.

Ergänzende Leistungen zur Teilhabe

Ergänzende Leistungen zur Teilhabe sind neben dem Übergangsgeld noch

- → Beiträge zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung,
- → ärztlich verordneter Rehabilitationssport und Funktionstraining,
- → Reisekosten sowie
- → Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten.

Sonstige Leistungen

Als sonstige Leistungen zur Teilhabe können erbracht werden:

- → Leistungen zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, die nicht bereits von den anderen Teilhabeleistungen erfasst werden,
- → Leistungen zur onkologischen Nachsorge für Versicherte, Bezieher einer Rente und ihre jeweiligen Angehörigen sowie
- → Zuwendungen für Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Rehabilitation forschen oder die Rehabilitation fördern.

Rentenarten

Die Deutsche Rentenversicherung zahlt Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wegen Alters oder wegen Todes.

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

sind

→ Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung und
→ Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Renten wegen Berufsunfähigkeit gelten seit dem 1. 7. 2017 als Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, solange Berufsunfähigkeit oder teilweise Erwerbsminderung vorliegt. Renten wegen Erwerbsunfähigkeit gelten beim weiteren Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit oder voller Erwerbsminderung als Rente wegen voller Erwerbsminderung.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

erhalten Versicherte bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn sie

→ teilweise erwerbsgemindert sind,
→ in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt und
→ vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die allgemeine Wartezeit beträgt fünf Jahre.

Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein. Versicherte, die vor dem 2. 1. 1961 geboren sind und aus gesundheitlichen Gründen in ihrem Beruf weniger als sechs Stunden arbeiten können, sind ebenfalls teilweise erwerbsgemindert.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

erhalten Versicherte bis zur Regelaltersgrenze, wenn sie

→ voll erwerbsgemindert sind,
→ in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt und
→ vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Voll erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Der Zeitraum von fünf Jahren für den Nachweis der drei Jahre Pflichtbeiträge verlängert sich um bestimmte Zeiten: Die wichtigste hiervon ist die Berücksichtigungszeit für Kindererziehung. In bestimmten Fällen ist dieser Nachweis auch nicht erforderlich, zum Beispiel bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit.

Diese Regelung betrifft insbesondere Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren und seitdem ununterbrochen sind, haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn sie die Wartezeit von 20 Jahren erfüllen.

Renten auf Zeit

Renten wegen Erwerbsminderung enden mit dem Erreichen der Regelaltersgrenze (siehe Abschnitt „Regelaltersrente“ auf Seite 66).

Die Renten wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung werden auf Zeit geleistet, längstens bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Rentenbeginn. Eine erneute Befristung ist möglich. Ist es auf Dauer unwahrscheinlich, dass die Erwerbsminderung behoben werden kann, kann die Rente auch unbefristet gezahlt werden.

Hinzuverdienst

Beim Restleistungsvermögen handelt es sich um die verbliebene Arbeitskraft, die trotz der vorhandenen Krankheit oder Behinderung noch vorhanden ist.

Neben einer Erwerbsminderungsrente darf ein Hinzuverdienst nur im Rahmen des noch verbliebenen Restleistungsvermögens erzielt werden, weil ansonsten nicht mehr von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden kann und der Rentenanspruch damit gefährdet ist. Bei Renten wegen voller Erwerbsminderung wird von einem Restleistungsvermögen von unter drei Stunden und bei Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung von unter sechs Stunden am Tag ausgegangen.

Wird neben einer Erwerbsminderungsrente eine Erwerbstätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgeübt, deren Umfang das der Rentengewährung zugrunde liegende zeitliche Leistungsvermögen überschreitet, besteht für einen Zeitraum von regelmäßig sechs Monaten ab Beginn der Ausübung weiterhin Anspruch auf die gewährte Rente.

Als Hinzuverdienst zählt Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen sowie einige Sozialleistungen.

Die Höhe einer Rente wegen Erwerbsminderung ist abhängig von der Höhe des Hinzuverdienstes. Sie kann nur in voller Höhe gezahlt werden, wenn die Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten wird. Der Rentenanspruch wird dadurch nicht berührt, jedoch der Umfang der Rentenzahlung bestimmt.

Die jeweiligen Hinzuverdienstgrenzen gelten sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer.

Von dem Hinzuverdienst, der die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze übersteigt wird zunächst ein Zwölftel ermittelt. Dabei ist unerheblich, wann im Kalenderjahr der Hinzuverdienst erzielt wurde und wie lange die Beschäftigung andauerte. Von dem übersteigenden Betrag werden dann 40 % auf die monatliche Rente angerechnet.

Das sind für das Kalenderjahr 2026 20 763,75 Euro.

Die Hinzuverdienstgrenze für volle Erwerbsminderungsrenten beträgt kalenderjährlich drei Achtel der 14fachen monatlichen Bezugsgröße.

Für Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung wird die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze individuell berechnet.

Zunächst wird im Zeitraum der letzten 15 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung das Kalenderjahr mit den höchsten Entgeltpunkten ermittelt. Mit diesen Entgeltpunkten wird das 9,72fache der monatlichen Bezugsgröße multipliziert und ergibt so als Ergebnis die individuelle kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze. Die Hinzuverdienstgrenze beträgt jedoch mindestens sechs Achtel der 14fachen monatlichen Bezugsgröße.

Das sind für das Kalenderjahr 2026 mindestens 41 527,60 Euro.

Von dem Hinzuverdienst, der über der Hinzuverdienstgrenze liegt, wird zunächst ein Zwölftel ermittelt. Von diesem Betrag werden dann 40 % auf die monatliche Rente angerechnet.

Um Rentenüberzahlungen oder -nachzahlungen zu vermeiden, werden auf Antrag Änderungen des prognostizierten Hinzuverdienstes berücksichtigt, wenn sie mindestens 10 % betragen.

Die Prüfung der Hinzuverdienstgrenze erfolgt zu Beginn einer Rente und anschließend jeweils im Folgejahr. Dabei wird die Höhe der Rente zunächst auf Grundlage einer Prognose des Hinzuverdienstes festgestellt. Im Folgejahr wird die Berechnung für das vorherige Kalenderjahr überprüft und eine neue Prognose erstellt. Weicht der tatsächliche Hinzuverdienst ab, wird die Rente für das vorherige Kalenderjahr neu berechnet.

Beispiel:

Monatliche Rente wegen voller Erwerbsminderung: 1 550,00 Euro
Hinzuverdienst aus einer Beschäftigung
(im Kalenderjahr 2026): 36 000,00 Euro
Kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze 2026: 20 763,75 Euro

Der kalenderjährliche Hinzuverdienst übersteigt die Hinzuverdienstgrenze um 15 236,25 Euro (36 000,00 Euro – 20 763,75 Euro).

Zunächst wird ein Zwölftel des übersteigenden Betrags ermittelt: 15 236,25 Euro : 12 = 1 269,69 Euro

Dieser Betrag wird zu 40 % von der vollen Rente abgezogen.
1 269,69 Euro × 40 % = 507,88 Euro (Anrechnungsbetrag)

	1 550,00 Euro	monatliche Rente in voller Höhe
–	507,88 Euro	Anrechnungsbetrag
	1 042,12 Euro	

Die teilweise zu leistende Rente wegen voller Erwerbsminderung beträgt daher 1 042,12 Euro.

Renten wegen Alters

Regelaltersrente
erhält, wer die Regelaltersgrenze erreicht und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat.

Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht. Dies gilt allerdings nur für die Jahrgänge 1964 und jünger. Bis 1946 geborene Versicherte erreichten die Regelaltersgrenze bereits mit 65 Jahren. Für die Jahrgänge 1947 bis 1963 wird sie stufenweise angehoben.

Die Regelaltersrente wird generell ohne Rentenabschläge gezahlt.

Altersrente für besonders langjährig Versicherte
können Versicherte nach Vollendung des 65. Lebensjahres und Erfüllung der Wartezeit von 45 Jahren beanspruchen. Sie wird ohne Rentenabschläge gezahlt.

Versicherte, die vor dem 1. 1. 1953 geboren sind, hatten bereits nach Vollendung des 63. Lebensjahres Anspruch auf die abschlagsfreie Altersrente für besonders langjährig Versicherte.

Der Jahrgang 1962 kann die Altersrente für besonders langjährig Versicherte zum Beispiel mit 64 Jahren und 8 Monaten erhalten.

Für Versicherte der Jahrgänge 1953 bis 1963 wird die Altersgrenze von 63 Jahren allerdings für jeden Jahrgang jeweils um zwei Monate angehoben. Für die Jahrgänge 1964 und jünger gilt dann die Vollendung des 65. Lebensjahres als maßgebliches Alter für diese Altersrente.

Altersrente für langjährig Versicherte
erhalten Versicherte nach Vollendung des 67. Lebensjahres, wenn sie die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Für Versicherte der Jahrgänge 1949 bis 1963 wird die bisherige Altersgrenze von 65 Jahren stufenweise angehoben. Ab dem Jahrgang 1964 beträgt sie 67 Jahre.

Wird die Altersrente mit dem für den entsprechenden Jahrgang maßgeblichen Alter in Anspruch genommen, wird sie ohne Rentenabschläge gezahlt.

Die vorzeitige Inanspruchnahme der Alterrente ist jedoch bereits nach Vollendung des 63. Lebensjahres möglich. Die Versicherten müssen dann aber Abschläge für die Zeit hinnehmen, in der die Rente vor Vollendung des maßgeblichen Lebensalters vorzeitig in Anspruch genommen wurde. Die Höhe des Rentenabschlags steigt mit der Dauer der Zeit, für die die Rente vorfristig gezahlt wird.

Siehe Beispiel Seite 75.

Die Abschläge bleiben für den weiteren Rentenbezug – auch nach Vollendung des maßgeblichen Lebensjahres – erhalten.

Altersrente für schwerbehinderte Menschen
erhalten Versicherte, wenn sie

- → das 65. Lebensjahr vollendet haben,
- → bei Rentenbeginn als schwerbehinderte Menschen anerkannt sind und
- → die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben.

Schwerbehinderung liegt bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50 vor.

Die ursprüngliche Altersgrenze für die Altersrente für schwerbehinderte Menschen von 63 Jahren wird für Versicherte der Jahrgänge 1952 bis 1963 stufenweise angehoben. Ab dem Jahrgang 1964 beträgt sie 65 Jahre.

Wird die Altersrente mit 65 Jahren beziehungsweise mit dem für den entsprechenden Jahrgang maßgeblichen Alter in Anspruch genommen, erfolgt die Zahlung ohne Rentenabschläge.

Die vorzeitige Beanspruchung der Altersrente für schwerbehinderte Menschen ist nur mit Abschlägen möglich. Die Jahrgänge ab 1964 können diese Altersrente nach dem Erreichen des 62. Lebensjahres vorzeitig erhalten. Für die Geburtsjahrgänge 1952 bis 1963 wird die ursprüngliche Altersgrenze für die vorzeitige Inanspruchnahme von 60 Jahren stufenweise angehoben.

Rentenminderungen wegen einer vorzeitigen Inanspruchnahme der Altersrenten können durch eine besondere Beitragszahlung ausgeglichen werden.

Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit und **Altersrente für Frauen** konnten nur Versicherte der Jahrgänge bis 1951 erhalten. Da inzwischen die Regelaltersgrenze von allen Berechtigten überschritten wurde, haben diese Renten keine Bedeutung mehr.

Seit dem 1. 1. 2023 kann neben dem Bezug einer Altersrente unbegrenzt hinzuverdient werden.

Renten wegen Todes

Witwen- und Witwerrente

Witwen und Witwer haben nach dem Tod des versicherten Ehepartners Anspruch auf Witwenrente oder Witwerrente, wenn der Ehepartner die allgemeine Wartezeit erfüllt hat.

Ein Anspruch auf die Witwen- oder Witwerrente besteht jedoch nur, wenn die Ehe mindestens ein Jahr gedauert hat. Ausnahmen sind hier vorgesehen.

Eingetragene Lebenspartner haben ebenfalls Anspruch auf diese Leistungen, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen.

Ist ein Rentensplitting unter Ehepartnern durchgeführt worden, kann eine Witwen- oder Witwerrente nicht gezahlt werden. Ein Rentensplitting unter Ehepartnern kann statt einer Witwen-/Witwerrente gewählt werden, wenn die Ehe ab 1. 1. 2002 geschlossen wurde oder beide Ehepartner nach dem 1. 1. 1962 geboren worden sind und das Versicherungsleben abgeschlossen ist.

Anspruch auf eine große Witwen- oder Witwerrente besteht, wenn die Witwe oder der Witwer

- → ein Kind erzieht, das noch nicht 18 Jahre alt ist,
- → das 47. Lebensjahr vollendet hat oder
- → teilweise oder voll erwerbsgemindert ist.

Bis 2011 galt das 45. Lebensjahr. Bei Todesfällen in den Jahren 2012 bis 2028 wird es stufenweise auf 47 angehoben.

Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht ein Anspruch auf die kleine Witwen- oder Witwerrente. Die kleine Witwen- oder Witwerrente wird nur für 24 Monate nach Ablauf des Todesmonats gezahlt. Sie wird aber auf Dauer geleistet, wenn der Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder ein Partner vor dem 2. 1. 1962 geboren und die Ehe vor dem 1. 1. 2002 geschlossen wurde.

Die Witwen- oder Witwerrente fällt weg, wenn der Berechtigte, das ist der überlebende Ehepartner, wieder heiratet. Auf Antrag wird dann eine Rentenabfindung gezahlt. Wird die neue, letzte Ehe wieder aufgelöst oder für nichtig erklärt, besteht ein Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente aus der vorletzten Ehe. Diese Rente heißt Witwen-/Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten.

Sie beträgt das 24fache des durchschnittlichen Monatsbetrags der zuletzt gezahlten Rente.

Witwen- oder Witwerrente erhalten geschiedene Ehepartner,
- → deren Ehe vor dem 1. 7. 1977 geschieden wurde,
- → die nicht wieder geheiratet haben,
- → die im letzten Jahr vor dem Tod des geschiedenen Ehepartners von ihm in den alten Bundesländern Unterhalt erhalten haben oder Anspruch darauf hatten und
- → wenn der Verstorbene die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat.

Waisenrente

Kinder haben nach dem Tod eines Elternteils einen Anspruch auf Halbwaisenrente, wenn der Vater oder die Mutter die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat. Sind beide Eltern gestorben, wird eine Vollwaisenrente gezahlt. Ein Anspruch auf Waisenrente besteht bis zum 18. Lebensjahr. Er verlängert sich bis zum 27. Lebensjahr durch eine Schul- oder Berufsausbildung, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, den Bundesfreiwilligendienst sowie weitere nationale und internationale Freiwilligendienste. Dies gilt auch, wenn die Waise wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu versorgen.

Erziehungsrente

Versicherte haben bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Erziehungsrente, wenn
- → ihre Ehe nach dem 30. 6. 1977 geschieden wurde und ihr geschiedener Ehepartner gestorben ist,
- → sie ein eigenes Kind oder ein Kind des geschiedenen Ehepartners erziehen,

→ sie nicht wieder geheiratet haben und
→ sie bis zum Tod des geschiedenen Ehepartners die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Anspruch auf Erziehungsrente besteht bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze auch für verwitwete Ehepartner, für die ein Rentensplitting durchgeführt wurde, wenn
→ sie ein eigenes Kind oder ein Kind des verstorbenen Ehepartners erziehen,
→ sie nicht wieder geheiratet haben und
→ sie bis zum Tod des Ehepartners die allgemeine Wartezeit erfüllt haben.

Die Erziehungsrente wird aus dem Versicherungskonto des (der) lebenden Versicherten berechnet. Für einen Anspruch auf Erziehungsrente gelten als Scheidung einer Ehe auch die Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, als geschiedener Ehepartner der frühere Lebenspartner, als Heirat die Begründung einer Lebenspartnerschaft, als verwitweter Ehepartner ein überlebender Lebenspartner und als Ehepartner der Lebenspartner.

In der Sterbeübergangszeit („Sterbevierteljahr") wird kein Einkommen angerechnet.

Einkommensanrechnung auf Renten wegen Todes
Einkommen, das mit einer Witwen-, Witwerrente oder Erziehungsrente zusammentrifft, wird hierauf angerechnet.

Das gilt insbesondere für die folgenden Einkommensarten:
→ Erwerbseinkommen (Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder vergleichbares Einkommen),
→ Erwerbsersatzeinkommen (zum Beispiel Kranken- und Arbeitslosengeld, Renten),
→ Vermögenseinkommen (zum Beispiel Zinsen und Dividenden),
→ Elterngeld sowie
→ Aufstockungsbeträge und Zuschläge (zum Beispiel bei Altersteilzeit).

Wurde die Ehe vor dem 1. 1. 2002 geschlossen und ist mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren gelten Übergangs- und Vertrauensschutzregelungen. Dies gilt auch für Todesfälle vor dem 1. 1. 2002.

Es werden nur die Einkommen angerechnet, die von den rentenberechtigten Personen selbst erwirtschaftet (erworben) wurden.

Nicht angerechnet werden insbesondere die Arbeitsentgelte von Pflegepersonen, die sie von den Pflegebedürftigen erhalten sowie Arbeitsentgelte von behinderten Menschen in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten und die Einnahmen aus Altersvorsorgeverträgen („Riesterrenten").

Vom Lohn oder Gehalt werden zum Beispiel 40 % abgezogen.

Für die Einkommensanrechnung werden zunächst die Bruttobeträge berücksichtigt. Davon werden Pauschalwerte abgezogen, um ein Nettoeinkommen zu erhalten. Die Pauschalwerte sollen den tatsächlichen Abzügen relativ nahekommen.

Für jedes waisenrentenberechtigte Kind erhöht sich der Freibetrag um 238,11 Euro.

Das Nettoeinkommen wird um einen Freibetrag vermindert, der ab 1. 7. 2026 in allen Bundesländern monatlich 1 122,53 Euro beträgt.

Verbleibt nach Abzug des Freibetrages ein Rest, werden 40 % des übersteigenden Betrages auf die Witwen-, Witwerrente oder Erziehungsrente angerechnet. Waisenrenten werden stets unabhängig vom eigenen Einkommen gezahlt.

Rentenbeginn und Rentenantrag

Der Antrag kann mündlich, schriftlich oder elektronisch gestellt werden.

Renten werden nur auf Antrag der Versicherten oder ihrer Hinterbliebenen gezahlt. Die Initiative zur Rentenzahlung muss also vom Rentenberechtigten ausgehen.

Der Rentenantrag kann bei allen Dienststellen der Träger der Sozialversicherung gestellt werden. Für die Rentenversicherung sind das die Hauptverwaltungen, die regionalen Geschäfts-, Beratungs- oder Auskunftsstellen sowie die Versichertenberater. Versicherungsämter der Stadt- und Landkreise, Gemeindeverwaltungen sowie amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland nehmen ebenfalls Anträge entgegen.

Eine vollelektronische Kommunikation mit den Rentenversicherungsträgern kann auch über das Verfahren De-Mail erfolgen.

Anträge können auch elektronisch – also online – gestellt werden. Die notwendigen Formulare werden am PC ausgefüllt und online versandt. Für Besitzer eines Personalausweises mit elektronischem Identitätsnachweis (eID), eines elektronischen Aufenthaltstitels (eAT) oder einer qualifizierten elektronischen Signaturkarte mit Unterschriftenfunktion kann die Antragstellung komplett über das Internet erfolgen.

Für alle anderen wird am PC ein Unterschriftenblatt erstellt, das unterschrieben auf dem Postweg an den Rentenversicherungsträger zu übersenden ist.

Der Tag der Antragstellung ist für den Rentenbeginn wichtig. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und Altersrenten können längstens für drei Kalendermonate vor dem Kalendermonat der Antragstellung gezahlt werden. Frühester Rentenbeginn ist jedoch der Kalendermonat, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Witwen-/Witwerrenten und Waisenrenten werden vom Todestag an geleistet. Hat der Verstorbene bereits eine Rente erhalten, beginnt die Hinterbliebenenrente mit dem Kalendermonat, der dem Todesmonat folgt. Wird die Rente jedoch später als zwölf Kalendermonate nach dem Tod beantragt, kann sie längstens für zwölf Kalendermonate vor dem Kalendermonat der Antragstellung (rückwirkend) gezahlt werden.

Merke:

Die Rentenversicherung zahlt Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Altersrenten und Renten wegen Todes. Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sind Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung und Renten wegen voller Erwerbsminderung. Ihre Höhe ist vom Hinzuverdienst abhängig.

Altersrenten werden gezahlt als Regelaltersrente, Altersrente für besonders langjährig Versicherte, Altersrente für langjährig Versicherte und Altersrente für schwerbehinderte Menschen. Renten werden erst dann gezahlt, wenn eine Mindestversicherungszeit (Wartezeit) zurückgelegt ist. Es gibt die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren sowie die Wartezeiten von 15, 20, 35 und 45 Jahren.

Renten können nur auf Antrag gezahlt werden. Es ist möglich, sie schriftlich, elektronisch und mündlich zu beantragen. Der Tag der Antragstellung ist wichtig für den Rentenbeginn.

Rentenhöhe

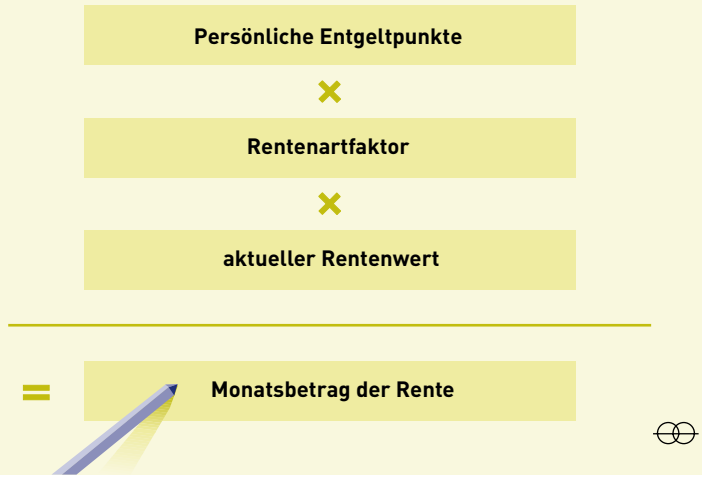
Die Rentenberechnung ist kompliziert, weil sie den persönlichen Lebenslauf eines Versicherten berücksichtigt. Die individuelle Leistung des Einzelnen in einem solidarischen System steht dabei im Mittelpunkt.

Die persönlichen Entgeltpunkte
setzen sich zusammen aus Entgeltpunkten für

- → Beitragszeiten,
- → beitragsfreie Zeiten,
- → Zuschläge für beitragsgeminderte Zeiten,
- → Zuschläge oder Abschläge aus einem durchgeführten Versorgungsausgleich oder Rentensplitting,
- → Zuschläge aus Zahlung von Beiträgen bei vorzeitiger Inanspruchnahme einer Altersrente oder bei Abfindung von Anwartschaften auf betriebliche Altersversorgung oder von Anrechten bei der Versorgungsausgleichskasse,

- → Zuschläge an Entgeltpunkten für Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung,
- → Arbeitsentgelt aus aufgelösten Wertguthaben,
- → Zuschläge an Entgeltpunkten aus Beiträgen nach Beginn einer Altersrente,
- → Zuschläge an Entgeltpunkten für Zeiten einer besonderen Auslandsverwendung,
- → Zuschläge an Entgeltpunkten für nachversicherte Soldaten auf Zeit und
- → Zuschläge an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung.

So errechnet sich die monatliche Rente (Rentenformel)



Zum Zugangsfaktor lesen Sie bitte Seite 75.

Die persönlichen Entgeltpunkte ergeben sich, indem die Summe an Entgeltpunkten mit einem sogenannten Zugangsfaktor vervielfältigt wird.

Die Entgeltpunkte für Beitragszeiten spiegeln das Arbeitsleben des Versicherten wider. Sie sind der Verhältniswert, in dem seine Arbeitsverdienste zu den durchschnittlichen Arbeitsverdiensten aller Arbeitnehmer stehen. Wer in einem Jahr genau den Arbeitsverdienst hat, der dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst entspricht, bekommt einen Entgeltpunkt. War das 40 Jahre lang so, erhält er 40 Entgeltpunkte.

Der Durchschnittsverdienst im Jahr 2026 beträgt 51 944 Euro.

Für die Jahre bis 2024 werden für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes nur die Verdienste der Arbeitnehmer in den alten Bundesländern berücksichtigt. Diesem Durchschnittsverdienst sind auch die Arbeitsverdienste gegenüberzustellen, die Versicherte in der ehemaligen DDR und in

Für die Jahre bis 2024 bleibt die Hochwertung auch weiterhin erhalten.

den neuen Bundesländern erzielt haben. Um das geringere Lohnniveau der neuen Bundesländer in den Jahren bis 2024 auszugleichen, werden diese Arbeitsverdienste an das Einkommensniveau der alten Bundesländer angeglichen, indem sie mit gesetzlich festgelegten Hochwertungsfaktoren erhöht werden.

Nach der vollständigen Angleichung des Rentenniveaus werden für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes ab 2025 die Verdienste der Arbeitnehmer in den alten und neuen Bundesländern berücksichtigt.

Die Entgeltpunkte für beitragsfreie Zeiten und die Zuschläge für beitragsgeminderte Zeiten sind nach der sogenannten Gesamtleistungsbewertung zu berechnen. Maßgebend dafür ist der Durchschnittswert an Entgeltpunkten aus der Gesamtleistung an Beiträgen im belegungsfähigen Zeitraum. Dabei werden auch fiktive Entgeltpunkte für Berücksichtigungszeiten mitgezählt. Beitragsgemindert sind Monate, in denen gleichzeitig Beitragszeiten und beitragsfreie Zeiten vorliegen.

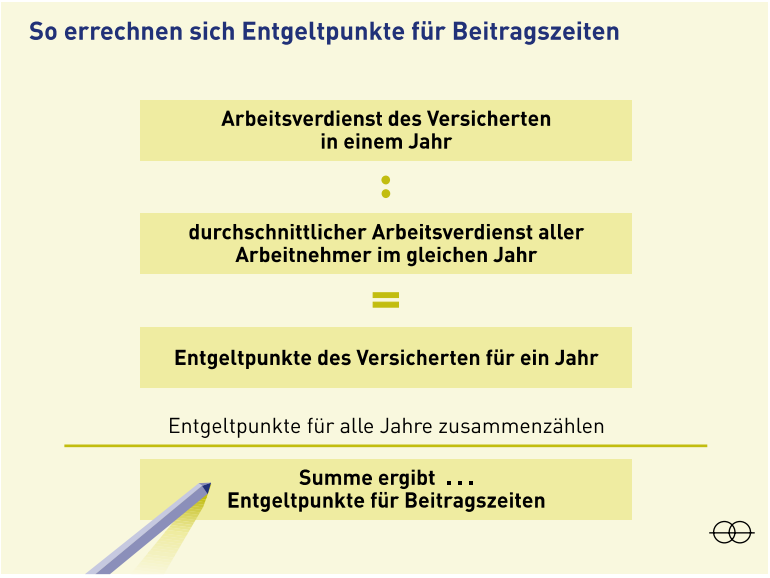
Renten wegen Erwerbsminderung, Erziehungsrenten sowie Hinterbliebenenrenten, die in der Zeit vom 1. 1. 2001 bis 31. 12. 2018 begonnen haben, wurden ab 1. 12. 2025 um einen Zuschlag erhöht, wenn am 30. 11. 2025 ein Anspruch auf diese Renten bestand. Es werden auch Altersrenten erfasst, die sich unmittelbar an eine Rente wegen Erwerbsminderung oder an eine Erziehungsrente mit Rentenbeginn im vorgenannten Zeitraum anschließen. Das gilt entsprechend auch für Hinterbliebenenrenten.

Vom 1. 7. 2024 bis 30. 11. 2025 erfolgte vorab eine pauschale monatliche Erhöhung.

Da diese Rentenbezieher von Leistungsverbesserungen durch die Verlängerung der Zurechnungszeit bisher nicht oder nur teilweise profitiert haben, werden ihre Renten um einen pauschale Zuschlag erhöht, der an ihre individuelle Vorleistung an Entgeltpunkten anknüpft.

Lesen Sie bitte dazu die Ausführungen zur Zurechnungszeit auf Seite 53.

Ein Versorgungsausgleich ist bei einer Ehescheidung in den alten Bundesländern seit 1. 7. 1977 und in den neuen Bundesländern seit 1. 1. 1992 durchzuführen. Damit werden die in der Ehe erworbenen Rentenanwartschaften zwischen den Ehepartnern wertmäßig ausgeglichen. Auch nach Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft findet ein Versorgungsausgleich statt.



Ein Rentensplitting unter Ehepartnern kann durchgeführt werden, wenn die Ehe in der Zeit vom 1. 1. 2002 an geschlossen wurde oder beide Ehepartner ab 2. 1. 1962 geboren worden sind und das Versicherungsleben abgeschlossen ist. Der Versicherungsträger stellt fest, welchem Ehepartner und in welcher Höhe ein Splittingzuwachs zusteht. Der andere Ehepartner muss in gleicher Höhe einen Abschlag hinnehmen. Unter Lebenspartnern ist ebenfalls ein Rentensplitting möglich.

Der **Zugangsfaktor** richtet sich nach dem Alter bei Rentenbeginn und bestimmt, in welchem Umfang Entgeltpunkte bei der Ermittlung des Monatsbetrags der Rente zu berücksichtigen sind. Er beträgt im Normalfall 1,0. Wird eine Altersrente vorzeitig in Anspruch genommen, ist der Zugangsfaktor für jeden Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme um 0,003 niedriger.

Beispiel:

Paul R. ist im August 1963 geboren. Er will die Altersrente für langjährig Versicherte ab dem 63. Lebensjahr beziehen und diese 46 Monate vorzeitig in Anspruch nehmen. Der Zugangsfaktor ist dann um 46 × 0,003 = 0,138 niedriger und beträgt nur noch 0,862. Das bedeutet für Paul R. einen Abschlag von 13,8 % auf den Monatsbetrag der Rente.

Bei Waisenrenten erhöhen sich die Entgeltpunkte um einen Zuschlag. Für die Vollwaisenrente sind mindestens die Entgeltpunkte für beide verstorbenen Versicherten zu berücksichtigen.

Bei Witwen- und Witwerrenten erhöhen sich die Entgeltpunkte um einen Zuschlag für die Erziehung von Kindern. Maßgebend hierfür ist die Dauer der Erziehung der Kinder in den ersten drei Lebensjahren durch die Witwe oder den Witwer. Diesen Zuschlag gibt es jedoch nicht, wenn der Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder die Ehe vor diesem Zeitpunkt geschlossen wurde und mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren ist.

Der Rentenartfaktor
berücksichtigt die unterschiedlichen Sicherungsziele der einzelnen Rentenarten. Seine Höhe ist auf die Altersrente ausgerichtet, für sie beträgt er 1,0.

Für die Rente wegen voller Erwerbsminderung beträgt der Rentenartfaktor auch 1,0, für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung aufgrund des geringeren Sicherungsziels dagegen nur 0,5.

Die große Witwen- und Witwerrente hat einen Rentenartfaktor von 0,55. Er erhöht sich auf 0,6, wenn der Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder die Ehe vor diesem Zeitpunkt geschlossen wurde und mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren ist.

Für die kleine Witwen- und Witwerrente ist der Rentenartfaktor 0,25 maßgebend. Bis zum Ende des dritten Kalendermonats nach dem Monat, in dem der Ehepartner gestorben ist, ist sowohl für die große als auch für die kleine Witwen- und Witwerrente der Rentenartfaktor 1,0 maßgebend. Damit wird erreicht, dass für diese Zeit eine Rente in Höhe der Versichertenrente gezahlt wird (Sterbeübergangszeit).

Bei Halbwaisenrenten beträgt der Rentenartfaktor 0,1 und bei der Vollwaisenrente 0,2. Für Erziehungsrenten ist der Rentenartfaktor 1,0 maßgebend.

Der aktuelle Rentenwert
entspricht dem Monatsbetrag einer Rente wegen Alters der allgemeinen Rentenversicherung, die nicht vorzeitig in Anspruch genommen wurde (Zugangsfaktor 1,0), wenn für ein Jahr Beiträge aufgrund des Durchschnittsentgelts gezahlt worden sind.

Der aktuelle Rentenwert beträgt ab 1. 7. 2026 monatlich 42,52 Euro.

Jeweils zum 1. 7. eines jeden Jahres wird der aktuelle Rentenwert mit Hilfe einer Rentenanpassungsformel verändert, indem der bisherige aktuelle Rentenwert mit den Faktoren für die Veränderung

→ der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer,
→ des Beitragssatzes zur allgemeinen Rentenversicherung und
→ dem Nachhaltigkeitsfaktor

vervielfältigt wird. Mit dem neuen aktuellen Rentenwert wird dann der neue Monatsbetrag der Renten errechnet.

Die letzte Rentenanpassung war am 1. 7. 2026.

Die Lohn- und Gehaltsentwicklung der versicherten Beschäftigten wirkt sich ebenso auf die Höhe des aktuellen Rentenwerts aus, wie die Veränderungen des Beitragssatzes zur allgemeinen Rentenversicherung unter Einbeziehung der Aufwendungen der Arbeitnehmer für ihre private Altersvorsorge („Riester-Rente"). Steigt beispielsweise der Beitragssatz, führt dies zu einer geringeren Erhöhung des aktuellen Rentenwerts.

Das nennt man Faktor für die Veränderung des Beitragssatzes in der allgemeinen Rentenversicherung.

Der Nachhaltigkeitsfaktor soll die Relation von Rentenbeziehern zu Beitragszahlern wiedergeben. Hierbei werden die Entwicklung der Lebenserwartung, die der Geburten und die der Erwerbstätigkeit berücksichtigt. Je stärker also die Zahl von Rentenempfängern zu Beitragszahlern steigt, desto größer wird der Nachhaltigkeitsfaktor, und desto geringer werden die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung angepasst. Weniger Beitragszahler führen so zu geringeren Rentenerhöhungen. Steigt hingegen die Zahl der Beitragszahler, steigen auch die Renten.

Bei der Rentenanpassung verhindert eine Schutzklausel, dass sich der aktuelle Rentenwert (und die Bruttorente) verringert. Die unterbliebene Minderungswirkung (negative Rentenanpassung) wird als Ausgleichsbedarf bezeichnet. Der durch die Schutzklausel entstandene Ausgleichsbedarf wird mit künftigen positiven Rentenanpassungen verrechnet. Eine sich ergebende Rentenerhöhung wird dann verringert, um den Ausgleichsbedarf abzubauen.

Für den Abbau des Ausgleichsbedarfs wird ein Ausgleichsfaktor gebildet.

Die Dämpfungsfaktoren in der Rentenanpassungsformel bewirken, dass die Renten gar nicht oder wesentlich langsamer steigen als die Löhne. Das Leistungsniveau der gesetzlichen Rentenversicherung würde sich dadurch Schritt für Schritt verringern. Um dies zu verhindern, wird die Haltelinie für das Sicherungsniveau der Renten bis zum 1. 7. 2031 auf einen Wert von 48 % (Mindestsicherungsniveau) vor Steuern festgeschrieben.

Dies bewirkt, dass die Anwendung der bisherigen Rentenanpassungsformel bis zum 1. 7. 2031 ausgesetzt wird.

Damit wird sichergestellt, dass die Renten im Wesentlichen der Lohnentwicklung folgen.

Der aktuelle Rentenwert wird in der Zeit bis zum 1. 7. 2031 ermittelt, indem jeweils zum 1. 7. als neuer aktuellen Rentenwert ein Wert festgestellt wird, der vor Steuern das Mindestsicherungsniveau von 48 % erreicht.

Der aktuelle Rentenwert wird in der Zeit bis zum 1. 7. 2031 ermittelt, indem jeweils zum 1. 7. als neuer aktuellen Rentenwert ein Wert festgestellt wird, der das Mindestsicherungsniveau von 48 % vor Steuern erreicht. Dabei wird jeweils die verfügbare Standardrente mit dem verfügbaren Durchschnittsentgelt ins Verhältnis gesetzt. Die verfügbare Standardrente muss im Ergebnis 48 % des verfügbaren Durchschnittsentgelts betragen.

In den Jahren bis zum 1. 7. 2031, in denen der aktuelle Rentenwert nach Mindestsicherungsniveau angepasst wird, beträgt der Wert des Ausgleichsbedarfs 1,0000. Das bedeutet, dass in diesen Jahren kein neuer Ausgleichsbedarf berechnet wird.

Der Grundrentenzuschlag

Wer viele Jahre gearbeitet und dabei unterdurchschnittlich verdient hat, soll einen Grundrentenzuschlag erhalten. Der aus den Zuschlägen an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung errechnete Rententeil wird auch als **Grundrente** bezeichnet.

Es muss kein Antrag gestellt werden, da die Rentenversicherung den Anspruch automatisch prüft.

Zuschläge an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung werden berücksichtigt, wenn mindestens 33 Jahren mit Grundrentenzeiten vorhanden sind und der Durchschnittswert an Entgeltpunkten aus den Grundrentenbewertungszeiten unter dem maßgebenden Höchstwert liegt.

Keine Grundrentenzeiten sind unter anderem Zeiten des Bezuges von Arbeitslosengeld, der schulischen Ausbildung, die Zurechnungszeit sowie freiwillige Beiträge.

Zu den 33 Jahren an Grundrentenzeiten gehören insbesondere:

- → Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit,
- → Pflichtbeiträge und Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung oder Pflege,
- → Pflichtbeiträge oder Anrechnungszeiten für Zeiten der Krankheit oder Rehabilitation,
- → Ersatzzeiten.

Grundrentenzeiten, für die mindesten 0,025 Entgeltpunkte pro Monat vorhanden sind, heißen Grundrentenbewertungszeiten.

Für die Berechnung des maßgeblichen Durchschnittswerts werden nur Entgeltpunkte von Grundrentenzeiten berücksichtigt, die einen monatlichen Wert von mindestens 0,025 Entgeltpunkten (das sind 30 % des Durchschnittsverdienstes) vorweisen. Entgeltpunkte für die Pflichtbeiträge eines Minijobs zählen daher beispielsweise nicht mit.

Sind 33 Jahre mit Grundrentenzeiten vorhanden, beträgt der monatliche Höchstwert 0,0334 Entgeltpunkte. Er beträgt 0,0667, wenn mindestens 35 Jahre erreicht werden. Liegen mehr als 33, aber weniger als 35 Jahre mit Grundrentenzeiten vor, wird der Wert von 0,0334 für jeden zusätzlichen Kalendermonat schrittweise erhöht.

Das entspricht ungefähr 40 % beziehungsweise 80 % des Durchschnittsverdienstes.

Erreicht der Durchschnitt aus den Grundrentenbewertungszeiten den Höchstwert, ergeben sich keine Zuschläge an Entgeltpunkten.

Die Zuschläge an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung werden ermittelt, indem zunächst der maßgebliche Differenzwert festgestellt wird. Dafür wird der Durchschnittswert aus allen Grundrentenbewertungszeiten zunächst verdoppelt. Wird der Höchstwert nicht von dem Zweifachen des Durchschnittswerts überschritten, wird der Zuschlag aus dem Unterschiedsbetrag zwischen dem Doppelten des Durchschnittswerts und dem Durchschnittswert ermittelt.

Sollte das Zweifache des Durchschnittswerts den Höchstwert überschreiten, ist die Differenz zwischen dem Höchstwert und dem Durchschnittswert maßgebend.

Der maßgebliche Differenzwert wird zunächst mit dem Faktor 0,875 (reduzierter Differenzwert) und anschließend mit der Anzahl der Kalendermonate mit Grundrentenbewertungszeiten – höchstens 420 – vervielfältigt. Das Ergebnis stellt den Zuschlag an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung dar.

Das entspricht einer Kürzung um 12,5 %.

Auf den Rentenanteil, der aus dem Zuschlag an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung errechnet wurde, ist

- → das zu versteuernde Einkommen,
- → die steuerfreien Teile von Renten und Versorgungsbezügen,
- → die versteuerten Einkünfte aus dem Kapitalvermögen, die nicht bereits in dem Einkommen enthalten sind,

des Berechtigten und seines Ehegatten zu 60 % anzurechnen, soweit es in der Zeit vom 1. 1. 2026 bis 31. 12. 2026 einen Freibetrag von monatlich 1 492 Euro für Alleinstehende und 2 327 Euro für Ehepaare übersteigt.

Das gilt auch für das Einkommen von eingetragenen Lebenspartnern.

Liegt das anzurechnende Einkommen für Alleinstehende über dem monatlichen Betrag von 1 909 Euro und bei Paaren über dem Betrag von 2 744 Euro, werden darüber liegende Beträge vollständig auf die Grundrente angerechnet.

Liegen für das vorvergangene Kalenderjahr noch keine Daten vor, sind die Festsetzungsdaten des vorvorvergangenen Kalenderjahres maßgeblich.

Die Daten für die Einkommensprüfung werden den Rentenversicherungsträgern in einem automatisierten Abrufverfahren

von den Finanzbehörden übermittelt. Dabei sind grundsätzlich die Festsetzungsdaten für das vorvergangene Kalenderjahr zugrunde zu legen.

Jeweils zum 1. 1. eines Jahres werden die Einkommensdaten überprüft. Der Einkommensprüfung sind die Festsetzungsdaten zugrunde zu legen, die jeweils bis zum 30. 9. für das vorvergangene Kalenderjahr bei den Finanzbehörden vorliegen.

Die für die Einkommensanrechnung bedeutsamen Freibeträge werden ebenfalls zum 1. 1. eines Jahres mit dem Wert angepasst, der für die Veränderung des Aktuellen Rentenwerts bei der Rentenanpassung am 1. 7. des vergangenen Jahres maßgebend war.

Der Monatsbetrag der Rente
wird auf den Cent genau ausgerechnet. Die monatliche Rente erhöht sich um die Zusatzleistung für Beiträge zur Höherversicherung.

Außerdem sind Leistungen für Kindererziehung zu zahlen. Diese erhalten Mütter, die vor 1921 geboren sind und am 18. 5. 1990 in den alten Bundesländern wohnten, für ihre in Deutschland geborenen Kinder. Mütter aus den neuen Bundesländern erhalten diese Leistung, wenn sie vor 1927 geboren sind.

Schutz der Rentenansprüche des Beitrittsgebiets
Denjenigen, die bereits am 31. 12. 1991 Rentner waren, ist mindestens die Rente zu zahlen, die sie im Dezember 1991 erhielten. Die sich für den individuellen Versicherungsverlauf nach Bundesrecht ergebende Rente ist auf diesen Betrag aufzufüllen.

Der Auffüllbetrag beziehungsweise der Rentenzuschlag wird seit 1996 mit den Erhöhungsbeträgen aus einer Rentenanpassung verrechnet.

Bei Versicherten oder Hinterbliebenen, deren Rente in der Zeit vom 1. 1. 1992 bis zum 31. 12. 1996 begonnen hat, war zu prüfen, ob sich eine günstigere Rente nach dem Recht im Beitrittsgebiet am 31. 12. 1991 ergeben hätte. Wäre das der Fall gewesen, wurde die Rente, die sich nach Bundesrecht ergab, um einen Renten- oder Übergangszuschlag auf diesen Betrag erhöht.

Merke:

Der Monatsbetrag der Rente ergibt sich, indem die persönlichen Entgeltpunkte, der Rentenartfaktor und der aktuelle Rentenwert miteinander vervielfältigt werden.

Die Entgeltpunkte für Beitragszeiten spiegeln das Arbeitsleben des Versicherten wider. Wer in einem Jahr den Arbeitsverdienst hat, der dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst aller Arbeitnehmer entspricht, erwirbt für dieses Jahr einen Entgeltpunkt.

Der Rentenartfaktor für die Altersrente beträgt 1,0. Gleich hoch ist er für die Rente wegen voller Erwerbsminderung. Für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beträgt er 0,5. Für die große Witwenrente ist er auf 0,55 beziehungsweise 0,6 und für die kleine Witwenrente auf 0,25 festgesetzt. Bis zum Ende der ersten drei Kalendermonate nach dem Todesmonat beträgt er 1,0 (Sterbeübergangszeit).

Der aktuelle Rentenwert ist der Monatsbetrag der Rente für einen Entgeltpunkt. Er dient der Dynamisierung der Rente.

Zum 1. 7. eines jeden Jahres wird ein neuer aktueller Rentenwert bestimmt. Mit dem neuen aktuellen Rentenwert wird ein neuer Monatsbetrag der Rente errechnet. Die letzte Rentenanpassung war am 1. 7. 2026.

Krankenversicherung der Rentner

Rentner, die mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte ihres Arbeitslebens Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse waren, sind während des Rentenbezugs in der Krankenversicherung pflichtversichert. Ihre Angehörigen, die kein eigenes Einkommen haben, besitzen ebenfalls einen Krankenversicherungsschutz.

Die Rentner und ihre Angehörigen erhalten die gleichen Leistungen wie alle übrigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Krankengeld bekommen sie nicht.

Für Rentner, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, gilt der für alle Krankenkassen gültige allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,6 %. Außerdem

muss ein kassenindividueller Zusatzbeitrag gezahlt werden, wenn die Krankenkasse des Rentners diesen erhebt. Die Rentner selbst zahlen von ihrer Rente die Hälfte der Krankenkassenbeiträge, die auf der Grundlage der beiden Beitragssätze berechnet wurden. Die Rentenversicherung zahlt die andere Hälfte.

Lesen Sie dazu bitte auch ab Seite 152.

Beitragszuschuss

Rentner, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder privat krankenversichert sind, erhalten zu ihrer Rente einen monatlichen Zuschuss.

Der Zuschuss für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte entspricht dem Beitragsanteil, den die Rentenversicherung für einen pflichtversicherten Rentner aufbringen müsste. Der monatliche Beitragszuschuss beträgt die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung (7,3 %) zuzüglich des halben kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes.

Im Jahr 2026 beträgt der Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Rentner 8,75 % (7,3 + 1,45) der Rente.

Der Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Rentner wird in Höhe des halben allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung zuzüglich des halben durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes geleistet. Der monatliche Zuschuss wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Krankenversicherung begrenzt.

Merke:

Für Renten von versicherungspflichtigen Rentnern sind der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse maßgebend.

Der Rentner und die Rentenversicherung tragen jeweils die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes sowie die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes als Krankenversicherungsbeitrag.

Rentner, die freiwillig oder privat krankenversichert sind, erhalten einen Beitragszuschuss. Für Privatversicherte darf der Zuschuss nicht höher als die Hälfte des Beitrages sein.

Pflegeversicherung der Rentner

Rentner, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind, sind in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert.

Sie erhalten die gleichen Leistungen der Pflegeversicherung wie andere Pflegeversicherte, müssen aber auch die gleichen Beiträge zahlen.

Die Beiträge der Rentner, die auch in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, werden vom Rentenversicherungsträger bei der Rentenzahlung einbehalten. Der Rentner trägt den Beitrag zur Pflegeversicherung allein.

Merke:

Rentner sind in der Pflegeversicherung pflichtversichert. Sie zahlen die gleichen Beiträge wie andere Versicherte der Pflegeversicherung.

Der Rentner trägt den Beitrag zur Pflegeversicherung allein.

Besteuerung von Renten und Beiträgen

Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden grundsätzlich zur Hälfte vom Arbeitgeber und zur Hälfte vom Arbeitnehmer gezahlt. Da der Arbeitgeberbeitrag zusätzlich steuerfrei zum Arbeitsentgelt gewährt wird, stellt dieser für den Arbeitnehmer eine steuerfreie Einnahme dar, für die keine Steuer zu zahlen ist.

Seit 2005 unterliegen Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, der landwirtschaftlichen Alterskassen, der berufsständischen Versorgungswerke und bestimmte private Leibrenten – ebenso wie bisher schon die Beamtenpensionen – der sogenannten nachgelagerten Besteuerung. Das bedeutet, dass während des Arbeitslebens die Altersvorsorgeaufwendungen (zum Beispiel die Rentenversicherungsbeiträge) steuerfrei bleiben und später die Rente voll besteuert wird.

Da die Beiträge für die Altersvorsorge nur schrittweise von der Steuer freigestellt werden können, wird auch die nachgelagerte Besteuerung der Renten Schritt für Schritt umgesetzt.

Der Höchstbetrag 2026 beträgt für Alleinstehende 30 826 Euro, für Ehepaare 61 652 Euro. Zum knappschaftlichen Höchstbeitrag siehe Seite 90 und 91.

Der Gesamtbeitrag (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) für die Altersvorsorge ist bis zu einem Höchstbeitrag steuerlich absetzbar. Bei steuerlich zusammenveranlagten Ehepartnern verdoppelt er sich. Seit 2015 entspricht der Höchstbetrag dem maximalen Rentenversicherungsbeitrag der knappschaftlichen Rentenversicherung.

Die Steuerfreistellung begann 2005 mit 60 % der auf den Höchstbeitrag begrenzten Beiträge zur Altersvorsorge. Bis 2022 stieg der Anteil jedes Jahr um 2 %. Ab 2023 sind 100 % abziehbar.

Für Bestandsrentner und Neuzugänge des Jahres 2005 betrug der steuerpflichtige Anteil der Renten 50 %. Bei Rentenzugängen seit 2006 stieg dieser Anteil bis 2020 jährlich um zwei Prozentpunkte auf 80 %. Der steuerpflichtige Anteil der Rente erhöht sich in den Jahren 2021 und 2022 um einen Prozentpunkt und von 2023 an um 0,5 Prozentpunkte jährlich, um im Jahr 2058 einen Anteil von 100 % (volle Besteuerung) zu erreichen.

Der steuerfreie Anteil der Rente wird als persönlicher Rentenfreibetrag festgeschrieben und ändert sich für die Dauer des Rentenbezugs grundsätzlich nicht mehr. Rentenanpassungen erhöhen somit das individuelle steuerpflichtige Renteneinkommen und sind in voller Höhe steuerpflichtig.

Merke:

Renten der gesetzlichen Rentenversicherung werden seit dem Jahr 2005 nachgelagert besteuert, also erst dann, wenn sie bezogen werden. Dafür werden die Beiträge für die Altersvorsorge bis zu einer Höchstgrenze steuerfrei gestellt.

Sowohl die Besteuerung der Renten als auch die Freistellung der Beiträge erfolgt schrittweise. Die volle Besteuerung der Renten erfolgt erst ab 2058, die volle Freistellung der Beiträge von der Steuer bereits im Jahr 2023.

Versicherungsträger und Zuständigkeit

Die Rentenversicherung wird von besonderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften durchgeführt, also nicht von privaten Unternehmen. Sie verwalten sich selbst durch eigene Organe (Vertreterversammlung, Vorstand). Diese Organe setzen sich je zur Hälfte aus ehrenamtlichen Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Für die Deutsche Rentenversicherung Bund gelten Besonderheiten.

Schon Geschichte: BfA und LVAen

Bis zum 30. 9. 2005 wurde die gesetzliche Rentenversicherung für die Angestellten bundesweit von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und die Arbeiterrentenversicherung regional von 22 Landesversicherungsanstalten (LVAen) durchgeführt. Für die Beschäftigten in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See war jeweils ein eigenständiger Rentenversicherungsträger (Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt oder Seekasse) bundesweit zuständig. Die Spitzenverbandsfunktion nahm der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger e. V. (VDR) wahr.

Seit 1. 10. 2005: Deutsche Rentenversicherung

Die BfA wurde unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung Bund“ fortgeführt. Sitz der Deutschen Rentenversicherung Bund ist Berlin mit Verwaltungsstellen in Gera, Stralsund, Brandenburg/Havel und Würzburg. Der VDR wurde am 1. 10. 2005 in die Deutsche Rentenversicherung Bund eingegliedert. Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist der zentrale Bundesträger, der auch die Grundsatz- und Querschnittsaufgaben der Deutschen Rentenversicherung wahrnimmt.

Die Regionalebene wurde aus den bisherigen Landesversicherungsanstalten gebildet. Aus der LVA Westfalen wurde beispielsweise der Regionalträger Deutsche Rentenversicherung Westfalen. Durch Fusionen hat sich außerdem auf der Regionalebene die Anzahl der Rentenversicherungsträger von 20 auf 14 verringert.

Die Bundesknappschaft wird unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ mit Sitz in Bochum fortgeführt. Die Bahnversicherungsanstalt und die Seekasse wurden aufgelöst und gingen in der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See auf.

Neue Zuständigkeiten

Neue Versicherte werden im Verhältnis von 45 % zu 55 % über ein spezielles Vergabeverfahren anhand ihrer Versicherungsnummer der Bundes- oder Regionalebene zugeordnet – die Art der ausgeübten Tätigkeit spielt keine Rolle mehr. Das erfolgt ganz überwiegend elektronisch über die Datenstelle der Rentenversicherung.

Innerhalb der Bundesebene werden die Versicherten im Verhältnis von 40 % zu 5 % zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See verteilt. Für die Beschäftigten in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See ist vorrangig die Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig. Diese Versicherten werden auf die Quote von 5 % angerechnet.

Die zentrale Datenstelle befindet sich in Würzburg.

Innerhalb der Regionalebene bestimmt sich die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger nach dem Wohnsitz des Versicherten. Bei der einmal festgelegten Zuständigkeitszuweisung zwischen der Bundes- und der Regionalebene verbleibt es unabhängig davon, welche Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit der Versicherte später ausübt. Eine Ausnahme bilden nur Beschäftigte, die in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See tätig sind oder waren. Wird erstmals eine Beschäftigung in diesen Branchen aufgenommen, wechselt die Zuständigkeit vom bisherigen Träger zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See.

Zuständigkeitswechsel können auch innerhalb der Regionalebene auftreten, wenn der Versicherte seinen Wohnort wechselt.

Versicherte, die bis 31. 12. 2004 bereits eine Versicherungsnummer erhalten haben, werden grundsätzlich von dem Rentenversicherungsträger weiterbetreut, der ihr Konto am 31. 12. 2004 geführt hat.

In den Jahren 2005 bis 2019 fand ein Ausgleichsverfahren statt, in dem die Versicherten der Jahrgänge 1945 und jünger im Verhältnis von 45 % zu 55 % zwischen den Bundes- und Regionalträgern verteilt wurden.

Das Ausgleichsverfahren wurde im Jahr 2019 abgeschlossen.

Auskunfts- und Beratungsstellen

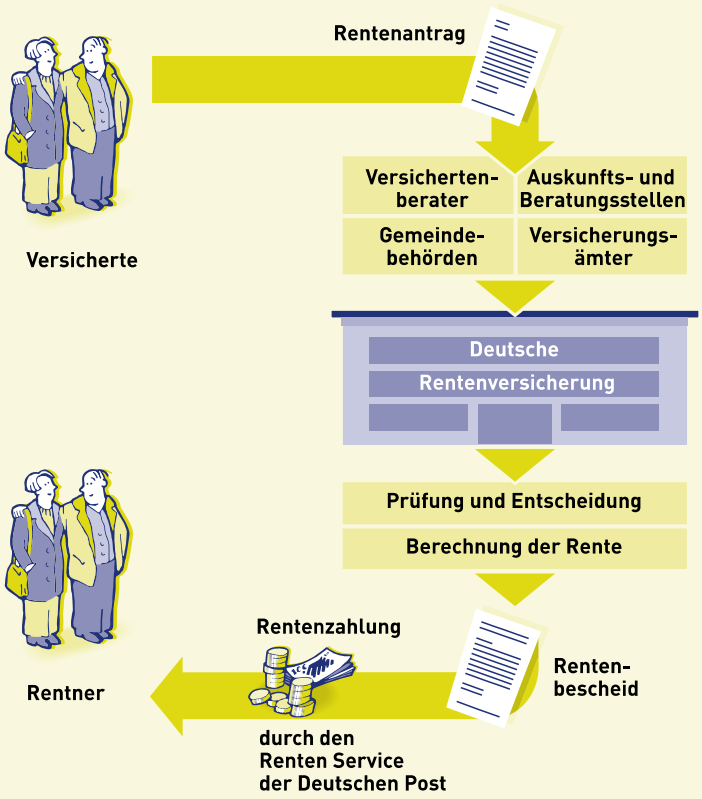
Zu den gemeinsamen Aufgaben der Rentenversicherungsträger zählt auch die Gewährleistung der flächendeckenden Auskunft und Beratung der Versicherten, Rentner und Arbeitgeber zu allen Fragen der gesetzlichen Rentenversicherung. Im Bereich

der Auskunft und Beratung werden an allen Standorten die gleichen Aufgaben wahrgenommen, damit in der Regel bundesweit ein einheitliches Serviceangebot für alle Kunden der Deutschen Rentenversicherung besteht.

Die Regionalträger unterhalten für den Bereich der Auskunft und Beratung in der allgemeinen Rentenversicherung ein Dienststellennetz für die Deutsche Rentenversicherung.

Die Bundesträger können an ihren jeweiligen Standorten die ihnen obliegenden Auskunfts- und Beratungspflichten selbst erfüllen. Dies geschieht in den Auskunfts- und Beratungsstellen an den Standorten der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin, Gera, Stralsund und Brandenburg/Havel.

Der Weg zur Rente



Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt an ihren Standorten die Auskunft und Beratung ebenfalls selbst durch. Das sind die Standorte in Bochum, Berlin, Bergheim, Chemnitz, Cottbus, Frankfurt/Main, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kassel, Moers, München, Münster, Rosenheim, Saarbrücken und Wuppertal. Die an weiteren Standorten bestehenden knappschaftlichen Auskunfts- und Beratungseinrichtungen nehmen neben ihren Aufgaben im Bereich der knappschaftlichen Krankenversicherung auch Auskunfts- und Beratungsaufgaben im Bereich der knappschaftlichen Rentenversicherung wahr.

Jugendkommunikation: den richtigen Ton treffen

Rente und Reha gehen auch junge Menschen an, die lernen, auf eigenen Beinen zu stehen. Wer dazu Fragen hat, bekommt von der Jugendinitiative Rentenblicker der Deutschen Rentenversicherung verlässliche und verständliche Antworten.

Unter www.rentenblicker.de wird Grundwissen zum Rentensystem und zum Nutzen der gesetzlichen Rentenversicherung vermittelt. Jugendnahe Aspekte wie die Absicherung während eines Ferien- oder Minijobs, Kinder- und Jugendrehabilitation oder die Hinterbliebenenrente stehen dabei im Vordergrund. Über ein Onlineformular kann man direkt Kontakt zum Rentenblicker aufnehmen – die Fachleute der Deutschen Rentenversicherung helfen gern weiter.

Die Website spricht Jugendliche in ihren Lebenswelten an und bündelt Informationen für Schüler, Auszubildende, Studierende und Berufsstarter. Ergänzend erscheinen praxisnahe Unterrichtsmaterialien für Lehrer und Schüler. Außerdem können hier Referenten der Deutschen Rentenversicherung für den Schulunterricht angefordert werden.

Rente und junge Leute – das muss kein Widerspruch sein. Neben einem starken Onlineauftritt gibt es den #RENTENBLICKER auch auf Instagram und Youtube – leicht verständlich, informativ und jugendgemäß.

Knappschaftliche Rentenversicherung

Die knappschaftliche Versicherung schützt eine besondere Berufsgruppe: die in bergmännischen Betrieben beschäftigten Arbeitnehmer, die Bergleute, die Knappen. Sie ist der älteste Zweig der Sozialversicherung. Ursprünglich war sie wegen der besonderen Gefährdung in diesem Beruf gegründet worden. Heute ist sie ein Teil des gesetzlichen Schutzes der Sozialversicherung.

Die knappschaftliche Versicherung umfasst sowohl die Kranken- und Pflegeversicherung als auch die Rentenversicherung.

Die knappschaftliche Krankenversicherung richtet sich ausschließlich nach den Vorschriften der allgemeinen Krankenversicherung. Maßgebend sind damit allein die im Abschnitt Krankenversicherung erläuterten Regeln.

Für die knappschaftliche Rentenversicherung ist vom 1. 1. 1992 an die gesetzliche Grundlage das Sechste Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB VI). Das SBG VI gilt gleichermaßen für die allgemeine Rentenversicherung. Es enthält jedoch für die knappschaftliche Rentenversicherung so viele Besonderheiten, dass es sinnvoll ist, diese separat zu erläutern.

Die Aufgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung sind die gleichen wie in der allgemeinen Rentenversicherung.

Versicherte Personen

Die knappschaftliche Rentenversicherung ist hauptsächlich für Versicherte zuständig, die in einem knappschaftlichen Betrieb beschäftigt sind.

Knappschaftliche Betriebe sind alle Betriebe, in denen Mineralien oder ähnliche Stoffe bergmännisch gewonnen werden oder in denen üblicherweise unter Tage gearbeitet wird. Die Versicherungspflicht in der knappschaftlichen Rentenversicherung richtet sich nach den Regeln, die auch für die allgemeine Rentenversicherung gelten. Freiwillig kann man ihr nicht beitreten.

Merke:

Die knappschaftliche Rentenversicherung bietet einen besonderen Schutz für die in knappschaftlichen Betrieben beschäftigten Arbeitnehmer und deren Hinterbliebene. Er geht über den Schutz der allgemeinen Rentenversicherung hinaus, weil die Beschäftigung als Bergmann als besonders gefährlich galt.

Finanzierung

Die Finanzierung der knappschaftlichen Rentenversicherung erfolgt durch Beiträge, den Wanderversicherungsausgleich und durch Bundesmittel.

Nur ein äußerst geringer Teil der Ausgaben der knappschaftlichen Rentenversicherung wird durch Beiträge finanziert (ungefähr 3 %). Die höchsten Einnahmen werden durch den Wanderversicherungsausgleich erzielt. Für Leistungsansprüche, die in der allgemeine Rentenversicherung erworbenen wurden, die aber von der knappschaftlichen Rentenversicherung ausgezahlt werden, erhält die knappschaftliche Rentenversicherung von der allgemeinen Rentenversicherung Ausgleichszahlungen – den Wanderversicherungsausgleich. Daneben erfolgt die Zahlung eines Wanderungsausgleichs, der Beitragsausfälle der knappschaftlichen Rentenversicherung durch einen Versichertenverlust ausgleicht.

Die Bundesmittel sind die zweitgrößte Einnahmequelle. Der Bund übernimmt dabei den Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen und den Ausgaben (Defizitausgleich).

Beitragshöhe und Beitragslast

Der Beitragssatz in der knappschaftlichen Rentenversicherung beträgt 24,7 %. Die Beitragshöhe richtet sich für Arbeitnehmer,

Die Beitragsbemessungsgrenze in der knappschaftlichen Rentenversicherung beträgt 2026 bundesweit monatlich 10 400 Euro.

die knappschaftlich pflichtversichert sind, nach dem Arbeitsentgelt, soweit dieses die Beitragsbemessungsgrenze nicht überschreitet. Der Beitragsanteil des Arbeitnehmers ist so hoch wie in der allgemeinen Rentenversicherung, das sind 9,3 %. Der Arbeitgeber zahlt mehr als die Hälfte der Beiträge. Sein Anteil beträgt 15,4 %.

Nachweis der Beiträge

Die knappschaftliche Betriebsnummer wird von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vergeben.

Knappschaftliche Betriebe sowie Unternehmen, deren Mitarbeiter knappschaftliche Arbeiten verrichten, benötigen für das Melde- und Beitragsverfahren eine knappschaftliche Betriebsnummer. Die Meldung erfolgt durch elektronische Datenübermittlung (Datenübertragung) an die Einzugsstellen.

Das knappschaftliche Meldeverfahren weicht teilweise vom allgemeinen Verfahren ab, da die knappschaftlichen Besonderheiten berücksichtigt werden müssen (zum Beispiel ständige Arbeiten unter Tage). Die Einzugsstellen leiten die Meldungen an die entsprechenden Sozialversicherungsträger weiter. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See nimmt diese Meldung in das für jeden Versicherten geführte maschinelle Konto auf.

Das allgemeine Meldeverfahren wird ab Seite 156 beschrieben.

Merke:

Die knappschaftliche Rentenversicherung wird durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, durch den Wanderversicherungsausgleich sowie aus Mitteln des Bundes finanziert.

Der Beitragssatz ist mit 24,7 % höher als in der allgemeinen Rentenversicherung. Davon trägt der Pflichtversicherte 9,3 % und der Arbeitgeber 15,4 %.

Rehabilitation

Die knappschaftlichen Leistungen zur Rehabilitation sind die gleichen wie in der allgemeinen Rentenversicherung.

Sie werden hauptsächlich in den eigenen Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durchgeführt.

Rentenarten

Die knappschaftliche Rentenversicherung zahlt unter den gleichen Voraussetzungen wie die allgemeine Rentenversicherung Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Altersrenten und Renten wegen Todes. Wegen der besonderen Gefährdung des Bergmannes gibt es zusätzlich die Rente für Bergleute, die Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute und die Knappschaftsausgleichsleistung.

Zur Regelaltersgrenze siehe Seite 66.

Rente für Bergleute

erhält der Versicherte bis zur Regelaltersgrenze, der

- → im Bergbau vermindert berufsfähig ist,
- → in den letzten fünf Jahren vor der verminderten Berufsfähigkeit drei Jahre knappschaftliche Pflichtbeiträge gezahlt hat und
- → die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren in der knappschaftlichen Rentenversicherung vor der verminderten Berufsfähigkeit erfüllt hat.

Vermindert berufsfähig im Bergbau ist der Versicherte, der wegen Krankheit oder Behinderung nicht imstande ist, die bisher ausgeübte knappschaftliche Beschäftigung oder eine andere gleichwertige Beschäftigung auszuüben.

Die Rente für Bergleute erhält außerdem der Versicherte, der

- → das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- → eine der knappschaftlichen Beschäftigung gleichwertige Beschäftigung nicht mehr ausüben kann und
- → die Wartezeit von 25 Jahren erfüllt hat.

Wartezeit

Auf die Wartezeit von 25 Jahren werden Kalendermonate mit

- → Beitragszeiten aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage und
- → Ersatzzeiten, die der knappschaftlichen Rentenversicherung zuzuordnen sind,

angerechnet.

Nicht berücksichtigt werden Kalendermonate aus einem Versorgungsausgleich, einem Rentensplitting unter Ehegatten sowie aus Zuschlägen an Entgeltpunkten für Arbeitsentgelt aus geringfügiger und geringfügiger versicherungsfreier Beschäftigung.

Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute

erhält der Versicherte, der

- → das 62. Lebensjahr vollendet hat und
- → die Wartezeit von 25 Jahren erfüllt hat.

Für Versicherte, die Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus oder Knappschaftsausgleichsleistung bezogen haben, wird die Altersgrenze von 60 Jahren nicht angehoben.

Auf die Wartezeit von 25 Jahren werden bei der Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute zusätzlich auch Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus angerechnet, wenn zuletzt vor Beginn dieser Leistung eine Beschäftigung unter Tage ausgeübt worden ist.

Geburtsjahrgänge bis 1951 erhielten diese Altersrente frühestens mit 60 Jahren. Für die Jahrgänge 1952 bis 1963 erfolgt eine stufenweise Anhebung.

Knappschaftsausgleichsleistung

können insbesondere Versicherte beanspruchen, die

→ nach Vollendung des 55. Lebensjahres aus einem knappschaftlichen Betrieb ausscheiden und
→ die Wartezeit von 25 Jahren erfüllen.

Anspruch auf eine Knappschaftsausgleichsleistung haben auch Versicherte, die aus Gründen, die nicht in ihrer Person liegen

→ nach Vollendung des 50. Lebensjahres aus einem knappschaftlichen Betrieb ausscheiden und bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben und
→ die Wartezeit von 25 Jahren erfüllen.

Dieser Personenkreis kann die Wartezeit von 25 Jahren auch mit anderen knappschaftlichen Beitragszeiten erfüllen, wenn die zuletzt unter Tage ausgeübte Beschäftigung wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung aufgegeben werden musste.

Merke:

Renten aus der knappschaftlichen Rentenversicherung sind unter den gleichen Voraussetzungen zu zahlen wie aus der allgemeinen Rentenversicherung.

Zusätzlich gibt es Rente für Bergleute, Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute und Knappschaftsausgleichsleistung. Hierfür gelten besondere Wartezeiten. Sie können nur mit Beitragszeiten in der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllt werden, die Wartezeit von 25 Jahren insbesondere mit Beitragszeiten für eine Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage.

Rentenhöhe

Der monatliche Rentenbetrag ist nach der gleichen Formel zu berechnen wie in der allgemeinen Rentenversicherung. Die knappschaftliche Rentenversicherung kennt aber andere Rentenartfaktoren als die allgemeine Rentenversicherung. Mit diesen besonderen Faktoren wird der größeren Gefährdung der Bergleute Rechnung getragen.

Der Rentenartfaktor für die knappschaftlichen Entgeltpunkte beträgt für die Altersrente 1,3333. Für die Rente wegen voller Erwerbsminderung ist er gleich hoch. Für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beträgt er 0,6, jedoch 0,9, solange eine knappschaftliche Beschäftigung nicht ausgeübt wird. Bei der Rente für Bergleute ist der Rentenartfaktor 0,5333.

Der Rentenartfaktor für die große Witwen- und Witwerrente beträgt 0,7333. Er beträgt jedoch 0,8, wenn der Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder die Ehe vor diesem Zeitpunkt geschlossen wurde und mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren ist. Für die kleine Witwen- und Witwerrente ist der Rentenartfaktor 0,3333. Für die Sterbeübergangszeit ist bei beiden Renten 1,3333 maßgebend.

Die Sterbeübergangszeit („Sterbevierteljahr") endet drei Kalendermonate nach dem Tod des Versicherten.

Bei Halbwaisenrenten beträgt der Rentenartfaktor 0,1333 und bei Vollwaisenrenten 0,2667.

Der aktuelle Rentenwert ist in der knappschaftlichen Rentenversicherung und in der allgemeinen Rentenversicherung gleich hoch.

Lesen Sie hierzu auch ab Seite 76.

Der Monatsbetrag der Rente ist ebenso zu berechnen wie in der allgemeinen Rentenversicherung. Hat der Versicherte sowohl persönliche Entgeltpunkte zur knappschaftlichen als auch zur allgemeinen Rentenversicherung erworben, werden aus den persönlichen Entgeltpunkten der knappschaftlichen und der allgemeinen Rentenversicherung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Rentenartfaktoren Monatsteilbeträge ermittelt. Die Summe aus diesen Monatsteilbeträgen ist der Monatsbetrag der Rente.

Mehr Informationen gibt es ab Seite 73.

Hinzu kommen zusätzliche Entgeltpunkte für ständige Arbeiten unter Tage (Leistungszuschlag).

Die Knappschaftsausgleichsleistung wird wie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung berechnet. Allerdings wird keine Zurechnungszeit berücksichtigt. Es werden nur die persönlichen Entgeltpunkte aus der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne die zusätzlichen Entgeltpunkte für ständige Arbeiten unter Tage (Leistungszuschlag) herangezogen.

Merke:

Die Rentenformel für die knappschaftliche Rentenversicherung entspricht der für die allgemeine Rentenversicherung. Für sie gelten jedoch besondere Rentenartfaktoren. Außerdem gibt es noch Vergünstigungen für ständige Arbeiten unter Tage.

Sind auch Entgeltpunkte in der allgemeinen Rentenversicherung vorhanden, sind für die jeweiligen Entgeltpunkte Monatsteilbeträge zu errechnen. Die Summe daraus ist die zu zahlende Rente.

Versicherungsträger

Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mit Sitz in Bochum. Sie führt seit 1. 10. 2005 die Aufgaben der Bundesknappschaft sowie die der aufgelösten Bahnversicherungsanstalt und Seekasse fort.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) ist – wie alle Träger der Sozialversicherung – eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Das bedeutet, dass Versicherte und Arbeitgeber durch ihre gewählten Vertreter in den Organen die Aufgaben der Sozialversicherung in eigener Verantwortung wahrnehmen und erfüllen.

Zur Selbstverwaltung lesen Sie bitte auch ab Seite 17.

Die KBS betreut insgesamt 5 % aller Rentenversicherten. Sie ist vorrangig für die Beschäftigten in den Branchen der Knappschaft, Bahn oder See zuständig. Diese Versicherten werden auf die Quote von 5 % angerechnet. Die KBS ist also sowohl Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung als auch der allgemeinen Rentenversicherung.

Außerdem ist die KBS ein umfassender Sozialversicherungsträger, zu dessen Verbund die Kranken- und Pflegeversicherung, das eigene medizinischen Kompetenznetz, die Renten-Zusatz-

versicherung, die Arbeitgeberversicherung, die Seemannskasse und die Minijob-Zentrale gehören.

Weiterhin gehören zum Verbund der KBS unter anderem die Bundesfachstelle Barrierefreiheit und seit dem 1. 1. 2025 die Künstlersozialkasse. Daneben übernimmt die KBS mit der Überwachungsstelle für die Barrierefreiheit von Informationstechnik und der Fachstelle für Fördermittel des Bundes weitere Aufgaben im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Für die Bereiche der Kranken- und Pflegeversicherung gelten für sie die allgemeinen Regelungen. Sie ist auch in Bezug auf die Wählbarkeit den anderen Krankenkassen gleichgestellt und nimmt dadurch umfassend am Kassenwettbewerb teil.

Das eigene Medizinische Netz besteht aus niedergelassenen Ärzten, modernen Krankenhäusern und Reha-Kliniken sowie einem Sozialmedizinischen Dienst.

Die KBS betreibt eine eigenständige, betriebliche Altersvorsorge des öffentlichen Dienstes und ergänzt die gesetzliche Rentenversicherung für Eisenbahner.

Die Seemannskasse ist eine Vorruhestands- und Zusatzversorgungskasse für Seeleute. Die Selbstverwaltungsorgane und die Geschäftsführung der KBS vertreten und verwalten die Seemannskasse nach dem für die Rentenversicherungsträger geltenden Recht sowie nach Maßgabe der Satzung der Seemannskasse.

Die Minijob-Zentrale ist bei der KBS als zentrale Einzugs- und Meldestelle für geringfügige versicherungsfreie Beschäftigungen eingerichtet. Sie berät Arbeitgeber und Beschäftigte, erhält Meldungen sowie Beitragsnachweise und zieht die Pauschalabgaben ein.

Die KBS verwaltet und prüft in der Förderperiode 2021 bis 2027 die Förderprogramme des Europäischen Sozialfonds Plus (ESF Plus) auf der Bundesebene. Dazu gehört die Genehmigung und Mittelausstattung sowie die Prüfung der Durchführung der entsprechenden Förderprogramme und Projekte. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben unterliegt die KBS der Rechts- und Fachaufsicht des jeweils beauftragenden Bundesministeriums.

Lesen Sie bitte auch die Informationen auf Seite 242.

Alterssicherung der Landwirte

Die Alterssicherung schützt die Landwirte bei Gefährdung und Minderung der Erwerbsfähigkeit, im Alter sowie bei Tod die Hinterbliebenen.

Gesetzliche Grundlage ist das Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte. Es ist Teil des Agrarsozialreform-Gesetzes vom 29. 7. 1994 und am 1. 1. 1995 in Kraft getreten.

Folgende Leistungen können in der Alterssicherung der Landwirte in Anspruch genommen werden:

- **Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Nachsorge sowie ergänzende und sonstige Leistungen zur Teilhabe einschließlich Betriebs- oder Haushaltshilfe,**
- **Renten wegen Erwerbsminderung und Alters,**
- **Renten wegen Todes,**
- **Beitragszuschüsse sowie**
- **Betriebs- und Haushaltshilfe oder sonstige Leistungen zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft.**

Die Landabgaberente und die Produktionsaufgaberente einschließlich des Flächenzuschlags und des Ausgleichsgeldes sind Leistungen, die als strukturpolitische Maßnahme im Bereich der Landwirtschaft vorgesehen waren. Personen, die in der Vergangenheit einen Anspruch auf diese Leistungen erworben haben, erhalten diese auch weiterhin. Verstirbt der Empfänger einer Landabgaberente nach dem 31. 12. 1994, erhält die Witwe oder der Witwer Landabgaberente, wenn sie nicht wieder geheiratet haben und nicht Landwirt sind.

Versicherte Personen

In der Alterssicherung der Landwirte kann man versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sein. Bestimmte Personen gehören diesem Sicherungssystem nicht an oder können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen.

Ehe- und Lebenspartner gelten als Landwirte.

Pflichtversicherte

Versicherungspflichtig sind Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige. Landwirt ist, wer ein Unternehmen der Landwirtschaft betreibt, das eine bestimmte Mindestgröße erreicht.

Das Unternehmen muss auf Bodenbewirtschaftung beruhen; das sind Unternehmen der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Garten- und Weinbaus, der Fischzucht und der Teichwirtschaft. Die Imkerei, Binnenfischerei und Wanderschäferei gelten ebenfalls als solche Unternehmen. Der Grenzwert für die Mindestgröße eines landwirtschaftlichen Unternehmens wird von der landwirtschaftlichen Alterskasse anhand des Flächenwertes oder des Arbeitsbedarfs unter Berücksichtigung der örtlichen oder regionalen Gegebenheiten bestimmt.

Für Unternehmen der Imkerei, der Binnenfischerei und der Wanderschäferei gelten für die Mindestgröße folgende abweichende Richtwerte:

- → Imkereien müssen grundsätzlich mindestens 100 Bienenvölker halten,
- → die Binnenfischerei muss grundsätzlich mindestens 120 Arbeitstage jährlich erfordern,
- → die Herde von Unternehmen der Wanderschäferei muss mindestens eine Anzahl von 240 Großtieren umfassen.

Mitarbeitende Familienangehörige des Landwirts oder seines Ehe- oder Lebenspartners sind versicherungspflichtig, wenn sie hauptberuflich in seinem Unternehmen tätig sind. Familienangehörige sind Verwandte bis zum dritten Grad, Verschwägerte bis zum zweiten Grad und Pflegekinder.

Ausnahme von der Versicherungspflicht

Versicherungsfrei sind Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige, die jünger als 18 Jahre sind oder die die Regelaltersgrenze bereits erreicht haben und die bei Beginn der Versicherung die Wartezeit für eine Rente wegen Erwerbsminderung nicht mehr erfüllen können oder bereits eine

vorzeitige Rente wegen Alters oder eine Rente wegen Erwerbsminderung beziehen. Familienangehörige sind außerdem versicherungsfrei, solange sie selbst als Landwirt versichert sind.

Zur Regelaltersgrenze siehe Seite 66.

Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige werden auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Alterssicherung befreit, solange sie regelmäßig Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, vergleichbares Einkommen oder Erwerbsersatzeinkommen beziehen, das jährlich das Zwölffache der Geringfügigkeitsgrenze überschreitet.

Ab 1. 1. 2026 sind es 7 236 Euro.

Sie werden auch befreit, wenn sie wegen der Erziehung eines Kindes oder der Pflege eines Pflegebedürftigen in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig sind. Eine Befreiung ist auch möglich, wenn sie Grundsicherungsgeld beziehen und im letzten Kalendermonat vor dessen Bezug nicht versichert waren.

Freiwillig Versicherte

Die Versicherung in der Alterssicherung können die Personen freiwillig fortsetzen (freiwillige Weiterversicherung), die als Landwirt nicht mehr versicherungspflichtig sind und die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt, aber die Wartezeit von 15 Jahren noch nicht erfüllt haben. Die Weiterversicherung muss allerdings innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht beantragt werden.

In der Alterssicherung können sich außerdem Ehe- und Lebenspartner von ehemaligen Landwirten freiwillig versichern, wenn sie selbst nicht versicherungspflichtig sind und der ehemalige Landwirt bereits eine Rente bezieht.

Merke:

Versicherungspflichtig sind Landwirte, die ein Unternehmen der Landwirtschaft betreiben, das auf Bodenbewirtschaftung basiert und eine bestimmte Mindestgröße erreicht. Ehe- und Lebenspartner gelten als Landwirte.

Mitarbeitende Familienangehörige sind versicherungspflichtig, wenn sie hauptberuflich in dem Unternehmen des Landwirts tätig sind.

Finanzierung

Die Ausgaben der Alterssicherung werden durch Beiträge der Versicherten und Mittel des Bundes finanziert. Der Bund trägt den Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen und den Ausgaben eines Kalenderjahres.

Beitragshöhe und Beitragslast

Für die Alterssicherung der Landwirte und deren Ehe- oder Lebenspartner ist ein fester, vom Einkommen unabhängiger Beitrag zu zahlen. Er wird von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung festgestellt.

Für mitarbeitende Familienangehörige ist die Hälfte zu zahlen. Der Landwirt trägt seine Beiträge allein. Ist der Ehe- oder der Lebenspartner ebenfalls als Landwirt versicherungspflichtig, tragen beide die Beiträge gemeinsam. Die Beiträge für mitarbeitende Familienangehörige sind in voller Höhe vom Landwirt zu tragen. Freiwillig Versicherte zahlen ihre Beiträge selbst.

Im Jahr 2026 beträgt der Beitrag monatlich 325 Euro.

Beitragszuschüsse

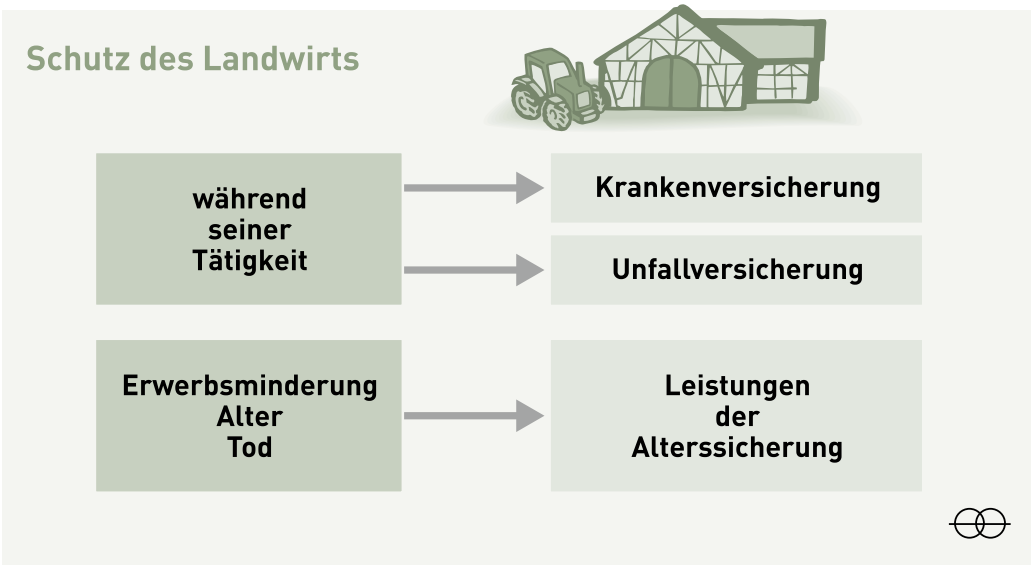
Ehe- und Lebenspartner gelten als Landwirte.

Versicherungspflichtige Landwirte erhalten auf Antrag einen Zuschuss zu ihrem Beitrag und zum Beitrag für mitarbeitende Familienangehörige, wenn das jährliche Einkommen weniger als 60 % der Bezugsgröße beträgt (2026: 28 476 Euro).

Im Jahr 2026 beträgt der volle Beitragszuschuss monatlich 195 Euro.

Bei einem jährlichen Einkommen bis zu 30 % der Bezugsgröße (2026 : 14 238 Euro) wird der volle Beitragszuschuss gewährt. Der volle Beitragszuschuss beträgt 60 % des Beitrags. Der Zuschuss wird auf volle Euro gerundet.

Bei einem Einkommen von mehr als 30 %, aber weniger als 60 % der Bezugsgröße, wird der Beitragszuschuss mit Hilfe einer Formel für jeden Anspruchsberechtigten individuell berechnet. Dabei berücksichtigt die Berechnungsformel, dass sich der Beitragszuschuss in dem Verhältnis verringert, in dem das Einkommen steigt. Erreicht es den Betrag in Höhe von 60 % der Bezugsgröße, wird kein Beitragszuschuss gezahlt.



Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation in der Alterssicherung der Landwirte ist, den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

Die Alterssicherung der Landwirte erbringt hierzu Leistungen zur Teilhabe; das sind

→ Leistungen zur Prävention,
→ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
→ Leistungen zur Kinderrehabilitation,
→ Leistungen zur Nachsorge sowie
→ ergänzende Leistungen.

Medizinische Leistungen umfassen alle Leistungen, die auch die allgemeine Rentenversicherung als medizinische Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen hat. Besonders hervorzuheben ist dabei die stationäre Heilbehandlung in Rehabilitationskliniken oder Spezialeinrichtungen.

Lesen Sie hierzu ab Seite 58.

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sind
→ Betriebs- und Haushaltshilfe,
→ Fahr- und Reisekosten,
→ Rehabilitationssport und Funktionstraining sowie
→ Rehabilitationsnachsorge.

Die Alterssicherung der Landwirte kann auch sonstige Leistungen zur Teilhabe erbringen, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Auch hier gelten die Regelungen der allgemeinen Rentenversicherung.

Lesen Sie hierzu Seite 62.

Rentenarten

Die Alterssicherung der Landwirte zahlt Renten wegen Erwerbsminderung, Altersrenten und Renten wegen Todes.

Renten wegen Erwerbsminderung

Landwirte (Unternehmer und Ehe- oder Lebenspartner) erhalten eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung, wenn sie
→ erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung sind,
→ vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt,
→ in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge zurückgelegt haben.

Mitarbeitende Familienangehörige erhalten eine Erwerbsminderungsrente unter den gleichen Bedingungen.

Hinzuverdienst

Die Höhe einer Rente wegen Erwerbsminderung ist bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze von der Höhe des Hinzuverdienstes abhängig. Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung werden in voller Höhe oder in Höhe der Hälfte gezahlt. Renten wegen voller Erwerbsminderung können in voller Höhe, in Höhe von drei Vierteln, in Höhe der Hälfte oder in Höhe eines Viertels geleistet werden.

Die Hinzuverdienstgrenze beträgt im Jahr 2026 bei einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in voller Höhe monatlich 3 480,40 Euro, in Höhe der Hälfte monatlich 4 231,85 Euro. Bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung in voller Höhe beträgt sie im Jahr 2026 monatlich 1 740,20 Euro, in Höhe von drei Vierteln monatlich 2 570,75 Euro, in Höhe der Hälfte

Ein zweimaliges Überschreiten um jeweils einen Betrag bis zur Hinzuverdienstgrenze ist im Laufe eines jeden Kalenderjahres unschädlich.

monatlich 3 480,40 Euro, in Höhe eines Viertels monatlich 4 231,85 Euro.

Wird eine Hinzuverdienstgrenze überschritten, aber die nächsthöhere Hinzuverdienstgrenze eingehalten, ist die Rente in der dann möglichen niedrigeren Höhe zu zahlen. Werden alle Hinzuverdienstgrenzen überschritten, kann keine Rente gezahlt werden. Der Rentenanspruch wird dadurch nicht berührt, sondern lediglich der Umfang der Rentenzahlung bestimmt. Als Hinzuverdienst zählen Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen sowie einige Sozialleistungen.

Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft wird nur berücksichtigt, wenn die rentenberechtigte Person Landwirt ist.

Wird neben einer Erwerbsminderungsrente eine Erwerbstätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausgeübt, deren Umfang das der Rentengewährung zugrunde liegende zeitliche Leistungsvermögen überschreitet, besteht für einen Zeitraum von regelmäßig sechs Monaten ab Beginn der Ausübung weiterhin Anspruch auf die gewährte Rente.

Altersrenten

Nach Erreichen der Regelaltersgrenze können Landwirte und deren mitversicherte Ehe- und Lebenspartner sowie mitarbeitende Familienangehörige eine Altersrente von der landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) beziehen. Außerdem besteht die Möglichkeit, vor Erreichen der Regelaltersgrenze eine vorzeitige Altersrente – grundsätzlich mit Abschlag – in Anspruch zu nehmen.

Zur Regelaltersgrenze siehe Seite 66.

Landwirte (Unternehmer und Ehe- beziehungsweise Lebenspartner) erhalten eine Regelaltersrente, wenn sie
→ die Regelaltersgrenze erreicht und
→ die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben.

Mitarbeitende Familienangehörige haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie
→ die Regelaltersgrenze erreicht und
→ die Wartezeit von 15 Jahren erfüllt haben.

Vorzeitige Altersrenten

Landwirte können schon zehn Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze eine vorzeitige Altersrente beziehen, wenn sie
→ die Wartezeit von 15 Jahren erfüllen und
→ der Ehepartner bereits Anspruch auf eine Regelaltersrente oder eine vorzeitige Altersrente nach Vollendung des 65. Lebensjahres aus der Alterssicherung der Landwirte hat oder gehabt hat.

Geburtsjahrgänge bis 1956 konnten diese Altersrente frühestens mit 55 Jahren erhalten. Bei den Jahrgängen 1957 bis 1963 wird die Altersgrenze stufenweise angehoben.

Das gilt auch für mitarbeitende Familienangehörige.

Landwirte können eine Altersrente für langjährig Versicherte frühestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres vorzeitig in Anspruch nehmen, wenn die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt ist.

Die vorzeitige Altersrente für langjährig Versicherte wird abschlagsfrei gezahlt, wenn für insgesamt 45 Jahre diese Zeiten zurückgelegt wurden:

- → Pflichtbeiträge als Landwirt oder mitarbeitender Familienangehöriger,
- → freiwillige Beiträge zur landwirtschaftlichen Alterskasse, sofern für mindestens 18 Jahre Pflichtbeiträge als Landwirt oder für mitarbeitende Familienangehörige vorhanden sind,
- → Zeiten, die in der gesetzlichen Rentenversicherung auf die Wartezeit von 45 Jahren anrechenbar sind,
- → Zeiten einer Beschäftigung oder Tätigkeit, in denen für besondere Personenkreise Versicherungsfreiheit vorgelegen hat beziehungsweise eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgte.

Vergleiche hierzu Seite 53.

Dies trifft zum Beispiel für Zeiten zu, in denen der Landwirt Beamter war.

Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige der Jahrgänge bis 1952, die insgesamt 45 Jahre an entsprechenden Zeiten zurückgelegt haben, konnten die vorzeitige Altersrente für langjährig Versicherte frühestens mit 63 Jahren in Anspruch nehmen. Für die Jahrgänge 1953 bis 1963 wird die Altersgrenze von 63 Jahren für jeden Jahrgang jeweils um zwei Monate angehoben, bis sie das 65. Lebensjahr erreichen. Für die Jahrgänge ab 1964 gilt dann das vollendete 65. Lebensjahr als maßgebliches Alter für diese vorzeitige Altersrente.

Seit dem 1. 1. 2023 kann neben dem Bezug einer Altersrente unbegrenzt hinzuverdient werden.

Renten wegen Todes

Renten wegen Todes sind Witwen- und Witwerrente und Waisenrente. Die Regelungen für Witwen und Witwer gelten entsprechend für hinterbliebene Lebenspartner.

Witwen- und Witwerrente

Witwen oder Witwer haben nach dem Tod des Versicherten Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente, wenn

- → der verstorbene Ehepartner die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat und
- → ein Kind erzogen wird, das jünger als 18 Jahre ist oder wenn sie das 47. Lebensjahr vollendet haben oder erwerbsgemindert sind.

Zur stufenweisen Anhebung des Lebensalters vergleiche Seite 68.

Ausnahmen sind vorgesehen.

Ist die Ehe in der Zeit ab 1. 1. 2002 geschlossen worden, besteht ein Anspruch auf die Witwen- oder Witwerrente jedoch nur, wenn die Ehe mindestens ein Jahr gedauert hat.

Die Witwen- und Witwerrente fällt weg, wenn die Witwe oder der Witwer wieder heiratet. Wird diese Ehe wieder aufgelöst, lebt der Anspruch auf die Witwen- oder Witwerrente wieder auf. Sie heißt dann Witwen- oder Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten.

Nach dem Tod eines mitarbeitenden Familienangehörigen erhalten die Witwe oder der Witwer unter den gleichen Bedingungen eine Witwen- oder Witwerrente.

Witwen- oder Witwerrente ist auch an frühere Ehepartner zu zahlen, wenn
- → deren Ehe vor dem 1. 7. 1977 geschieden wurde,
- → während der Dauer der Ehe Beiträge gezahlt wurden,
- → sie nicht wieder geheiratet haben und
- → sie erwerbsgemindert sind und der Verstorbene die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat oder andere Voraussetzungen erfüllt sind.

Waisenrente

Kinder erhalten nach dem Tod eines Elternteils Waisenrente, wenn der verstorbene Elternteil die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt hat.

Ein Anspruch auf Waisenrente besteht bis zum 18. Lebensjahr. Er verlängert sich bis zum 27. Lebensjahr durch eine Schul- oder Berufsausbildung, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, den Bundesfreiwilligendienst sowie um weitere nationale und internationale Freiwilligendienste. Dies gilt ebenfalls, wenn die Waise wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Die Waisenrente kann über das 27. Lebensalter hinaus gezahlt werden, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch den gesetzlichen Wehr- oder Zivildienst unterbrochen oder verzögert wurde.

Einkommensanrechnung auf Renten wegen Todes

Trifft eine Witwen- oder Witwerrente mit Einkommen des hinterbliebenen Ehepartners zusammen, gelten die Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend. Allerdings ist ein höherer Freibetrag als in der gesetzlichen Rentenversicherung zu berücksichtigen (ab 1. 7. 2026 monatlich 1 683,79 Euro).

Lesen Sie hierzu bitte Seite 70.

Ist der versicherte Ehepartner vor dem 1. 1. 2002 verstorben oder die Ehe vor diesem Tag geschlossen und mindestens ein Ehepartner vor dem 2. 1. 1962 geboren, gelten Übergangs- und Vertrauensschutzregelungen. Der Freibetrag entspricht dann aber dem Freibetrag, der auch in der gesetzlichen Rentenversicherung gilt.

Bei Waisenrenten entfällt die Anrechnung des eigenen Einkommens.

Wartezeit

Auf die Wartezeit von fünf und 15 Jahren werden Beitragszeiten angerechnet. Das sind Zeiten, für die Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt sind.

Sind für den Landwirt Beitragszeiten vorhanden, gelten für den Ehepartner ebenfalls Beiträge als gezahlt.

Beitragszeiten vor dem 1. 1. 1995 werden für Landwirte nur dann angerechnet, wenn der Versicherte bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres oder bis zum Eintritt der Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise bis zum Tod, längstens jedoch bis zum 31. 12. 1994 Beitragszeiten zurückgelegt hat.

Auf die Wartezeit werden auch Zeiten angerechnet, in denen Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt wurden. Außerdem zählen Monate, in denen für besondere Personenkreise Versicherungsfreiheit vorgelegen hat oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgte. Dies trifft zum Beispiel für Zeiten zu, in denen der Landwirt Beamter war.

Wurde ein Versorgungsausgleich zugunsten des Versicherten durchgeführt und Anrechte übertragen oder begründet, so kann sich das auch positiv auf die Wartezeit auswirken, da gegebenenfalls Lücken in der Ehe- oder Lebenspartnerschaftszeit durch zusätzliche Wartezeitmonate geschlossen werden können.

Die Wartezeit von fünf Jahren ist vorzeitig erfüllt, wenn Versicherte wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erwerbsgemindert geworden oder gestorben sind.

Rentenbeginn und Rentenantrag

Renten der Alterssicherung der Landwirte werden nur auf Antrag der Versicherten oder ihrer Hinterbliebenen gezahlt. Hierfür gelten die gleichen Regeln wie in der allgemeinen Rentenversicherung.

Vergleiche dazu Seite 71.

Der Tag der Antragstellung ist für den Beginn der Rente wichtig. Erwerbsminderungs- und Altersrenten können längstens für drei Monate vor dem Monat der Antragstellung gezahlt werden. Frühester Rentenbeginn ist der Monat, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Renten wegen Todes werden vom Todestag an geleistet. Hat der Verstorbene bereits eine Rente erhalten, beginnt die Rente mit dem Kalendermonat, der dem Todesmonat folgt. Wird die Rente jedoch später als zwölf Kalendermonate nach dem Tod beantragt, kann sie längstens für zwölf Kalendermonate vor dem Monat der Antragstellung gezahlt werden.

Merke:

Die Alterssicherung der Landwirte zahlt ehemaligen Landwirten, Ehe- und Lebenspartnern von Landwirten sowie mitarbeitenden Familienangehörigen Renten wegen Erwerbsminderung und Altersrenten. Bei Tod des Versicherten werden den Hinterbliebenen Witwen-, Witwer- und Waisenrenten gezahlt.

Renten können nur dann gezahlt werden, wenn die Wartezeit erfüllt ist. Renten können nur auf Antrag gezahlt werden. Der Tag der Antragstellung ist für den Beginn der Rente wichtig.

Rentenhöhe

Die Renten der Alterssicherung der Landwirte sind beitragsgerechte Leistungen. Sie sollen aber nicht den vollen Lebensbedarf im Rentenfall sichern.

Berechnung der Renten

Der Monatsbetrag der Rente richtet sich nach der Steigerungszahl, dem Rentenartfaktor und dem allgemeinen Rentenwert.

Steigerungszahl

Die Steigerungszahl ergibt sich, indem die Anzahl der Kalendermonate mit zurückgelegten Zeiten mit dem maßgebenden Faktor vervielfältigt wird.

Zurückgelegte Zeiten sind Kalendermonate, die mit Beitragszeiten, einer Zurechnungszeit und Zeiten eines Rentenbezugs, die mit einer Zurechnungszeit zusammentreffen, belegt sind.

Beitragszeiten liegen vor, wenn Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt worden sind.

Beginnt eine Rente wegen Erwerbsminderung im Jahr 2019 oder verstirbt der Versicherte bei einer Rente wegen Todes im Jahr 2019, endet die Zurechnungszeit mit Vollendung des 65. Lebensjahres und acht Monaten. Von 2020 bis 2030 wird sie schrittweise bis zum 67. Lebensjahr verlängert.

Die Zurechnungszeit wird bei der Berechnung einer Rente wegen Erwerbsminderung oder einer Rente wegen Todes rentensteigernd hinzugerechnet. Die Zurechnungszeit beginnt bei einer Rente wegen Erwerbsminderung mit dem Eintritt der hierfür maßgebenden Erwerbsminderung, bei einer Witwen-, Witwer- und einer Waisenrente mit dem Tod des Versicherten. Die Zeit bis zum 67. Lebensjahr zählt dann in vollem Umfang als Zurechnungszeit.

Der Faktor beträgt 0,0833 für die Beiträge eines versicherten Landwirts und die für ihn zu berücksichtigenden Zurechnungs- und Rentenbezugszeiten. Der Faktor 0,0833 gilt auch für die Beiträge eines mitarbeitenden Familienangehörigen, wenn eine Waisenrente zu zahlen ist. Für alle anderen Fälle beträgt der Faktor 0,0417.

Das Ergebnis aus der Vervielfältigung der Anzahl der Kalendermonate mit dem Faktor ist die Steigerungszahl. Sie ist auf vier Dezimalstellen auszurechnen.

Die Zurechnungszeit wurde für diese Rentenbezieher bisher nicht oder nur teilweise verlängert. Der Zuschlag soll dies ausgleichen.

Erwerbsminderungs- sowie Hinterbliebenenrenten, die in der Zeit vom 1. 1. 2001 bis 31. 12. 2018 begonnen haben, werden ab 1. 7. 2024 um einen Zuschlag zur Steigerungszahl (Steigerungszahlzuschlag) erhöht, wenn am 30. 6. 2024 ein Anspruch auf diese Renten bestand. Es werden auch Altersrenten erfasst, die sich unmittelbar an eine Rente wegen Erwerbsminderung mit Rentenbeginn im vorgenannten Zeitraum anschließen. Das gilt entsprechend auch für Hinterbliebenenrenten.

Allgemeiner Rentenwert

Der allgemeine Rentenwert dient der Dynamisierung der Rente. Mit ihm wird die Rente jeweils zum 1. 7. eines Jahres an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst. Er richtet sich nach der Veränderung der Rentenwerte in der allgemeinen Rentenversicherung.

Ab 1. 7. 2026 beträgt er bundesweit 19,63 Euro.

Bis 2011 galt für die Feststellung des Abschlags das 63. Lebensjahr. Von 2012 bis 2023 erfolgt eine stufenweise Anhebung.

Für jeden Kalendermonat, für den eine Erwerbsminderungsrente vor dem 65. Lebensjahr in Anspruch genommen wird, mindert sich der allgemeine Rentenwert um 0,3 %, höchstens jedoch um 10,8 % (Abschlag). Dies gilt auch für Renten wegen Todes, wenn der Versicherte vor Vollendung des 65. Lebensjahres stirbt.

Für jeden Kalendermonat, für den eine Altersrente vorzeitig in Anspruch genommen wird, vermindert sich der allgemeine Rentenwert ebenfalls um 0,3 % (Abschlag). Bei vorzeitigen Altersrenten gibt es keine Abschlagsbegrenzung.

Altersrenten, die mit dem 65. Lebensjahr vorzeitig in Anspruch genommen werden können, erhalten jedoch keinen Abschlag, wenn für 45 Jahre entsprechende Zeiten vorhanden sind. Für Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige der Jahrgänge bis 1963 gelten hiervon abweichende Altersgrenzen.

Vergleichen Sie bitte dazu Seite 103.

Rentenartfaktor

Die Höhe des Rentenartfaktors entspricht dem in der allgemeinen Rentenversicherung; bei Waisenrenten gilt abweichend ein einheitlicher Rentenartfaktor von 0,2.

Lesen Sie hierzu bitte Seite 76.

Merke:

Der Monatsbetrag der Rente ergibt sich, indem die Steigerungszahl mit dem Rentenartfaktor und dem allgemeinen Rentenwert vervielfältigt wird. Die Steigerungszahl setzt sich aus den zurückgelegten Zeiten und einem Faktor zusammen. Der allgemeine Rentenwert dient der Dynamisierung.

Hilfen zur Aufrechterhaltung des Unternehmens

Damit der Landwirt sein Unternehmen aufrechterhalten kann, leistet die Alterssicherung der Landwirte unter bestimmten Voraussetzungen Betriebs- und Haushaltshilfen bei Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft und Vorsorge- oder Rehabilitationskuren oder bei Tod des Landwirts sowie Überbrückungsgeld.

Betriebs- und Haushaltshilfe

Bei Arbeitsunfähigkeit des Versicherten kann Betriebs- und Haushaltshilfe gestellt werden, wenn dies zur Aufrechterhaltung des Unternehmens erforderlich ist und diese Leistung von der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft oder einem anderen Träger der Sozialversicherung nicht erbracht werden könnte.

Das Gleiche gilt bei Schwangerschaft (bis acht Wochen nach der Geburt) und Kuren.

Sind landwirtschaftliche Unternehmer an der Führung des Unternehmens gehindert, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation

Wer als naher Angehöriger gilt, kann der Seite 212 entnommen werden.

eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, erhalten sie anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe. Die Kosten für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet.

Bei Tod eines Landwirts kann für den überlebenden Ehe- oder Lebenspartner Betriebs- und Haushaltshilfe erbracht werden, wenn der das Unternehmen als versicherungspflichtiger Landwirt weiterführt und die Hilfe zur Aufrechterhaltung des Unternehmens erforderlich ist. Sie wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Tod des Landwirts für insgesamt zwölf Monate gewährt.

Nach Ablauf von sechs Monaten ist gesetzlich vorgesehen, dass sich der überlebende Ehe- oder Lebenspartner in angemessenem Umfang an den Aufwendungen beteiligt. Als Betriebs- und Haushaltshilfe wird eine Ersatzkraft gestellt. Ist dies nicht möglich, werden die Kosten für eine selbstbeschaffte Ersatzkraft in angemessener Höhe vom zuständigen Träger erstattet.

Merke:

Betriebs- und Haushaltshilfe ist zu erbringen, wenn sie zur Aufrechterhaltung des Unternehmens der Landwirtschaft erforderlich ist. Sie ist bei Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft und Kuren des Landwirts möglich. Nach dem Tod des Landwirts kann sie geleistet werden, wenn die Witwe, der Witwer oder der hinterbliebene Lebenspartner das Unternehmen weiterführt.

Überbrückungsgeld

Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartner eines versicherten Landwirts erhalten Überbrückungsgeld, wenn

- → sie das Unternehmen als versicherungspflichtiger Landwirt weiterführen,
- → sie die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht haben und
- → in ihrem Haushalt mindestens ein waisenrentenberechtigtes Kind lebt, das jünger als 18 Jahre oder wegen einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Überbrückungsgeld kann außerdem nur gezahlt werden, wenn der verstorbene Landwirt zum Zeitpunkt des Todes

- → einen Beitragszuschuss zu seinen Beiträgen erhalten hat,

→ in den letzten fünf Jahren für drei Jahre Pflichtbeiträge gezahlt hat und
→ die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist.

Das Überbrückungsgeld wird längstens für drei Jahre nach dem Todesmonat des Landwirts gezahlt. Es wird wie eine Regelaltersrente berechnet.

Merke:

Überbrückungsgeld können Witwen, Witwer oder hinterbliebene Lebenspartner eines versicherten Landwirts erhalten, wenn bestimmte persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sind. Es ist für längstens drei Jahre zu zahlen und so hoch wie eine Regelaltersrente.

Träger der Alterssicherung

Träger der Alterssicherung der Landwirte ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). In Angelegenheiten der Alterssicherung der Landwirte und bei der Durchführung dieser gesetzlichen Aufgaben führt sie die Bezeichnung landwirtschaftliche Alterskasse.

Die SVLFG ist eine bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Selbstverwaltung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand der SVLFG. Die Vertreter der Arbeitnehmer und der Selbständigen, die in der betreffenden Versicherung nicht versichert sind, wirken in Angelegenheiten der Alterssicherung der Landwirte jedoch nicht mit.

Die SVLFG ist als Bundesträger zweistufig gegliedert: mit einem Hauptsitz und regionalen Geschäftsstellen. Durch die Satzung wurde Kassel als Hauptsitz bestimmt.

Die SVLFG hat folgende Geschäftsstellen:
→ Schleswig-Holstein und Hamburg: Standorte in Hamburg und Kiel
→ Niedersachsen und Bremen: Standorte in Aurich, Braunschweig, Hannover, Lingen, Oldenburg und Stade
→ Nordrhein-Westfalen: Standorte in Detmold, Dortmund, Düsseldorf, Köln, Lübbecke, Münster und Soest
→ Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland: Standorte in Darmstadt, Koblenz, Saarbrücken, Speyer und Trier

- → Bayern (Franken und Oberbayern): Standorte in Bayreuth, Feuchtwangen, Fürth, Mühldorf, München und Würzburg
- → Bayern (Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben): Standorte in Augsburg und Landshut
- → Baden-Württemberg: Standorte in Karlsruhe und Stuttgart
- → Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen: Standorte in Hoppegarten und Neukieritzsch

Merke:

Träger der Alterssicherung der Landwirte ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit Hauptsitz in Kassel und regionalen Geschäftsstellen.

In Angelegenheiten der Alterssicherung der Landwirte und bei der Durchführung dieser gesetzlichen Aufgaben führt sie die Bezeichnung landwirtschaftliche Alterskasse.

Arbeitsförderung

Die Arbeitsförderung soll dazu beitragen, dass ein hoher Beschäftigungsstand erreicht und die Beschäftigungsstruktur ständig verbessert wird. Die Leistungen der Arbeitsförderung sind insbesondere darauf auszurichten, das Entstehen von Arbeitslosigkeit zu vermeiden oder die Dauer der Arbeitslosigkeit zu verkürzen. Dabei wird die Gleichstellung von Frauen und Männern groß geschrieben. Die Leistungen sind so einzusetzen, dass sie der beschäftigungspolitischen Zielsetzung der Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik der Bundesregierung entsprechen.

Die gesetzliche Grundlage der Arbeitsförderung ist das Dritte Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB III. Dieses Gesetz ist in der Vergangenheit durch zahlreiche gesetzliche Neuregelungen ständig verändert worden. Nach dem zurzeit geltenden Stand können folgende Leistungen der Arbeitsförderung in Anspruch genommen werden:

- **Berufsberatung und Arbeitsmarktberatung,**
- **Ausbildungsvermittlung und Arbeitsvermittlung,**
- **Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, zur Berufswahl und Berufsausbildung, zur beruflichen Weiterbildung, zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, zum Verbleib in Beschäftigung, der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben sowie**
- **Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei Weiterbildung und Insolvenzgeld.**

Versicherte Personen

Versichert sind Personen, die per Gesetz als Beschäftigte oder aus sonstigen Gründen versicherungspflichtig sind. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Versicherungspflicht zu beantragen. Bestimmte Personen sind versicherungsfrei.

Beschäftigte sind während Kurzarbeit oder beruflicher Weiterbildung weiterhin versicherungspflichtig.

Versicherungspflichtige Beschäftigte

Versicherungspflichtig sind Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt (versicherungspflichtige Beschäftigung) sind.

Den Beschäftigten zur Berufsausbildung sind gleichgestellt:

- → Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages ausgebildet werden,
- → Teilnehmer an dualen Studiengängen,
- → Teilnehmer an Ausbildungen mit Abschnitten des schulischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung, für die ein Ausbildungsvertrag und Anspruch auf Ausbildungsvergütung besteht (praxisintegrierte Ausbildungen).

Mit wenigen Ausnahmen unterliegen damit alle Arbeitnehmer der Versicherungspflicht.

Sonstige Versicherungspflichtige

Versicherungspflichtig sind

- → Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- → Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung erhalten,
- → Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

Versicherungspflichtig sind auch Personen in der Zeit, in der sie

- → Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Enschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Verletztengeld oder Übergangsgeld erhalten,
- → Krankentagegeld von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erhalten,
- → Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer Spende von Organen oder Geweben,

Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten,
- → Pflegeunterstützungsgeld von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn erhalten,
- → Rente wegen voller Erwerbsminderung von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten,
- → ein Kind erziehen, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich mit dem Kind gewöhnlich im Inland aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld haben,

wenn sie unmittelbar davor versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung der Arbeitsförderung hatten.

Versicherungspflichtig sind Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche) in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Der Pflegebedürftige muss dabei Leistungen aus der Pflegeversicherung oder gleichartige Leistungen erhalten. Die Pflegeperson muss unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig gewesen sein oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung der Arbeitsförderung gehabt haben.

Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

Versicherungspflicht auf Antrag

Selbständige können versicherungspflichtig werden, wenn eine entsprechende Vorversicherung zur Arbeitsförderung bestand. Dies gilt auch während einer Elternzeit und für Personen, die sich beruflich weiterbilden, wenn dadurch ein beruflicher Aufstieg ermöglicht, ein beruflicher Abschluss vermittelt oder zu einer anderen beruflichen Tätigkeit befähigt wird.

Versicherungsfreiheit

Versicherungsfreiheit besteht insbesondere für solche Personen, für die es nicht als notwendig angesehen wird, dass sie von der Arbeitsförderung geschützt werden.

Das sind unter anderem
- → Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr, Geistliche,
- → nur geringfügig Beschäftigte und
- → Schüler einer allgemeinbildenden Schule oder ordentlich Studierende einer Hoch- oder Fachschule.

Versicherungsfrei sind außerdem

→ Personen, die das Lebensalter für die Regelaltersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erreicht haben, und
→ Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, die wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit dauernd nicht mehr verfügbar sind.

Zur stufenweisen Anhebung der Altersgrenze siehe Seite 66.

Finanzierung

Die Finanzierung der Leistungen der Arbeitsförderung hat verschiedene Grundlagen: die Beiträge der Versicherungspflichtigen, der Arbeitgeber und Dritter (Beitrag zur Arbeitsförderung), Umlagen, Bundesmittel und sonstige Einnahmen.

Beitrag zur Arbeitsförderung

Die Beiträge werden nach einem Prozentsatz, dem Beitragssatz, von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben. Der Beitragssatz beträgt 2,6 %. Beitragsbemessungsgrundlage ist das Arbeitsentgelt. Es ist bis zur Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung zu berücksichtigen.

Zur Beitragsbemessungsgrenze siehe Seite 49.

Die Beiträge zur Arbeitsförderung werden von den Versicherungspflichtigen und den Arbeitgebern grundsätzlich je zur Hälfte getragen. Für Auszubildende zahlt der Arbeitgeber den Beitrag allein, wenn das monatliche Arbeitsentgelt 325 Euro nicht übersteigt.

Umlagen

In den Zweigen des Baugewerbes und in weiteren Wirtschaftszweigen, die von saisonbedingtem Arbeitsausfall betroffen sind, wird eine Umlage zur Finanzierung des Wintergeldes sowie der damit entstehenden Kosten erhoben. Die Umlage wird von Arbeitgebern oder gemeinsam von Arbeitgebern und Arbeitnehmern der betroffenen Branchen finanziert.

Zum Wintergeld zählen Zuschuss-Wintergeld und Mehraufwands-Wintergeld.

Die Mittel für die Zahlung des Insolvenzgeldes werden durch eine monatliche Umlage von den Arbeitgebern aufgebracht. Die Umlage wird zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Einzugsstelle gezahlt.

Bundesmittel

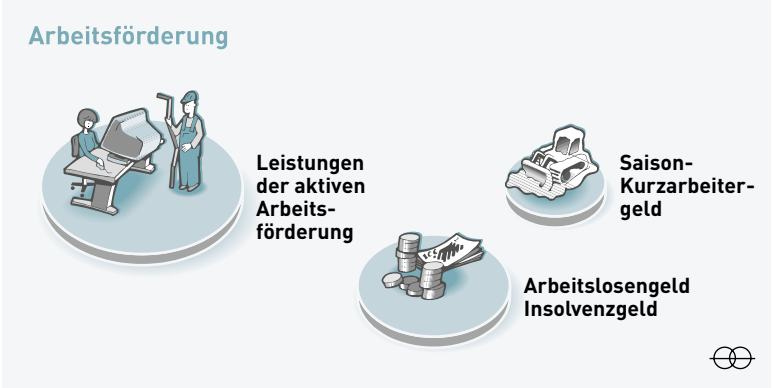
Der Bund trägt nur die Kosten für Aufgaben, die der Bundesagentur für Arbeit zusätzlich übertragen wurden. Sollten die Mittel zur Erfüllung der Zahlungsverpflichtungen nicht ausreichen, gewährt der Bund zinslose Darlehen.

Leistungen der Arbeitsförderung

Die Leistungen der Arbeitsförderung werden im Zusammenwirken von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit den Agenturen für Arbeit erbracht. Hierzu zählen insbesondere die aktive Arbeitsförderung sowie Arbeitslosengeld und Insolvenzgeld.

Leistungen der aktiven Arbeitsförderung

Diese Leistungen werden als Beratung und Vermittlung, Aktivierung und berufliche Eingliederung, Berufswahl und Berufsausbildung, berufliche Weiterbildung, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Verbleib in Beschäftigung, Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben und befristete Leistungen erbracht.



Zu den Leistungen der aktiven Arbeitsförderung gehören im Einzelnen:

→ Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine,
→ Berufsausbildungsbeihilfe während der ersten Berufsausbildung oder einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme,

→ Leistung zur Vorbereitung auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses oder eines gleichwertigen Schulabschlusses im Rahmen einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme,
→ Weiterbildungskosten zum nachträglichen Erwerb eines Berufsabschlusses, des Hauptschulabschlusses oder eines gleichwertigen Schulabschlusses,
→ Kurzarbeitergeld bei Arbeitsausfall,
→ Wintergeld,
→ Leistungen zur Förderung der Teilnahme an Transfermaßnahmen,
→ besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
→ Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.

Alle weiteren Leistungen der aktiven Arbeitsförderung werden von den Agenturen für Arbeit als Ermessensleistungen erbracht.

Entgeltersatzleistungen

Zu den Entgeltersatzleistungen gehören
→ Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit und bei beruflicher Weiterbildung,
→ Teilarbeitslosengeld bei Teilarbeitslosigkeit,
→ Übergangsgeld bei Teilnahme an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
→ Kurzarbeitergeld bei Arbeitsausfall,
→ Insolvenzgeld bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers und
→ Qualifizierungsgeld bei strukturwandelbedingtem Qualifizierungsbedarf.

Die Vermittlung in Ausbildung und Arbeit hat Vorrang vor einer Entgeltersatzleistung sowie den sonstigen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung.

Die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung sind entsprechend ihrer jeweiligen Zielbestimmung und den Ergebnissen der Beratungs- und Vermittlungsgespräche so einzusetzen, dass Entgeltersatzleistungen nicht nur vorübergehend vermieden und Langzeitarbeitslosigkeit vorgebeugt wird.

Umfassende Beratung

Die Agentur für Arbeit berät junge Menschen mit dem Ziel, sie an eine Ausbildung oder Arbeit heranzuführen oder deren Aufnahme, Beibehaltung oder Ausweitung zu ermöglichen. Sie berät auch über Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen anderer Träger, insbesondere der Träger der Jugendhilfe.

Die Beratung soll umfassend und nachhaltig durchgeführt werden.

Bei jungen Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf erbringt die Agentur für Arbeit, wenn dies erforderlich ist, eine ganzheitliche bedarfsspezifische Beratung und Betreuung.

Die ganzheitliche Beratung und Betreuung können auch im häuslichen Umfeld erfolgen.

Dabei werden alle Lebensumstände des jungen Menschen berücksichtigt. Sie kann zur Koordinierung und intensiven Begleitung der Unterstützung im Rahmen eines Fallmanagements umgesetzt werden.

Beratung und Vermittlung

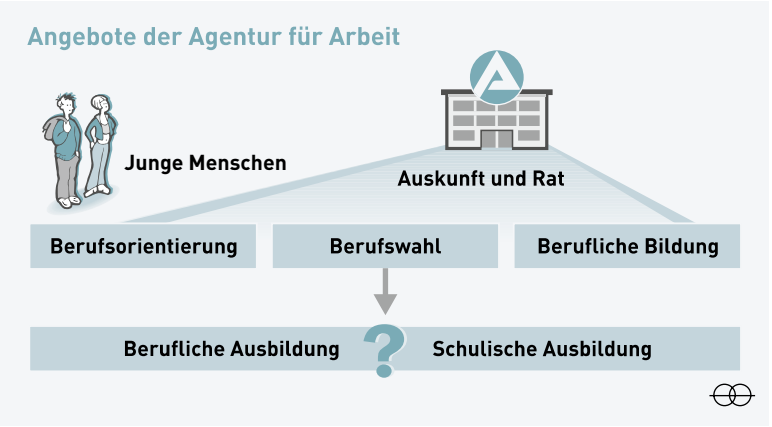
Die Agentur für Arbeit bietet jungen Menschen und Erwachsenen, die am Arbeitsleben teilnehmen oder teilnehmen wollen, eine Berufsberatung einschließlich einer Weiterbildungsberatung an.

Arbeitgeber erhalten eine Arbeitsmarktberatung einschließlich einer Qualifizierungsberatung.

Diese Leistungen sind – ebenso wie die Vermittlung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen – kostenlos.

Die Berufsberatung umfasst Auskunft und Rat

- → zur Berufswahl, beruflichen Entwicklung, zum Berufswechsel sowie zu Möglichkeiten der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse,
- → zur Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Berufe,
- → zu den Möglichkeiten der beruflichen Bildung sowie zur Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit und zur Entwicklung individueller beruflicher Perspektiven,
- → zur Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche und
- → zu Leistungen der Arbeitsförderung und
- → zu Fragen der Ausbildungsförderung und der schulischen Bildung, soweit sie für die Berufswahl und die berufliche Bildung von Bedeutung sind.



Bei der Berufsberatung sind Neigung, Eignung, berufliche Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit der Ratsuchenden sowie aktuelle und zu erwartende Beschäftigungsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Die Durchführung einer Potenzialanalyse kann angeboten werden.

Förderung schwer zu erreichender junger Menschen

Diese Angebote richten sich an schwer zu erreichende junge Menschen, die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nicht beanspruchen können.

Für junge Menschen, die noch keine 25 Jahre alt sind, kann die Agentur für Arbeit Leistungen erbringen, die helfen sollen, die individuellen Schwierigkeiten zu überwinden, eine schulische, ausbildungsbezogene oder berufliche Qualifikation abzuschließen oder eine Arbeit aufzunehmen. Die Förderung umfasst auch Unterstützung, um weitere Leistungen der Arbeitsförderung in Anspruch zu nehmen.

Berufliche Orientierung

Junge Menschen und Erwachsene, Ausbildungsuchende, Arbeitsuchende, Arbeitnehmer und Arbeitgeber erhalten im Rahmen der Beratung zur Berufswahl und -orientierung von den Arbeitsagenturen Auskunft und Rat über

- → Fragen der Berufswahl,
- → die Berufe und ihre Anforderungen und Aussichten,
- → Wege und Förderung der beruflichen Bildung sowie
- → beruflich bedeutsame Entwicklungen in den Betrieben, Verwaltungen und auf dem Arbeitsmarkt.

Arbeitsmarktberatung

Die Arbeitsmarktberatung soll Arbeitgeber bei der Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen sowie bei Qualifizierungsbedarf ihrer Beschäftigten unterstützen. Gleichzeitig soll die Agentur für Arbeit die Beratung zur Gewinnung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen für die Vermittlung nutzen. Sie soll auch von sich aus Kontakt zu den Arbeitgebern aufnehmen und unterhalten. Die Arbeitsmarktberatung umfasst die Erteilung von Auskunft und Rat

- → zur Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Berufe,
- → zur Besetzung von Ausbildungs- und Arbeitsstellen, auch einschließlich der Beschäftigungsmöglichkeiten von Arbeitskräften aus dem Ausland,
- → zur Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsbedingungen und der Arbeitszeit von Auszubildenden sowie von Arbeitnehmern,
- → zur betrieblichen Aus- und Weiterbildung,

→ zur Eingliederung von förderungsbedürftigen Auszubildenden und Arbeitnehmern,
→ zu Leistungen der Arbeitsförderung.

Eingliederungsvereinbarung

Diese Feststellung wird Potenzialanalyse genannt.

Nachdem sich der Ausbildung- oder Arbeitsuchende gemeldet hat, muss die Agentur für Arbeit mit ihm zusammen unverzüglich seine für die Vermittlung erforderlichen beruflichen und persönlichen Merkmale, seine beruflichen Fähigkeiten und Eignung feststellen. Die Feststellung erstreckt sich auch darauf, ob und durch welche Umstände die berufliche Eingliederung erschwert ist.

In einer Eingliederungsvereinbarung werden das Eingliederungsziel, die Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit, die Art, die Häufigkeit und der Nachweis der Eigenbemühungen des Ausbildung- oder Arbeitsuchenden sowie die vorgesehenen Leistungen der aktiven Arbeitsförderung festgelegt.

Die Vereinbarung ist spätestens nach sechsmonatiger Arbeitslosigkeit zu überprüfen; arbeitslose und ausbildungsuchende Jugendliche werden bereits nach drei Monaten überprüft.

Aktivierung und berufliche Eingliederung

Ausbildungsuchende, von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitsuchende und Arbeitslose können aus dem Vermittlungsbudget der Agentur für Arbeit bei der Anbahnung oder Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gefördert werden, wenn dies für die berufliche Eingliederung notwendig ist. Es sollen insbesondere die in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Eingliederungsziele erreicht werden.

Die Förderung umfasst die Übernahme der angemessenen Kosten, soweit der Arbeitgeber gleichartige Leistungen nicht oder voraussichtlich nicht erbringen wird.

Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung können gefördert werden, wenn die berufliche Eingliederung unterstützt wird durch
→ Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt,
→ Vermittlung in eine versicherungspflichtige Beschäftigung,
→ Heranführung an eine selbständige Tätigkeit oder Stabilisierung einer Beschäftigungsaufnahme.

Maßnahmen, die ganz oder teilweise von einem Arbeitgeber durchgeführt werden, dürfen jeweils die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten. Die Vermittlung von beruflichen Kenntnissen in Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung darf maximal acht Wochen dauern. Bei Langzeitarbeitslosen oder Arbeitslosen, deren berufliche Eingliederung aufgrund von Vermittlungshemmnissen besonders erschwert ist, dürfen die Maßnahmen jeweils die Dauer von zwölf Wochen nicht überschreiten.

Die Agentur für Arbeit kann bescheinigen, dass die Voraussetzungen für eine Förderung vorliegen und Maßnahmeziel sowie -inhalt festlegen. Die Entscheidung über die Ausgabe eines Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheins soll von der Eignung und den persönlichen Verhältnissen der Förderberechtigten oder der örtlichen Verfügbarkeit von Arbeitsmarktdienstleistungen abhängig gemacht werden.

Der Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein berechtigt zur Auswahl

- → eines Trägers, der eine dem Maßnahmeziel und -inhalt entsprechende zugelassene Maßnahme anbietet,
- → eines Trägers, der eine ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung anbietet, oder
- → eines Arbeitgebers, der eine dem Maßnahmeziel und -inhalt entsprechende betriebliche Maßnahme von einer Dauer bis zu sechs Wochen anbietet.

Der Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein kann zeitlich befristet sowie regional beschränkt werden.

Arbeitslose, die Anspruch auf Arbeitslosengeld haben und nach einer Arbeitslosigkeit von sechs Wochen innerhalb einer Frist von drei Monaten noch nicht vermittelt sind, haben ebenfalls Anspruch auf einen Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein.

Förderung der Berufswahl und der Berufsausbildung

Schüler der allgemeinbildenden Schulen können von der Agentur für Arbeit durch vertiefte Berufsorientierung und Berufswahlvorbereitung gefördert werden (Berufsorientierungsmaßnahmen). Allerdings müssen sich Dritte mit mindestens 50 % an der Förderung beteiligen.

Um den Übergang in eine Berufsausbildung zu unterstützen, können junge Menschen, die ihre Berufswahl noch nicht abschließend getroffen haben, von der Agentur für Arbeit durch ein Berufsorientierungspraktikum gefördert werden.

Voraussetzung für die Förderung ist, dass die junge Menschen
→ die Vollzeitschulpflicht erfüllt haben,
→ keine Schule besuchen und
→ bei der Agentur für Arbeit ausbildungsuchend gemeldet sind.

Die Förderung umfasst im Regelfall die Übernahme der Kosten für Fahrten zwischen Unterkunft und Praktikumsbetrieb sowie für Unterkunft, sofern der Praktikumsbetrieb vom Wohnort des jungen Menschen nicht in angemessener Zeit erreicht werden kann.

Förderungsbedürftig sind junge Menschen, die voraussichtlich Schwierigkeiten haben werden, den allgemeinen Schulabschluss oder den Übergang in eine Berufsausbildung zu schaffen.

Außerdem kann die Agentur für Arbeit förderungsbedürftige junge Menschen durch Maßnahmen der Berufseinstiegsbegleitung fördern, um sie beim Übergang von der allgemeinbildenden Schule in eine Berufsausbildung zu unterstützen. Dritte müssen sich mit mindestens 50 % an der Förderung beteiligen.

Die Maßnahmen beinhalten die individuelle Begleitung und Unterstützung förderungsbedürftiger junger Menschen durch sogenannte Berufseinstiegsbegleiter, um die Eingliederung in eine Berufsausbildung zu erreichen (Berufseinstiegsbegleitung).

Die Berufseinstiegsbegleitung beginnt regelmäßig mit dem Besuch der Vorabgangsklasse der allgemeinbildenden Schule und endet ein halbes Jahr nach Beginn einer Berufsausbildung.

Durch berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen können junge Menschen gefördert werden, um sie auf die Aufnahme einer Berufsausbildung vorzubereiten. Dies ist auch möglich, wenn die Aufnahme einer Berufsausbildung wegen in ihrer Person liegender Gründe nicht möglich ist und ihnen die berufliche Eingliederung dadurch erleichtert wird.

Gefördert wird unter anderem die Vorbereitung auf den nachträglichen Erwerb des Hauptschulabschlusses oder eines gleichwertigen Schulabschlusses im Rahmen einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme.

Auszubildende haben Anspruch auf Berufsausbildungsbeihilfe während einer Berufsausbildung, wenn
→ die Berufsausbildung förderungsfähig ist,
→ sie zum förderungsberechtigten Personenkreis gehören und

→ ihnen die erforderlichen Mittel zur Deckung des Bedarfs für den Lebensunterhalt, die Fahrkosten und die sonstigen Aufwendungen (Gesamtbedarf) nicht anderweitig zur Verfügung stehen.

Förderungsfähig ist die erste Berufsausbildung.

Eine Berufsausbildung ist förderungsfähig, wenn sie in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf betrieblich oder außerbetrieblich durchgeführt wird und der dafür vorgeschriebene Berufsausbildungsvertrag abgeschlossen worden ist.

Zum förderungsberechtigten Personenkreis gehören Auszubildende, die außerhalb des Haushalts der Eltern oder eines Elternteils wohnen und die Ausbildungsstätte nicht in angemessener Zeit von der elterlichen Wohnung erreichen können.

Das gilt auch für Auszubildende, die in einer Lebenspartnerschaft verbunden sind oder waren.

Über 18 Jahre alte Auszubildende sind auch förderberechtigt, wenn sie
→ verheiratet sind oder waren und
→ mit mindestens einem Kind zusammenleben oder aus schwerwiegenden sozialen Gründen nicht in der Wohnung der Eltern oder eines Elternteils wohnen können.

Zur Berufsausbildungsbeihilfe zählen Beihilfe zum Lebensunterhalt, Fahrkosten, sonstige Aufwendungen wie beispielsweise Gebühren für Fernunterricht und für Lehrgangskosten. Während des ersten Ausbildungsjahres einer förderungsfähigen Berufsausbildung kann die Agentur für Arbeit außerdem zwei monatliche Familienheimfahrten mit einem Mobilitätszuschuss fördern.

Arbeitgeber können für die betriebliche Aus- oder Weiterbildung von Menschen mit Behinderung und schwerbehinderten Menschen durch Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung gefördert werden. Träger von Maßnahmen der beruflichen Ausbildung können durch Zuschüsse gefördert werden, wenn sie durch zusätzliche Maßnahmen für förderungsberechtigte Auszubildende diesen eine berufliche Ausbildung ermöglichen und ihre Eingliederungsaussichten verbessern.

Förderung der beruflichen Weiterbildung

Bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung können Arbeitnehmer durch Übernahme der Weiterbildungskosten gefördert werden. Wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass die Weiterbildung notwendig ist, um die Arbeitnehmer

bei Arbeitslosigkeit beruflich einzugliedern oder eine ihnen drohende Arbeitslosigkeit abzuwenden.

Ferner kann die Teilnahme an der Maßnahme nur gefördert werden, wenn eine Beratung durch die Agentur für Arbeit erfolgt ist und die Maßnahme und deren Träger für die Förderung zugelassen sind.

Weiterbildungskosten

Kosten, die dem Träger der Maßnahme entstehen, werden direkt an diesen gezahlt.

Als Weiterbildungskosten können übernommen werden:

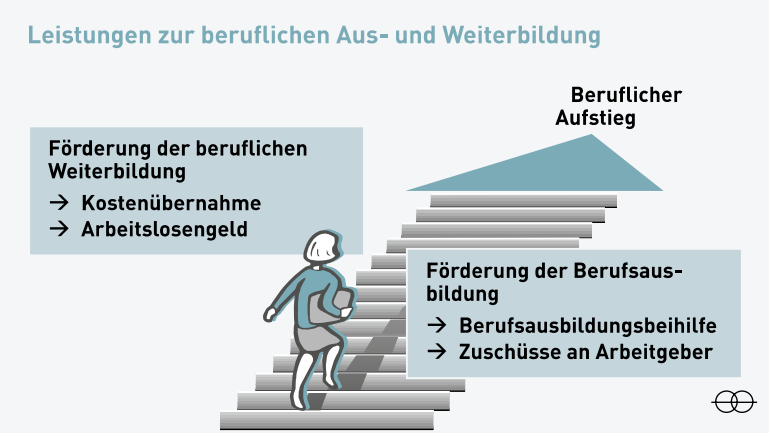
→ Lehrgangskosten und Kosten für die Eignungsfeststellung,
→ Fahrkosten,
→ Kosten für eine auswärtige Unterbringung und Verpflegung,
→ Kosten für die Betreuung von Kindern.

Weiterbildungsprämie und Weiterbildungsgeld

Nehmen Arbeitnehmer an einer geförderten beruflichen Weiterbildung teil, die zu einem Abschluss in einem Ausbildungsberuf führt, für den eine Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren festgelegt ist, erhalten sie

→ nach Bestehen der Zwischenprüfung oder des ersten Teils einer gestreckten Abschlussprüfung eine Prämie von 1 000 Euro und
→ nach Bestehen der Abschlussprüfung eine Prämie von 1 500 Euro.

Arbeitslose Arbeitnehmer erhalten bei Teilnahme an einer entsprechenden Weiterbildung einen monatlichen Zuschuss in Höhe von 150 Euro (Weiterbildungsgeld).



Förderung der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit

Eingliederungszuschuss

Arbeitgeber können zur Eingliederung von Arbeitnehmern, deren Vermittlung wegen in ihrer Person liegender Gründe erschwert ist, einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt erhalten (Eingliederungszuschuss). Die Förderhöhe und die Förderdauer richten sich nach der Einschränkung der Arbeitsleistung und nach den Anforderungen des jeweiligen Arbeitsplatzes.

Bei Arbeitnehmern, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, kann die Förderdauer bis zu 36 Monate betragen, wenn die Förderung bis zum 31. 12. 2028 begonnen hat.

Der Eingliederungszuschuss kann höchstens 50 % des Arbeitsentgelts betragen und bis zu zwölf Monate gewährt werden. Für Menschen mit Behinderung und schwerbehinderte Menschen sind bis zu 70 % des Arbeitsentgelts und bis zu 24 Monate förderfähig, für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen verlängert sich die Förderdauer auf bis zu 60 Monate (bei über 55-Jährigen bis zu 96 Monate).

Nach zwölf Monaten (beziehungsweise für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen nach 24 Monaten) ist die Höhe des Eingliederungszuschusses um 10 % jährlich zu mindern.

Gründungszuschuss

Während eines durch Kurzarbeit verursachten Arbeitsausfalls mit Entgeltausfall besteht das Versicherungspflichtverhältnis für Beschäftigte fort.

Arbeitnehmer, die durch Aufnahme einer selbständigen, hauptberuflichen Tätigkeit die Arbeitslosigkeit beenden, können zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur sozialen Sicherung in der Zeit nach der Existenzgründung einen Gründungszuschuss erhalten, wenn der Arbeitnehmer

- → bis zur Aufnahme der selbständigen Tätigkeit einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat, dessen Dauer noch mindestens 150 Tage beträgt,
- → der Agentur für Arbeit die Tragfähigkeit der Existenzgründung nachweist und
- → seine Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit darlegt.

Als Gründungszuschuss wird für sechs Monate der Betrag geleistet, den der Arbeitnehmer als Arbeitslosengeld zuletzt bezogen hat, zuzüglich monatlich 300 Euro. Für weitere neun Monate kann der Gründungszuschuss in Höhe von monatlich 300 Euro geleistet werden, wenn die geförderte Person ihre Geschäftstätigkeit anhand geeigneter Unterlagen darlegt.

Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben
Für Menschen mit Behinderung können allgemeine Leistungen sowie besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und diese ergänzende Leistungen erbracht werden.

Zu den allgemeinen Leistungen zählen Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, zur Förderung der Berufsvorbereitung und Berufsausbildung einschließlich der Berufsausbildungsbeihilfe und des Berufsorientierungspraktikums, zur beruflichen Weiterbildung und zur Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit. Die besonderen Leistungen sind das Übergangsgeld, das Ausbildungsgeld – wenn Übergangsgeld nicht gezahlt werden kann – und die Übernahme der Teilnahmekosten für eine Maßnahme. Diese werden jedoch nur erbracht, wenn wegen der Art oder Schwere der Behinderung nicht bereits durch die allgemeinen Leistungen eine Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden kann.

Entgeltersatzleistungen

Unter bestimmten Voraussetzungen zahlt die Agentur für Arbeit Entgeltersatzleistungen. Hierzu zählen Arbeitslosengeld, Teilarbeitslosengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld sowie Qualifizierungsgeld.

Arbeitslosengeld
Arbeitnehmer haben Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit oder bei beruflicher Weiterbildung. Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit besteht, wenn der Arbeitnehmer arbeitslos ist, sich bei Agentur für Arbeit arbeitslos meldet und die Anwartschaftszeit erfüllt hat.

Arbeitslos ist ein Arbeitnehmer, der nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (Beschäftigungslosigkeit), sich bemüht, seine Beschäftigungslosigkeit zu beenden (Eigenbemühungen) und den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht (Verfügbarkeit).

Das Ausüben einer Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Tätigkeit als mithelfender Familienangehöriger (Erwerbstätigkeit) schließt die Beschäftigungslosigkeit nicht aus, wenn die Arbeits- oder Tätigkeitszeit (Arbeitszeit) weniger als 15 Stunden wöchentlich umfasst.

Der Arbeitslose hat im Rahmen seiner Eigenbemühungen alle Möglichkeiten zur beruflichen Eingliederung zu nutzen. Wer eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende zumutbare Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes ausüben kann und darf, steht den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung.

Arbeitslose haben sich elektronisch im Fachportal der Bundesagentur für Arbeit (eServices) oder persönlich bei der zuständigen Agentur für Arbeit arbeitslos zu melden. Erfolgt die elektronische Arbeitslosmeldung über öffentlich zugängliche Netze, ist ein elektronischer Identitätsnachweis erforderlich.

Dies ist beispielsweise mit einem elektronischen Personalausweis möglich.

Eine Meldung ist auch zulässig, wenn die Arbeitslosigkeit noch nicht eingetreten, der Eintritt der Arbeitslosigkeit aber innerhalb der nächsten drei Monate zu erwarten ist.

Die zuständige Agentur für Arbeit soll mit dem Arbeitslosen unverzüglich nach Eintritt der Arbeitslosigkeit ein persönliches Beratungs- und Vermittlungsgespräch führen.

Personen, deren Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis endet, sind verpflichtet, sich spätestens drei Monate vor dessen Beendigung bei der Agentur für Arbeit unter Angabe der persönlichen Daten und des Beendigungszeitpunktes des Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisses arbeitsuchend zu melden.

Wird die Beendigung des Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnisses später bekannt, muss die Meldung innerhalb von drei Tagen nach Kenntnis erfolgen.

Die zuständige Agentur für Arbeit soll mit der arbeitsuchend gemeldeten Person unverzüglich ein erstes Beratungs- und Vermittlungsgespräch führen, das persönlich oder bei Einvernehmen zwischen Agentur für Arbeit und der arbeitsuchenden Person auch per Videotelefonie erfolgen kann.

Anwartschaftszeit

Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn in der Rahmenfrist von 30 Monaten mindestens zwölf Monate ein Versicherungspflichtverhältnis bestanden hat.

Die Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld ist abhängig von der Zahl der in den letzten 60 Monaten zurückgelegten Versicherungspflichtverhältnisse und dem Lebensalter des Arbeitslosen.

Auf kurze Zeit befristet gelten Beschäftigungen, die auf nicht mehr als 14 Wochen durch Arbeitsvertrag zeit- oder zweckbefristet sind.

Für Arbeitslose, die überwiegend nur auf kurze Zeit befristete Beschäftigungen ausüben und deshalb die Anwartschaftszeit für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld von mindestens zwölf Monaten innerhalb der Rahmenfrist nicht erfüllen können, gilt eine verkürzte Anwartschaftszeit von sechs Monaten. Das in den letzten zwölf Monaten vor der Beschäftigungslosigkeit erzielte Arbeitsentgelt darf das 1,5fache der maßgeblichen Bezugsgröße (2026 jährlich 71 190 Euro) nicht übersteigen.

Anspruch auf Arbeitslosengeld

Alter des Arbeitslosen	Versicherungspflichtverhältnis von … Monaten	Anspruch auf Arbeitslosengeld von … Monaten
–	12	6
–	16	8
–	20	10
–	24	12
50	30	15
55	36	18
58	48	24

Höhe des Arbeitslosengeldes

Das letzte Jahr ist der „Bemessungszeitraum im Bemessungsrahmen".

Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem Leistungsentgelt und dem Leistungssatz. Das Leistungsentgelt wird aus dem Bemessungsentgelt ermittelt. Das Bemessungsentgelt ist grundsätzlich das durchschnittlich auf den Tag entfallende beitragspflichtige Bruttoarbeitsentgelt, das der Arbeitslose im letzten Jahr erzielt hat.

Das Bruttoarbeitsentgelt wird durch pauschalierte Abzüge für Beiträge zur Sozialversicherung, Lohnsteuer und Solidaritätszuschlag in ein pauschaliertes Nettoentgelt (Leistungsentgelt) umgerechnet. Grundlage für die Berechnung des Arbeitslosengeldes ist also nicht das tatsächlich erzielte Nettoarbeitsentgelt, sondern das pauschaliert verminderte Leistungsentgelt.

Das Arbeitslosengeld beträgt 60 % (allgemeiner Leistungssatz); für Arbeitslose, die mindestens ein Kind haben, aber 67 % (erhöhter Leistungssatz) des Leistungsentgelts.

Zahlungsdauer
Das Arbeitslosengeld wird für Kalendertage berechnet und geleistet. Ist es für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen zugrunde zu legen.

Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht während der Zeit, für die der Arbeitslose einen Anspruch auf Sozialleistungen wie zum Beispiel Krankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Verletztengeld, Mutterschaftsgeld oder Übergangsgeld, Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Knappschaftsausgleichsleistung hat.

Hat der Arbeitslose wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses eine Abfindung, Entschädigung oder ähnliche Leistung erhalten oder einen Anspruch darauf und ist das Arbeitsverhältnis ohne Einhaltung einer der ordentlichen Kündigungsfrist des Arbeitgebers entsprechenden Frist beendet worden, so ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Ende des Arbeitsverhältnisses an bis zu dem Tag, an dem das Arbeitsverhältnis bei Einhaltung dieser Frist geendet hätte.

Zu den ähnlichen Leistungen zählt die Entlassungsentschädigung.

Der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht auch während der Zeit, für die der Arbeitslose Arbeitsentgelt erhält oder zu beanspruchen hat (zum Beispiel Urlaubsabgeltung).

Sperrzeit
Hat sich der Arbeitnehmer versicherungswidrig verhalten, ohne dafür einen wichtigen Grund zu haben, ruht der Anspruch für die Dauer einer Sperrzeit. Sperrzeiten gibt es bei
- → Arbeitsaufgabe,
- → Arbeitsablehnung,
- → unzureichenden Eigenbemühungen,
- → Ablehnung einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme,
- → Abbruch einer beruflichen Eingliederungsmaßnahme,
- → Ablehnung eines Integrationskurses oder einer berufsbezogenen Deutschsprachförderung,
- → Abbruch eines Integrationskurses oder einer berufsbezogenen Deutschsprachförderung,
- → Meldeversäumnis oder
- → verspäteter Arbeitsuchendmeldung.

Die Dauer der Sperrzeit beträgt grundsätzlich zwölf Wochen. Eine Verkürzung auf drei oder auf sechs Wochen ist möglich. Bei unzureichenden Eigenbemühungen beträgt die Sperrzeit zwei Wochen und bei einer Meldeversäumnis eine Woche.

Teilarbeitslosengeld

Anspruch auf das Teilarbeitslosengeld hat ein Arbeitnehmer, wenn er

- → teilarbeitslos ist,
- → sich teilarbeitslos gemeldet und
- → die Anwartschaftszeit für das Teilarbeitslosengeld erfüllt hat.

Teilarbeitslos ist, wer eine versicherungspflichtige Beschäftigung verloren hat, die er neben einer weiteren versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeübt hat (Mehrfachbeschäftigter), und eine versicherungspflichtige Beschäftigung sucht.

Die Anwartschaftszeit für das Teilarbeitslosengeld hat erfüllt, wer in der Rahmenfrist von zwei Jahren als Mehrfachbeschäftigter mindestens zwölf Monate eine weitere versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt hat.

Das Teilarbeitslosengeld kann für sechs Monate gezahlt werden. Im Übrigen gelten für das Teilarbeitslosengeld die gleichen Regeln wie für das Arbeitslosengeld.

Übergangsgeld

Menschen mit Behinderung haben Anspruch auf Übergangsgeld, wenn

- → eine entsprechende Vorbeschäftigungszeit vorliegt und
- → sie an einer Maßnahme der Berufsausbildung, der Berufsvorbereitung, einer Maßnahme im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung teilnehmen.

Ausnahmen von der Vorbeschäftigungszeit sind möglich.

Die Vorbeschäftigungszeit ist erfüllt, wenn innerhalb der letzten drei Jahre mindestens zwölf Monate ein Versicherungspflichtverhältnis bestanden hat oder die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllt sind und Leistungen beantragt wurden.

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich nach der Berechnungsgrundlage. Das sind 80 % des zuletzt regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts und des Arbeitseinkommens (Regelentgelt), für das zuletzt Beiträge gezahlt worden sind – höchstens jedoch das Nettoarbeitsentgelt. Berechnungsgrundlage ist aber mindestens ein Betrag von 65 % des fiktiven Arbeitsentgelts einer altersmäßig und beruflich vergleichbaren nicht behinderten Person.

Das Übergangsgeld beträgt 68 % der Berechnungsgrundlage; für Versicherte, die mindestens ein Kind erziehen, sind es 75 %. Auf das Übergangsgeld ist eigenes Einkommen anzurechnen.

Nach Ablauf eines Jahres wird das Übergangsgeld angepasst. Maßgebend dafür ist die Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer.

Kurzarbeitergeld

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Kurzarbeitergeld, wenn

- → ein erheblicher Arbeitsausfall mit Entgeltausfall vorliegt,
- → die betrieblichen Voraussetzungen erfüllt sind,
- → die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind und
- → der Arbeitsausfall der Agentur für Arbeit angezeigt wurde.

Ein Arbeitsausfall ist erheblich, wenn

- → er auf wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht,
- → er vorübergehend und nicht vermeidbar ist und
- → im jeweiligen Kalendermonat mindestens ein Drittel der Arbeitnehmer von einem Entgeltausfall von mehr als 10 % ihres monatlichen Bruttoentgelts betroffen ist.

Der Arbeitsausfall ist vom Arbeitgeber oder der Betriebsvertretung bei der Agentur für Arbeit schriftlich oder elektronisch anzuzeigen.

Die betrieblichen Voraussetzungen sind erfüllt, wenn in dem Betrieb regelmäßig mindestens ein Arbeitnehmer beschäftigt ist. Zu den persönlichen Voraussetzungen gehört unter anderem, dass das Arbeitsverhältnis nicht gekündigt oder durch Auflösungsvertrag aufgelöst ist.

Anspruchszeitraum und Höhe

Das Kurzarbeitergeld wird frühestens von dem Kalendermonat an geleistet, in dem die Anzeige über den Arbeitsausfall bei der Agentur für Arbeit eingegangen ist. Die Leistung beginnt mit dem ersten Kalendermonat, für den in dem Betrieb Kurzarbeitergeld gezahlt wird. Kurzarbeitergeld wird für den Arbeitsausfall für längstens zwölf Monate von der Agentur für Arbeit geleistet. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann durch Rechtsverordnung die Bezugsdauer auf insgesamt 24 Monate verlängern, wenn außergewöhnliche Verhältnisse auf dem gesamten Arbeitsmarkt vorliegen.

Bis zum 31. 12. 2026 wurde die Bezugsdauer auf bis zu 24 Monate verlängert.

Die Höhe des Kurzarbeitergeldes richtet sich nach der Differenz zwischen dem Nettoarbeitsentgelt, das ohne den Arbeitsausfall gezahlt worden wäre (Soll-Entgelt), und dem tatsächlich gezahlten Nettoentgelt (Ist-Entgelt). Es beträgt 60 % dieses Betrages; für Arbeitnehmer mit mindestens einem Kind aber 67 %.

Beiträge zur Sozialversicherung

Für Personen, die Kurzarbeitergeld beziehen, werden die Sozialversicherungsbeiträge für das tatsächlich bezogene Bruttoarbeitsentgelt je zur Hälfte von den Arbeitnehmern und vom Arbeitgeber getragen. Der Arbeitgeber trägt den Beitrag für den auf 80 % verminderten Unterschiedsbetrag zwischen dem Bruttoarbeitsentgelt, das ohne den Arbeitsausfall gezahlt worden wäre, und dem tatsächlich erzielten Bruttoarbeitsentgelt allein.

Saison-Kurzarbeitergeld

Arbeitnehmer im Baugewerbe oder einem Wirtschaftszweig der von saisonbedingtem Arbeitsausfall betroffen ist, haben in der Schlechtwetterzeit Anspruch auf Saison-Kurzarbeitergeld, wenn es sich um einen erheblichen saisonbedingten Arbeitsausfall handelt. Als ergänzende Leistung besteht Anspruch auf Wintergeld als Zuschuss-Wintergeld und Mehraufwands-Wintergeld. Die Arbeitgeber haben einen Anspruch auf Erstattung ihrer Beiträge zur Sozialversicherung, soweit sie für diese Zwecke Mittel durch eine Umlage aufgebracht haben.

Als Schlechtwetterzeit gelten die Monate Dezember bis März.

Transferkurzarbeitergeld

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Kurzarbeitergeld zur Förderung der Eingliederung bei betrieblichen Restrukturierungen (Transferkurzarbeitergeld), wenn und solange sie von einem dauerhaften nicht vermeidbaren Arbeitsausfall mit Entgeltausfall betroffen sind und die betrieblichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Dadurch sollen Entlassungen vermieden und Vermittlungsaussichten verbessert werden.

Transferkurzarbeitergeld wird für längstens zwölf Monate gezahlt.

Bevor über die Inanspruchnahme von Transferkurzarbeitergeld entschieden wird, müssen sich die Betriebsparteien im Rahmen ihrer Verhandlungen über einen die Integration fördernden Interessenausgleich oder Sozialplan von der Agentur für Arbeit beraten lassen sowie den dauerhaften Arbeitsausfall anzeigen.

Arbeitnehmer, die einen Anspruch auf Transferkurzarbeitergeld haben, können bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung durch die Übernahme der Weiterbildungskosten gefördert werden, wenn

- → die Agentur für Arbeit sie vor Beginn der Teilnahme beraten hat,
- → der Träger der Maßnahme und die Maßnahme für die Förderung zugelassen sind und
- → der Arbeitgeber mindestens 50 % der Lehrgangskosten trägt.

Insolvenzgeld

Arbeitnehmer haben Anspruch auf Insolvenzgeld, wenn sie bei Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen ihres Arbeitgebers für die vorausgehenden drei Monate des Arbeitsverhältnisses noch Ansprüche auf Arbeitsentgelt haben. Insolvenzgeld ist auch zu zahlen, wenn der Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgewiesen wurde.

Insolvenzgeld wird in Höhe des Nettoarbeitsentgelts geleistet. Daneben übernimmt die Agentur für Arbeit auch die noch nicht gezahlten Gesamtsozialversicherungsbeiträge.

Qualifizierungsgeld

Arbeitnehmer, denen im besonderen Maße durch die Transformation der Arbeitswelt der Verlust des Arbeitsplatzes droht, bei denen jedoch durch berufliche Weiterbildung eine zukunftssichere Beschäftigung im gleichen Unternehmen ermöglicht wird, können für die Dauer einer entsprechenden Maßnahme von der Agentur für Arbeit durch die Zahlung eines Qualifizierungsgeldes gefördert werden.

Qualifizierungsgeld wird gezahlt, wenn

- → die betrieblichen und die persönlichen Voraussetzungen vorliegen,
- → Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die über ausschließlich arbeitsplatzbezogene kurzfristige Anpassungsfortbildungen hinausgehen,
- → der Träger der Maßnahme für die Förderung zugelassen ist und
- → die Maßnahme mehr als 120 Stunden dauert und maximal die Dauer einer Vollzeitmaßnahme umfasst.

Qualifizierungsgeld ist vom Arbeitgeber schriftlich zu beantragen. Dem Antrag ist eine Zustimmung der Arbeitnehmer beizufügen.

Die betrieblichen Voraussetzungen liegen vor, wenn

→ strukturwandelbedingte Qualifizierungsbedarfe im Betrieb bestehen und diese mindestens 20 % der Arbeitnehmer betreffen,
→ der Arbeitgeber die berufliche Weiterbildung finanziert und
→ beim Arbeitgeber durch eine Betriebsvereinbarung oder durch einen Tarifvertrag betriebsbezogene Regelungen über das Bestehen des strukturwandelbedingten Qualifizierungsbedarfs, die damit verbundenen Perspektiven der Arbeitnehmer für eine nachhaltige Beschäftigung im Betrieb und die Inanspruchnahme des Qualifizierungsgeldes getroffen wurden.

Bei Betrieben mit weniger als 250 Arbeitnehmern ist es ausreichend, wenn mindestens 10 % der Arbeitnehmer von strukturwandelbedingtem Qualifizierungsbedarf betroffen sind.

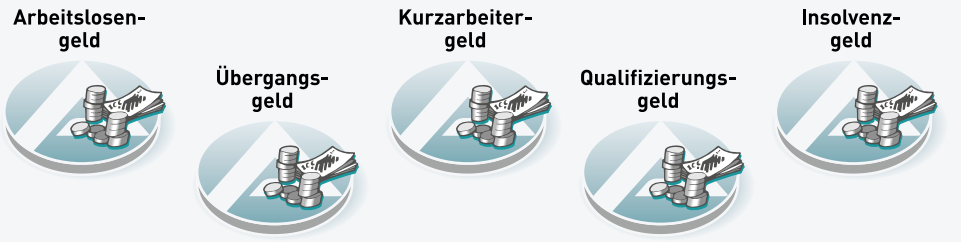
Arbeitnehmer erfüllen die persönlichen Voraussetzungen, wenn

→ die Weiterbildung im Rahmen eines bestehenden Arbeitsverhältnisses durchgeführt wird,
→ sie in den letzten vier Jahren vor Antragstellung nicht an einer geförderten beruflichen Weiterbildung teilgenommen haben und
→ das Arbeitsverhältnis nicht gekündigt oder durch Aufhebungsvertrag aufgelöst ist.

Lesen Sie dazu bitte Seite 132.

Die Höhe und Bemessung des Qualifizierungsgeldes entsprechen denen des Kurzarbeitergeldes.

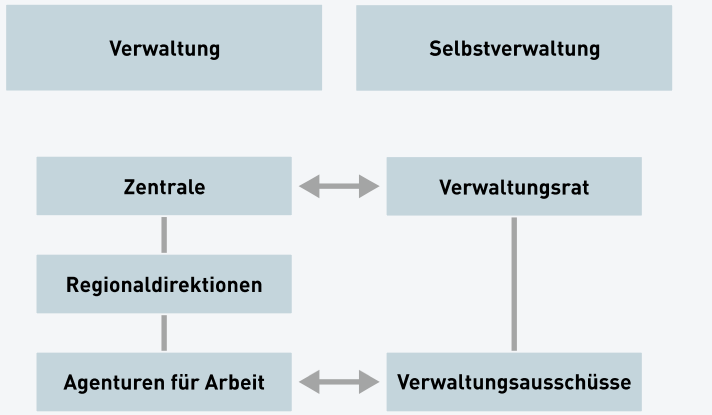
Entgeltersatzleistungen



Träger der Arbeitsförderung

Die Bundesagentur für Arbeit ist Träger der Arbeitsförderung. Sie ist eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie gliedert sich in die Zentrale mit Sitz in Nürnberg, die Regionaldirektionen und die Agenturen für Arbeit. Die Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit sind zuständig für die Leistungen der Arbeitsförderung.

Gliederung der Bundesagentur für Arbeit



Grundsicherung für Arbeitsuchende

Durch die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende soll den Leistungsberechtigten ein Leben ermöglicht werden, das der Würde des Menschen entspricht.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende soll die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, stärken und dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Sie soll erwerbsfähige Leistungsberechtigte bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützen und den Lebensunterhalt sichern, soweit sie ihn nicht auf andere Weise bestreiten können. Die Gleichstellung von Männern und Frauen wird als durchgängiges Prinzip verfolgt.

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen haben in eigener Verantwortung alle Möglichkeiten zu nutzen, ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften zu bestreiten. Erwerbsfähige Leistungsberechtigte müssen ihre Arbeitskraft in dem Umfang einsetzen, der zur vollständigen Überwindung ihrer Hilfebedürftigkeit und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen erforderlich ist. Sofern es zu diesem Zweck erforderlich und individuell zumutbar ist, bedeutet dies insbesondere die Aufnahme einer Vollzeittätigkeit.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende umfasst die Beratung der Arbeitsuchenden sowie Leistungen zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit insbesondere durch Eingliederung in Ausbildung oder Arbeit und Sicherung des Lebensunterhalts.

Grundlage der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist das Zweite Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB II.

Berechtigte

Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende haben zwei Personengruppen: erwerbsfähige Leistungsberechtigte und Personen, die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Sie müssen dafür bestimmte Voraussetzungen erfüllen.

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte

Leistungen erhalten Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze noch nicht vollendet haben, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Die Altersgrenze entspricht der Regelaltersgrenze (siehe Seite 66).

Erwerbsfähigkeit

Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Hilfebedürftig

Hilfebedürftig sind Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus dem zu berücksichtigenden Einkommen oder Vermögen sichern können und die, die erforderliche Hilfe auch nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhalten.

Leistungsberechtigte sind verpflichtet, Sozialleistungen anderer Träger in Anspruch zu nehmen und die dafür erforderlichen Anträge zu stellen, sofern dies zur Vermeidung, Beseitigung, Verkürzung oder Verminderung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist.

Vom 1. 1. 2023 bis 31. 12. 2026 besteht keine Verpflichtung, eine Altersrente vorzeitig in Anspruch zu nehmen.

Bedarfsgemeinschaft

Leistungen erhalten auch Personen, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Dienst- und Sachleistungen bekommen sie nur, wenn dadurch die Hemmnisse bei der Eingliederung der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten beseitigt oder vermindert werden.

Zur Bedarfsgemeinschaft gehören insbesondere die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und ihre Partner, die im Haushalt lebenden Eltern und die dem Haushalt angehörenden unverheirateten Kinder bis zu ihrem 25. Lebensjahr. Partner sind Ehe- oder Lebenspartner sowie Personen, die im wechselseitigem Willen Verantwortung füreinander tragen und füreinander einstehen. Hierzu zählen zum Beispiel Verwandte oder Freunde.

Leistungen

Die Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden in Form von Dienst-, Geld- und Sachleistungen erbracht.

Die Dienstleistungen – insbesondere Information, Beratung und umfassende Unterstützung durch einen persönlichen Ansprechpartner – haben das Ziel, den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen wieder in die Arbeitswelt einzugliedern.

Geldleistungen dienen der Sicherung des Lebensunterhalts der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und der mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen.

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

Die Leistungen umfassen den Regelbedarf, Mehrbedarfe und den Bedarf für Unterkunft und Heizung sowie für Bildung und Teilhabe.

Regelbedarf (Grundsicherungsgeld) ab 1. 7. 2026

Berechtigte	Regelbedarf
→ Volljährige, die allein in einer Wohnung leben (Alleinstehende), → Volljährige, die mit einem Kind oder Jugendlichen in einer Wohnung leben (Alleinerziehende), → Volljährige mit minderjährigem Partner	563 Euro
→ Volljährige, die in einer Bedarfsgemeinschaft mit einem Ehe- oder Lebenspartner oder in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft mit einem Partner zusammenleben – pro Person	506 Euro
→ Volljährige bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres (18 bis 24 Jahre), die in einer Bedarfsgemeinschaft leben, → Personen unter 25 Jahre, die ohne Zusicherung des kommunalen Trägers umziehen (18 bis 24 Jahre)	451 Euro
→ Kinder beziehungsweise Jugendliche im 15. Lebensjahr (14 Jahre) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (14 bis 17 Jahre), die in einer Bedarfsgemeinschaft leben, → Minderjährige Partner (14 bis 17 Jahre), die in einer Bedarfsgemeinschaft leben	471 Euro
→ Kinder ab Beginn des 7. Lebensjahres bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres (6 bis 13 Jahre)	390 Euro
→ Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (0 bis 5 Jahre)	357 Euro

Regelbedarf
Als Regelbedarf erhalten erwerbsfähige und nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben, Grundsicherungsgeld.

Der Regelbedarf dient der Sicherung des Lebensunterhalts und umfasst vor allem Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie sowie persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Hierzu gehört in vertretbarem Umfang eine Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft. Er wird als monatlicher Pauschalbetrag gezahlt.

Grundsicherungsgeld und die Leistungen für Bildung und Teilhabe sind bedarfsabhängige Leistungen deren Höhe vom zu berücksichtigendes Einkommen und Vermögen abhängig ist.

Von dem zu berücksichtigenden Vermögen (zum Beispiel Bargeld, Sparguthaben, Sparbriefe, Wertpapiere) ist für jede Person der Bedarfsgemeinschaft ein Betrag abhängig vom Lebensalter abzusetzen:

Alter	Freibetrag in Euro
bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres	5 000
ab dem 31. Lebensjahr	10 000
ab dem 41. Lebensjahr	12 500
ab dem 51. Lebensjahr	20 000

Nicht ausgeschöpfte Freibeträge können auf andere Personen der Bedarfsgemeinschaft übertragen werden.

Nicht als Vermögen zu berücksichtigen sind unter anderem
→ ein angemessenes Kraftfahrzeug für jede in der Bedarfsgemeinschaft lebende erwerbsfähige Person,
→ ein selbst genutztes Hausgrundstück mit einer Wohnfläche von bis zu 140 oder eine selbst genutzte Eigentumswohnung von bis zu 130 Quadratmetern. Bei mehr als vier Bewohnern erhöht sich die maßgebende Wohnfläche für jede weitere Person um jeweils 20 Quadratmeter.

Üben Leistungsberechtigte eine Erwerbstätigkeit aus, wird das erzielte Nettoeinkommen nach Abzug eines Freibetrags auf die Regelleistung (Grundsicherungsgeld) angerechnet Grundlage für die Ermittlung des Freibetrags ist das Bruttoeinkommen. Der Freibetrag setzt sich zusammen aus
→ den ersten 100 Euro sowie
→ 20 % von 100,01 Euro bis 520 Euro,
→ 30 % von 520,01 Euro bis 1 000 Euro und
→ 10 % von 1 000,01 Euro bis 1 200 Euro (bis 1 500 Euro).

Mit einem Kind erhöht sich der Betrag von 1 200 Euro auf 1 500 Euro.

Diese Regelungen gelten bis zum 25. Lebensjahr.

Leistungsberechtigte Schüler, Studierende und Auszubildende können bis zur Geringfügigkeitsgrenze (2026 monatlich 603 Euro) hinzuverdienen, ohne dass das Grundsicherungsgeld gekürzt wird. In den Schulferien ist für Schüler ein unbegrenzter Hinzuverdienst möglich.

Leistungsminderungen bei Pflichtverletzungen

Eine Pflichtverletzung liegt insbesondere vor, wenn erwerbsfähige Leistungsberechtigte trotz schriftlicher Belehrung

- → die von der Agentur für Arbeit geforderten Eigenbemühungen nicht nachweisen,
- → sich weigern, eine zumutbare Arbeit, Ausbildung oder ein gefördertes Arbeitsverhältnis aufzunehmen, fortzuführen oder deren Einleitung durch ihr Verhalten verhindern,
- → eine zumutbare Maßnahme zur Eingliederung in Arbeit nicht antreten, abbrechen oder Anlass für den Abbruch geben.

Dies gilt nicht, wenn sie wichtige Gründe für ihr Verhalten schildern und nachweisen.

Beim Vorliegen einer Pflichtverletzung mindert sich das Grundsicherungsgeld um 30 % des Regelbedarfs. Vor der Feststellung der Pflichtverletzung und der Minderung der Leistung soll auf Verlangen der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten anstelle einer schriftlichen, eine persönliche Anhörung erfolgen. Sind dem Jobcenter psychische Erkrankungen des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten bekannt oder liegen andere Anhaltspunkte dafür vor, dass der Leistungsberechtige nicht in der Lage ist, sich zu den Pflichtverletzungen schriftlich zu äußern, soll vor der Feststellung der Minderung eine persönliche Anhörung stattfinden.

Die Zahlbeträge für die Kosten der Unterkunft und Heizung dürfen nicht verringert werden.

Der Minderungszeitraum beträgt drei Monate. Er beginnt mit dem Kalendermonat, der der wirksamen Entscheidung des Jobcenters folgt. Minderungen sind aufzuheben, sobald erwerbsfähige Leistungsberechtigte ihre Pflichten erfüllen oder sich nachträglich ernsthaft und nachhaltig dazu bereit erklären, diesen künftig nachzukommen.

Eine Leistungsminderung erfolgt nicht, wenn sie im Einzelfall eine außergewöhnliche Härte bedeuten würde.

Folgen von Meldeversäumnissen

Kommen Leistungsberechtigte trotz schriftlicher Belehrung über die Rechtsfolgen oder deren Kenntnis einer Aufforderung des Jobcenters, sich bei ihm zu melden oder bei einem ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermin zu erscheinen, wiederholt nicht nach, mindert sich das Grundsicherungsgeld jeweils um 30 % des für sie maßgebenden Regelbedarfs.

Der Minderungszeitraum beträgt einen Monat.

Versäumen erwerbsfähige Leistungsberechtigte ohne Darlegung und Nachweis eines wichtigen Grundes drei aufeinanderfolgenden Meldeaufforderungen des Jobcenters, obwohl sie schriftlich über die Rechtsfolgen belehrt wurden oder davon Kenntnis hatten, so gelten sie als nicht erreichbar. Nachdem der dritte versäumte Meldetermin festgestellt wurde, entfällt der Leistungsanspruch für den nichterreichbaren Leistungsberechtigten mit dem Beginn des folgenden Kalendermonats. Im ersten Kalendermonat nach Wegfall des Leistungsanspruchs entfällt aber lediglich die Zahlung des Regelbedarfs. Andere Bedarfe insbesondere für Unterkunft und Heizung werden in dieser Zeit weitergewährt.

Meldet sich die leistungsberechtigte Person innerhalb dieses Monats persönlich in dem zuständigen Jobcenter, gilt sie als durchgehend erreichbar.

Zusätzlich zum Regelbedarf wird Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Sofortzuschlag in Höhe von monatlich 25 Euro gezahlt.

Mehrbedarfe

Für werdende Mütter, die erwerbsfähig und hilfebedürftig sind sowie für Personen, die mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern zusammen leben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, wird ein Mehrbedarf anerkannt.

Bedarfe für Unterkunft und Heizung

Bedarfe für Unterkunft und Heizung werden in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen anerkannt, soweit diese angemessen sind. Nicht angemessen sind die Aufwendungen, die im Verhältnis zur Wohnfläche zu hoch sind oder die gegen eine örtlich festgelegte Mietpreisbremse verstoßen. Bei unverhältnismäßig hohen Aufwendungen für die Unterkunft besteht die Pflicht der Leistungsbeziehenden – auch in der Karenzzeit – zu einer Kostensenkung.

Aufwendungen für die Unterkunft, die über dem Anderthalbfachen der örtlichen Angemessenheitsgrenze liegen, werden nicht als Bedarf anerkannt.

Für die Anerkennung der Bedarfe für Unterkunft gilt eine Karenzzeit von einem Jahr ab Beginn des Monats, für den erstmals Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende bezogen werden. Innerhalb dieser Karenzzeit werden die Bedarfe für Unterkunft in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen anerkannt, soweit sie nicht über dem Anderthalbfachen der örtlichen Angemessenheitsgrenze liegen. In der Karenzzeit können im Einzelfall höhere Aufwendungen für die Unterkunft anerkannt werden, wenn es sich um eine Bedarfsgemeinschaften mit Kindern handelt oder diese Aufwendungen unabweisbar sind.

Ein Bedarf ist insbesondere unabweisbarer, wenn er nicht aufgeschoben werden kann, eine akute Notsituation vermieden wird und keine andere Möglichkeit der Bedarfsdeckung besteht.

Schulden für den Bedarf für Unterkunft und Heizung können als Darlehen übernommen werden, wenn dies gerechtfertigt und notwendig ist und Wohnungslosigkeit droht.

Bedarfe für Bildung und Teilhabe

Bedarfe für Bildung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft werden bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen neben dem Regelbedarf gesondert berücksichtigt. Bedarfe für Bildung werden nur bei Personen berücksichtigt, die noch nicht 25 Jahre alt sind, eine allgemein- oder berufsbildende Schule besuchen und keine Ausbildungsvergütung erhalten.

Entsprechendes gilt auch für Kinder, die eine Kindertageseinrichtung besuchen.

Sind Schüler auf Schülerbeförderung angewiesen, werden dafür erforderliche Kosten für den Besuch der nächstgelegenen Schule des gewählten Bildungsgangs anerkannt. Bei Teilnahme an gemeinschaftlicher Mittagsverpflegung, Schulausflügen und mehrtägigen Klassenfahrten werden die tatsächlichen Aufwendungen übernommen. Die Ausstattung mit persönlichem Schulbedarf wird in jedem Jahr jeweils zum 1. 8. mit 130 Euro und zum 1. 2. mit 65 Euro gefördert. Die tatsächlichen Aufwendungen für Aktivitäten in den Bereichen Sport, Spiel, Kultur und Geselligkeit, Unterricht in künstlerischen Fächern (zum Beispiel Musikunterricht) und vergleichbare angeleitete Aktivitäten der kulturellen Bildung sowie Freizeiten werden pauschal mit einem Betrag von 15 Euro monatlich gefördert.

Dies gilt nur für Leistungsberechtigte, die noch nicht 18 Jahre alt sind.

Einstiegsgeld

Zur Überwindung von Hilfebedürftigkeit kann erwerbsfähigen Leistungsberechtigten bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen oder selbständigen Erwerbstätigkeit ein Einstiegsgeld gezahlt werden, wenn dies zur Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erforderlich ist.

Merke:

Die Grundsicherung für Arbeitssuchende erbringt insbesondere Leistungen zur Eingliederung in Ausbildung und Arbeit sowie zur Sicherung des Lebensunterhalts.

Grundsicherungsgeld und Leistungen für Unterkunft und Heizung dienen dazu, den Lebensunterhalt zu sichern.

Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende wird von der Bundesagentur für Arbeit (den örtlichen Agenturen für Arbeit) und den kreisfreien Städten und Kreisen (kommunale Träger) durchgeführt. Zu ihrer Unterstützung können sie Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben beauftragen. Zudem sollen sie einen Außendienst zur Bekämpfung von Leistungsmissbrauch einrichten.

Die kommunalen Träger erbringen
- → Leistungen für Unterkunft und Heizung,
- → Kinderbetreuungsleistungen,
- → Schuldner- und Suchtberatung,
- → psychosoziale Betreuung,
- → besonderen, einmaligen Bedarf (etwa die Erstausstattung für Bekleidung und Wohnung) und
- → Leistungen für Bildung und Teilhabe.

Für alle übrigen Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind die Agenturen für Arbeit zuständig.

Zur einheitlichen Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende bilden die Agenturen für Arbeit und der jeweilige kommunale Träger eine gemeinsame Einrichtung, die sämtliche Aufgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende wahrnimmt.

Die gemeinsamen Einrichtungen und die zugelassenen kommunalen Träger führen die Bezeichnung Jobcenter.

Anstelle der Bundesagentur für Arbeit können vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kommunale Träger durch Rechtsverordnung zugelassen werden. Sie erbringen dann sämtliche Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Finanzierung aus Bundesmitteln

Der Bund trägt die Aufwendungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende, soweit die Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt werden.

Werden die Leistungen zur Grundsicherung von Arbeitsgemeinschaften erbracht, trägt der Bund die Aufwendungen einschließlich der Verwaltungskosten. Er beteiligt sich zweckgebunden an den Leistungen für Unterkunft und Heizung.

Die Erstattung der Leistungsausgaben für das Bildungspaket wird auf Basis der tatsächlichen Kosten jährlich fortlaufend angepasst.

Krankenversicherung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Krankenkassen erbringen die dafür erforderlichen Leistungen und helfen durch Aufklärung und Beratung.

Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können in Anspruch genommen werden:

- **→ Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,**
- **→ Krankenbehandlung insbesondere ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung, medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Betriebshilfe für Landwirte, Krankengeld,**
- **→ bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,**
- **→ Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.**

Alle Einwohner der Bundesrepublik Deutschland sind verpflichtet, sich zur Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu versichern.

Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB V. Für besondere Personengruppen regeln auch andere Gesetze den Krankenversicherungsschutz (zum Beispiel das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte oder das Künstlersozialversicherungsgesetz).

Versicherte Personen

Alle Einwohner der Bundesrepublik Deutschland sind verpflichtet, bei einem Krankenversicherungsunternehmen mit Geschäftssitz in Deutschland eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst. Diese gilt nicht für Personen, die bereits über einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen (wie zum Beispiel Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung).

Der gesetzlichen Krankenversicherung kann man als Pflichtversicherter, freiwillig Versicherter und durch beitragsfreie Mitversicherung (Familienversicherung) angehören.

Pflichtversicherte

Die Pflichtversicherung tritt ohne Rücksicht auf den eigenen Willen oder den des Arbeitgebers ein. Sie ist eine Zwangsversicherung; sie kann weder schriftlich noch durch mündliche Absprache zwischen den Beteiligten ausgeschlossen werden.

Versicherungspflichtig sind im Wesentlichen

Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld bezogen wird.

- → Arbeitnehmer, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, sowie zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte,
- → Personen, die Arbeitslosengeld beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit oder Urlaubsabgeltung ruht,
- → Personen, die Grundsicherungsgeld für erwerbsfähige Leistungsberechtigte beziehen,
- → Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
- → Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
- → Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- → Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- → behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine bestimmte Leistung erbringen,
- → Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, längstens bis zum Ablauf des Semesters, in dem das 30. Lebensjahr vollendet wurde,

Für über 30 Jahre alte Studenten sind Ausnahmen möglich.

Auszubildende des Zweiten Bildungswegs können Praktikanten gleichgestellt werden.

Auf die erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind eine Zeit von drei Jahren angerechnet.

Dies gilt nicht für Waisen, die zuletzt vor der Rentenantragstellung privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung.

- → Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten), längstens bis zum 30. Lebensjahr sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte,
- → Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder Familienversicherter der gesetzlichen Krankenversicherung waren,
- → Personen, die die Voraussetzungen für eine Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen oder beantragt haben. Das gilt auch für entsprechende Leistungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung befreit war, sowie
- → Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und zuletzt gesetzlich oder noch nie krankenversichert waren.

Folgende Personen stehen Beschäftigten zur Berufsausbildung gleich:

- → Auszubildende, die in einer außerbetrieblichen Einrichtung im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages ausgebildet werden,
- → Teilnehmer an dualen Studiengängen,
- → Teilnehmer an Ausbildungen mit Abschnitten des schulischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung, für die ein Ausbildungsvertrag und Anspruch auf Ausbildungsvergütung besteht (praxisintegrierte Ausbildungen).

Die Mitgliedschaft bleibt für Versicherungspflichtige erhalten, in der sie

- → sich in einem rechtmäßigen Arbeitskampf befinden,
- → Kranken-, Mutterschafts-, Erziehungs-, Elterngeld oder Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder Elternzeit in Anspruch nehmen,
- → Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer Spende von Organen oder Geweben, Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten,
- → während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Krankengeld der

Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung oder Übergangsgeld beziehen oder
→ Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld erhalten.

Selbständige Erwerbstätige sind in der Krankenversicherung nicht pflichtversichert. Bestehen Zweifel, ob eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit vorliegt, entscheidet die Clearingstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in einem sogenannten Statusfeststellungsverfahren, ob eine Beschäftigung vorliegt.

Siehe hierzu Seite 41.

Versicherungsfreie Personen

Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2026 jährlich 77 400 Euro, monatlich 6 450 Euro) übersteigt sind nach Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres versicherungsfrei. Für Arbeitnehmer, die bereits am 31. 12. 2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert waren, beträgt die Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2026 jährlich 69 750 Euro, monatlich 5 812,50 Euro.

Zu den versicherungsfreien Personen gehören insbesondere auch Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Beginn und Ende der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung. Der Arbeitgeber meldet die Aufnahme der Beschäftigung der Krankenkasse. Die Mitgliedschaft endet mit Ablauf des Tages, an dem das Beschäftigungsverhältnis endet. Kündigt der Versicherungspflichtige die Mitgliedschaft zu einer Krankenkasse, beginnt die Mitgliedschaft bei der neugewählten Krankenkasse mit dem Tag nach Eintritt der Rechtswirksamkeit der Kündigung.

Die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Studenten beginnt mit dem Semester, frühestens mit dem Tag der Einschreibung oder der Rückmeldung an der Hochschule. Die Pflichtversicherung endet mit Ablauf des Semesters, für das sich die Studenten zuletzt eingeschrieben oder zurückgemeldet haben, wenn sie bis zum Ablauf oder mit Wirkung zum Ablauf dieses Semesters exmatrikuliert worden sind.

Die Versicherung endet auch mit Ablauf des Semesters, in dem das 30. Lebensjahr vollendet wurde (Ausnahmen sind möglich).

Krankenversicherte

Pflichtversicherte		freiwillig Versicherte	Familien-versicherte
Arbeit-nehmer	Arbeits-lose		
Landwirte	Rentner		
Künstler, Publizisten	Studenten		
behinderte Menschen			

Die Mitgliedschaft der Rentner beginnt mit dem Tag der Rentenantragstellung.

Die Mitgliedschaft der Bezieher von Grundsicherungsgeld für erwerbsfähige Leistungsberechtigte und Arbeitslosengeld beginnt mit dem Tag, von dem an die Leistung bezogen wird. Sie endet mit Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung bezogen wird.

Für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft mit dem ersten Tag ohne Absicherung.

Freiwillig Versicherte

Zur freiwilligen Versicherung ist unter anderem berechtigt,

- → wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden ist und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert war,
- → wer aus der Familienversicherung ausgeschieden ist.

Der freiwillige Beitritt muss der gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von drei Monaten angezeigt werden. Ein späterer Beitritt ist nicht möglich.

Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Krankenkasse. Bei Personen, die aus der

Der Beitritt ist in Textform zu erklären.

Pflichtmitgliedschaft oder einer Familienversicherung ausscheiden, beginnt die freiwillige Mitgliedschaft im Anschluss an die vorherige Versicherung.

Familienversicherte

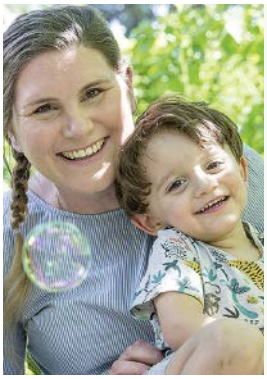
Die Familienversicherung begründet eine eigene Mitgliedschaft in der Krankenversicherung. Versichert sind der Ehepartner, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

- → ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
- → nicht in der Krankenversicherung versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sind,
- → nicht versicherungsfrei oder nicht von der Versicherungspflicht befreit sind,
- → nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
- → kein Gesamteinkommen haben, das im Jahr 2026 den Betrag von monatlich 565 Euro überschreitet. Für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

Die Geringfügigkeitsgrenze beträgt ab 1. 1. 2026 monatlich 603 Euro.

Kinder werden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres in der Familienversicherung aufgenommen. Wenn sie nicht erwerbstätig sind, gilt das 23. Lebensjahr. Liegt eine Schul- oder Berufsausbildung vor, ist eine Familienversicherung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres möglich. Wurde die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, verlängert sich die Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus für einen Zeitraum, der höchstens der Dauer dieses Dienstes entspricht.

Für Kinder, die als Menschen mit Behinderung anerkannt und außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, gibt es keine Altersgrenze.



Merke:

In der Krankenversicherung gibt es Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte und Familienversicherte.Pflichtversicherte sind hauptsächlich Arbeitnehmer und Rentner. Arbeitnehmer sind versicherungsfrei, wenn ihr Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze in einem Kalenderjahr übersteigt. Freiwillig versichern kann sich grundsätzlich nur, wer zuletzt pflicht- oder familienversichert war. Die Familienversicherung begründet eine eigene Mitgliedschaft.

Finanzierung

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Beiträge und sonstige Einnahmen finanziert. Als Beiträge gelten auch die kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Bundeszuschüsse aus Steuermitteln ergänzen die Finanzierung.

Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds ist eine zentrale Stelle, von der die Mittel für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gesammelt und verwaltet werden, um diese dann an die Versicherungsträger (unter anderem Krankenkassen) zu verteilen. Die durchführende Stelle für den Gesundheitsfonds ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

Landwirtschaftliche Krankenkassen sind am Gesundheitsfonds nicht beteiligt.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet als Sondervermögen (Gesundheitsfonds) die Krankenversicherungsbeiträge

- → die von den Einzugsstellen eingezogen werden,
- → aus Rentenzahlungen,
- → aus geringfügigen Beschäftigungen,
- → nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, von Beziehern von Arbeitslosengeld und Grundsicherungsgeld für erwerbsfähige Leistungsberechtigte sowie
- → die vom Bund gezahlten Zuschüsse.

Die Bundeszuschüsse dienen der teilweisen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die in keinem Zusammenhang mit dem typischen Versicherungsfall der gesetzlichen Krankenversicherung – der Krankheit – stehen. Hierzu zählen insbesondere Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe sowie Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Außerdem gehören noch die Beitragsfreiheit für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld beziehungsweise bei Bezug von Elterngeld sowie die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und anderen Familienangehörigen dazu.

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen als Bundeszuschuss jährlich 14,5 Milliarden Euro. Der Zuschuss des Bundes wird in monatlichen Teilbeträgen jeweils zum ersten Bankarbeitstag an den Gesundheitsfonds überwiesen.

Zur Abgeltung von Rechnungszuschlägen für allgemeine Krankenhausleistungen leistet der Bund bis einschließlich 31. 1. 2026

ergänzende Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds in Höhe von 2,5 Milliarden Euro.

Der Gesundheitsfonds überweist dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung einen Teil der Bundeszuschüsse zur Weiterleitung an die Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Der Anteil ergibt sich aus dem Verhältnis der Anzahl der landwirtschaftlichen Versicherten zu der Gesamtzahl aller Versicherten.

Zur Deckung ihrer Ausgaben erhalten die Krankenkassen als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben.

Ergänzend zum Risikostrukturausgleich werden die finanziellen Belastungen für aufwendige Leistungsfälle teilweise über einen Risikopool ausgeglichen.

Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich ein Risikostrukturausgleich durchgeführt. Durch diesen werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, die sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmalen getrennte Risikogruppen ergeben. Die Zuordnung erfolgt aufgrund von Alter, Geschlecht, Morbidität, regionalen Merkmalen (beispielsweise Ungleichgewichte zwischen regional begrenzten und bundesweit geöffneten Krankenkassen) und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld haben.

Die Häufigkeit der Erkrankungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe wird als Morbidität bezeichnet.

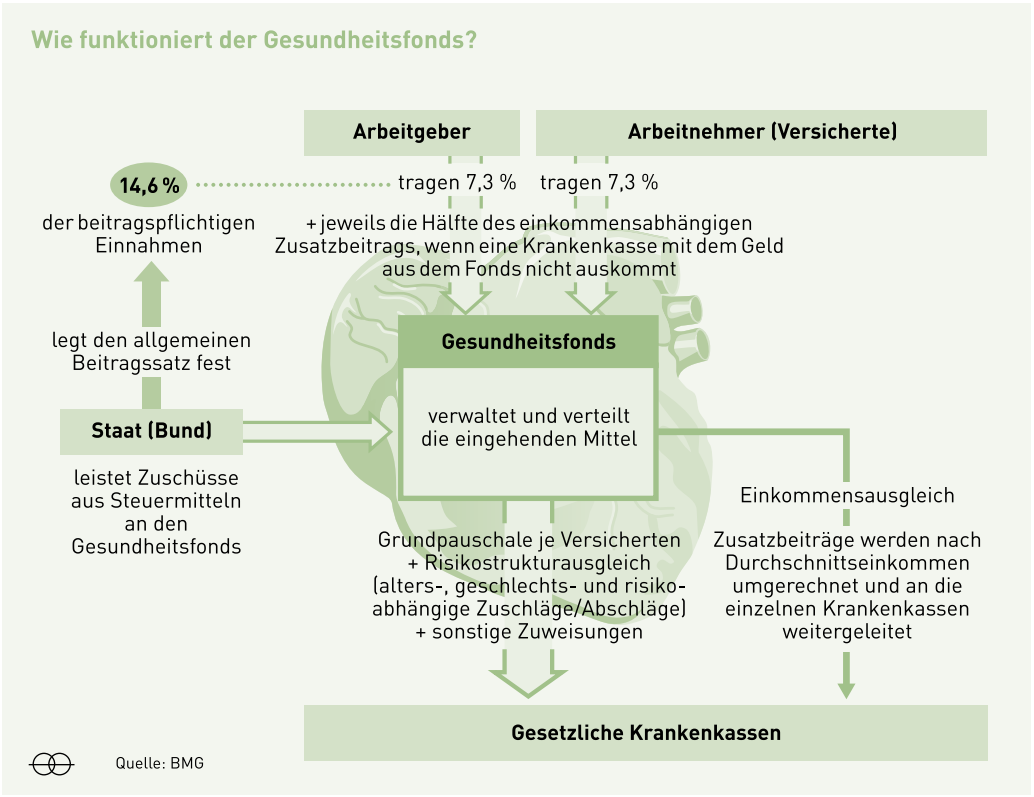
Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt.

Nach Durchführung eines Einkommensausgleichs zwischen den Krankenkassen weist das Bundesamt für Soziale Sicherung die in den Gesundheitsfonds eingezahlten Zusatzbeiträge anteilig den Krankenkassen zu, die einen Zusatzbeitrag erhoben haben.

Beim Einkommensausgleich wird der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse mit den voraussichtlichen durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied aller Krankenkassen und ihrer Mitgliederzahl multipliziert.

Beitragshöhe

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder und dem Beitragssatz. Der Beitragssatz ist ein Vomhundertsatz. Angewendet auf die beitragspflichtigen Einnahmen ergibt er den Krankenversicherungsbeitrag. Für Familienversicherte muss kein zusätzlicher Beitrag gezahlt werden.



Beitragsfrei sind nur die genannten Leistungen.

Beitragsfrei krankenversichert sind Mitglieder für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld.

Beitragssatz

Es gibt einen einheitlichen allgemeinen Beitragssatz und einen einheitlichen ermäßigten Beitragssatz für alle Krankenkassen. Der ermäßigte Beitragssatz ist für diejenigen Mitglieder maßgebend, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Der allgemeine Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt 14,6 %, der ermäßigte Beitragssatz 14,0 %.

Zusatzbeiträge

Ist der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag. Die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds werden mit dem kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz multipliziert und ergeben so den zu zahlenden Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitragssatz ist so zu bemessen, dass die Einnahmen daraus zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen

Die Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange deren Finanzreserven (Betriebsmittel einschließlich der Rücklage) das 0,5fache einer Monatsausgabe überschreitet.

Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken.

Für einige Personengruppen werden die Krankenversicherungsbeiträge einschließlich der Zusatzbeiträge durch den Bund, durch einen Träger, eine Einrichtung beziehungsweise durch den Arbeitgeber voll getragen. In diesen Fällen ist nur der durchschnittliche Zusatzbeitrag zu zahlen. Es handelt sich dabei insbesondere um

- → Bezieher von Grundsicherungsgeld für erwerbsfähige Leistungsberechtigte,
- → Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- → Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- → behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine bestimmte Leistung erbringen,
- → Bezieher von Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Krankengeld der Soldatenentschädigung, Übergangsgeld oder vergleichbaren Entgeltersatzleistungen,
- → Auszubildende, mit einem monatlichen Bruttoverdienst bis zu 325 Euro,
- → Personen, die ein freiwilliges soziales oder freiwilliges ökologisches Jahr beziehungsweise den Bundesfreiwilligendienst leisten.

In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wird der Zusatzbeitrag nicht mit dem kassenindividuellen, sondern dem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz berechnet.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, geteilt durch die voraussichtlichen jährlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen, multipliziert mit 100.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz für 2026 beträgt 2,9 %.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1.11. eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt.

Beitragspflichtige Einnahmen

Beitragspflichtige Einnahmen sind bei

Im Jahr 2026 beträgt die Beitragsbemessungsgrenze 69 750 Euro (monatlich 5 812,50 Euro).

- → Arbeitnehmern: das Arbeitsentgelt aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung (höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze), die gesetzliche Rente und vergleichbare Versorgungsbezüge,
- → Beziehern von Arbeitslosengeld: 80 % des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

Das sind im Jahr 2026 852,30 Euro.

- → Beziehern von Grundsicherungsgeld für erwerbsfähige Leistungsberechtigte: der 0,2155fache Teil der monatlichen Bezugsgröße,
- → Beziehern von Kurzarbeitergeld oder von Qualifizierungsgeld: 80 % des Unterschiedsbetrags zwischen dem Soll-Entgelt und dem Ist-Entgelt,
- → Personen, die Pflegeunterstützungsgeld erhalten: 80 % des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,
- → Beziehern von Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung, Übergangsgeld oder vergleichbaren Entgeltersatzleistungen: 80 % des Regelentgelts, aus dem die Leistung berechnet wurde,
- → behinderten Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine bestimmte Leistung erbringen: das tatsächlich erzielte Arbeitsentgelt, mindestens jedoch 20 % der monatlichen Bezugsgröße,

Im Jahr 2026 sind das 791 Euro.

- → Studenten, die nicht bei ihren Eltern leben: der Bedarfssatz nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG),
- → versicherungspflichtigen Rentnern: der Bruttobetrag der gesetzlichen Rente. Als Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gelten Renten der allgemeinen Rentenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung einschließlich der Steigerungsbeträge aus Höherversicherungsbeiträgen.

Dies gilt auch für vergleichbare Renten, die aus dem Ausland bezogen werden.

Für vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge, wie zum Beispiel Betriebsrenten) und Arbeitseinkommen, das neben einer Rente erzielt wird, zahlen versicherungspflichtige Rentner nur Beiträge, wenn die monatlichen Einnahmen daraus ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße übersteigen. Wird dieser Betrag überschritten, so gilt er als Freibetrag. Im Jahr 2026 sind das 197,75 Euro.

Pflichtversicherte müssen für betriebliche Riester-Renten keine Krankenkassenbeiträge zahlen.

Der Beitrag für Personen, die freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, richtet sich nach ihrem Einkommen. Die Beitragsbelastung soll die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigen.

Zu den beitragspflichtigen Einnahmen von freiwillig versicherten Rentnern gehören also nicht nur das Arbeitsentgelt oder das Arbeitseinkommen, sondern zum Beispiel auch Einkünfte aus Kapitalvermögen sowie aus Vermietung und Verpachtung. Neben der gesetzlichen Rente werden außerdem auch Betriebsrenten sowie private Renten herangezogen. Als beitragspflichtige Einnahmen gilt für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße und höchstens die monatliche Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung.

Im Jahr 2026 sind als monatliche Einnahmen mindestens 1 318,33 Euro und höchstens 5 812,50 Euro zu berücksichtigen. Das gilt auch für Selbständige und Freiberufler.

Für versicherte Familienangehörige werden keine Beiträge erhoben.

Meldung und Einzug der Sozialversicherungsbeiträge

Der Arbeitgeber zieht den Beitragsanteil des Beschäftigten vom Arbeitsentgelt ab und zahlt ihn zusammen mit dem Arbeitgeberanteil als Gesamtsozialversicherungsbeitrag (also Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung) an die Einzugsstelle. Zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag werden auch die Umlagen zur Erstattung der Aufwendungen bei krankheitsbedingter Entgeltfortzahlung oder Mutterschaft sowie für das Insolvenzgeld an die Einzugsstelle gezahlt.

Einzugsstelle ist grundsätzlich die Krankenkasse, von der auch die Krankenversicherung durchgeführt wird.

Die Einzugsstelle teilt unter anderem den Gesamtsozialversicherungsbeitrag auf und leitet ihn arbeitstäglich an die einzelnen Träger beziehungsweise den Gesundheitsfonds weiter. Sie ist auch für das Meldewesen, den Beitragseinzug und die Entscheidung über die Versicherungs- und Beitragspflicht in den Zweigen der Sozialversicherung zuständig. Für ihre Tätigkeit erhält sie von den anderen Sozialversicherungsträgern eine Vergütung.

Meldungen und Beitragsnachweise zur Sozialversicherung dürfen nur durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder maschinell erstellten Ausfüllhilfen vorgenommen werden. Alle Arbeitgeber dürfen deshalb die Sozialversicherungsmeldungen und Beitragsnachweise ihrer Beschäftigten nur noch als gesicherte und verschlüsselte elektronische Daten übermitteln. Die Regelung gilt unabhängig von der Betriebsgröße. Die Meldungen werden von der Einzugsstelle an die anderen Träger weitergeleitet.

So errechnet sich der Gesamtsozialversicherungsbeitrag 2026

Arbeitnehmer		Arbeitgeber
	Beitrag zur Krankenversicherung (Allgemeiner Beitragssatz) 14,6 %	
7,3 % + halber kassenindividueller Zusatzbeitrag	+ kassenindividueller Zusatzbeitrag	7,3 % + halber kassenindividueller Zusatzbeitrag
	Beitrag zur Pflegeversicherung*	
0,8 bis 1,8 % in Sachsen: 1,3 bis 2,3 %	3,6 %	1,8 % in Sachsen: 1,3 %
+0,6 %	+ Beitragszuschlag für Kinderlose 0,6 %	0
	Beitrag zur Rentenversicherung	
9,3 %	18,6 %	9,3 %
	Beitrag zur Arbeitsförderung	
1,3 %	2,6 %	1,3 %
	zu zahlen an die Einzugsstelle (Krankenkasse)	

* Vgl. Seite 200 und 201

Die Minijob-Zentrale hat ihren Sitz in Essen.

Für geringfügig Beschäftigte zieht die Minijob-Zentrale der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See die Sozialabgaben und die einheitliche Pauschalsteuer ein.

Beitragstragung in der Krankenversicherung

Für einen versicherungspflichtigen Beschäftigten ist der allgemeine Beitragssatz von 14,6 % zu zahlen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen jeweils 7,3 %. Erhebt die Krankenkasse einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag, zahlt der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber jeweils den halben Zusatzbeitrag.

Während einer Berufsausbildung trägt der Arbeitgeber den vollen Gesamtsozialversicherungsbeitrag allein, wenn der monatliche Bruttoverdienst 325 Euro nicht übersteigt.

Zum Minijob siehe Seite 42.

Für Minijobs (geringfügige Beschäftigungen) zahlt nur der Arbeitgeber einen Beitrag in Höhe von 13 % des Arbeitsentgelts für die Krankenversicherung. Bei Beschäftigten in Privathaushalten zahlt der Arbeitgeber einen Beitrag von 5 % des Arbeitsentgelts. Liegt das Arbeitsentgelt im Übergangsbereich (Midijob), wird die Beitragsverteilung zwischen den Beschäftigten und dem Arbeitgeber variabel gestaltet.

Zum Übergangsbereich siehe Seite 48.

Während des freiwilligen sozialen Jahres, des freiwilligen ökologischen Jahres und des Bundesfreiwilligendienstes zahlt der Arbeitgeber die Beiträge in voller Höhe.

Siehe hierzu Seite 244.

Selbständige Künstler und Publizisten beteiligen sich zur Hälfte an den Beiträgen, die die Künstlersozialkasse (KSK) für sie zahlt.

Allgemeiner Beitragssatz von 14,6 % × 7/10 = 10,22 %.

Für Studenten und Praktikanten ist ein Beitragssatz von sieben Zehntel des allgemeinen Beitragssatzes maßgebend. Es gilt somit ein Beitragssatz von 10,22 %, der um den zusätzlichen kassenindividuellen Beitragssatz zu erhöhen ist. Studenten tragen ihre Beiträge in voller Höhe selbst. Sie zahlen diese für ein Semester im Voraus an die Krankenkasse.

Eine Veränderung des Zusatzbeitragssatzes beispielsweise ab 1. 1. 2026 gilt für Renten ab 1. 3. 2026.

Die Beiträge der versicherungspflichtigen Rentner werden von der Rentenversicherung bei der Rentenzahlung einbehalten und an die Krankenversicherung abgeführt. Für Rentner gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 %. Die Rentenversicherung und der Rentner zahlen jeweils 7,3 % der Rente. Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird von der Rentenversicherung und dem Rentner jeweils zur Hälfte getragen. Änderungen des Zusatzbeitragssatzes wirken sich auf die Rentenhöhe erst mit einem Abstand von zwei Monaten aus. Über den veränderten Zusatzbeitrag werden die Rentner aus Kostengründen nur mit einem Hinweis auf dem Kontoauszug der Bank informiert.

Beitragsgestaltung in der Krankenversicherung

	Beitragsanteil Versicherter	Beitragsanteil Arbeitgeber/andere
Versicherungspflichtige, Rentner	7,3 % + halber Zusatzbeitrag	7,3 % + halber Zusatzbeitrag
Minijobber im Privathaushalt	–	5,0 %
Minijobber	–	13,0 %
Midijobber Übergangsbereich	variabel	variabel
Künstler, Publizisten	7,3 % + halber Zusatzbeitrag	KSK 7,3 % + halber Zusatzbeitrag
Studenten, freiwillig Versicherte	voller Beitrag	–

Versorgungsbezüge sind zum Beispiel Betriebs- und Zusatzrenten, Pensionen oder Kapitalleistungen aus einer Direktversicherung.

Von den Versorgungsbezügen, die den Freibetrag (im Jahr 2026 monatlich 197,75 Euro) übersteigen, zahlen versicherungspflichtige Rentner Krankenversicherungsbeiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zuzüglich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags.

In der Krankenversicherung versicherungspflichtige Personen müssen für Waisenrenten und entsprechende Leistungen einer berufständischen Versorgungseinrichtung keine Beiträge zahlen. Sie sind beitragsfrei.

Dies gilt insbesondere
- → bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- → bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder einen entsprechenden Freiwilligendienst leisten,
- → über das 25. Lebensjahr hinaus für einen Zeitraum, der der Erfüllung der gesetzlichen Dienstpflicht entspricht, wenn eine Schul- oder Berufsausbildung durch diesen unterbrochen oder verzögert wurde,
- → wenn sie als behinderte Menschen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

Der Rentenversicherungsträger muss aber die Hälfte der Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner zahlen, die er ohne die Beitragsfreiheit sonst zu tragen hätte. Das gilt entsprechend auch für Waisenrenten der Alterssicherung der Landwirte.

Lesen Sie dazu bitte auch Seite 81/82.

Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld einschließlich des kassenindividuellen Zusatzbeitrags in voller Höhe. Für Personen, die Grundsicherungsgeld für erwerbsfähige Leistungsberechtigte beziehen, gilt der ermäßigte Beitragssatz von 14,0 %. Die Beiträge einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags trägt der Bund.

Soweit für Beschäftigte Beiträge für Kurzarbeitergeld oder für Qualifizierungsgeld zu zahlen sind, trägt diese der Arbeitgeber.

Der zuständige Rehabilitationsträger zahlt die Beiträge einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags aufgrund von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Berufsfindung oder Arbeitserprobung sowie des Bezugs von Übergangsgeld, Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung oder Krankengeld der Soldatenentschädigung.

Der Träger der Einrichtung übernimmt für Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, für behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten oder in Blindenwerkstätten tätig sind oder die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine bestimmte Leistung erbringen, den vollen Beitrag einschließlich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags.

Für Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen und Pflegeunterstützungsgeld beziehen, werden die Beiträge zur Krankenversicherung sowie des kassenindividuellen Zusatzbeitrages je zur Hälfte von ihr und der Pflegekasse beziehungsweise vom privaten Versicherungsunternehmen getragen.

Freiwillig Versicherte zahlen ihren Krankenversicherungsbeitrag in voller Höhe allein.

Wer als Arbeitnehmer wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei ist, erhält vom Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Freiwillig versicherte Rentner erhalten den Zuschuss von der Rentenversicherung.

Wahltarife

Die Teilnahme an einem Wahltarif ist für die Versicherten freiwillig.

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten spezielle Wahltarife (Pflichttarife) anbieten, die erweiterte Leistungen beinhalten oder finanzielle Vorteile bieten. Das sind

- → Wahltarif für integrierte Versorgung (Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen und nichtärztliche Leistungserbringer – zum Beispiel Physiotherapeuten – werden in die Behandlung eingebunden),
- → Hausarzttarif (hausarztzentrierte Versorgung,
- → Wahltarif für strukturierte Behandlungsprogramme (regelmäßige Kontrolluntersuchungen, medizinische Versorgung und Schulungsprogramme für chronisch Kranke) und
- → Krankengeldtarif für Selbstständige.

Daneben kann jede Krankenkasse freiwillig individuelle Wahltarife bereitstellen:

- → Selbstbehalttarife (die Mitglieder tragen einen Teil der Kosten selbst, dafür erhalten sie eine vereinbarte Prämie),
- → Kostenerstattungstarife (die Leistungserbringer werden selbst bezahlt, die Kasse erstattet ein Teil der Kosten),
- → Tarife für besondere Arzneimitteltherapien (zum Beispiel Übernahme der Kosten für homöopathische Arzneimittel) und
- → Beitragsrückerstattungstarife (wer keine Leistungen in Anspruch nimmt, bekommt einen Teil der Beiträge zurück).

Bonusprogramme

Für gesundheits- und kostenbewusstes Verhalten der Versicherten bieten die Krankenkassen Bonusprogramme an. Beispielsweise gehören dazu die Zahlung von Prämien für die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen oder Präventionsprogrammen. Wird in einem Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung angeboten, können Arbeitgeber ebenfalls einen finanziellen Bonus erhalten.

Jede Krankenkasse kann die Bonussysteme individuell gestalten.

Merke:

Die Mittel der Krankenversicherung werden durch Beiträge aufgebracht. Einkommensabhängige Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen und dem Beitragssatz.

Für Arbeitnehmer gibt es den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % oder den ermäßigten Beitragssatz von 14,0 %. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen ihn je zur Hälfte.

Erhebt die Krankenkasse einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag (kassenindividuellen Zusatzbeitrag), trägt der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber diesen jeweils zur Hälfte.

Für Rentner gilt der allgemeine Beitragssatz von 14,6 %. Der Rentenversicherungsträger und der Rentner tragen jeweils 7,3 %. Den kassenindividuellen Zusatzbeitrag wird von der Rentenversicherung und dem Rentner je zur Hälfte gezahlt.

Wer familienversichert ist, zahlt keine Beiträge.

Leistungen

Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können die Versicherten vielfältige Leistungen in Anspruch nehmen – von der Gesundheitsförderung über Leistungen bei Krankheit bis hin zur Familienplanung.

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen

- → zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch,
- → zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten,

→ zur Behandlung einer Krankheit,
→ bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
→ zur Teilhabe durch die Leistungsform eines Persönlichen Budgets.

Elektronische Gesundheitskarte

Die eGk ist mit einem Lichtbild des Versicherten versehen.

Mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGk) und den darauf gespeicherten Daten wird die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) nachgewiesen sowie die Abrechnung mit den Leistungserbringern ermöglicht.

Versicherte, die ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung ihre eGk zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen.

Die Krankenkassen stellen den Versicherten ergänzend zur eGk auf Verlangen eine sichere digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung, die die Bereitstellung von Daten ermöglicht. Ab 1. 1. 2027 soll die digitale Identität – in gleicher Weise wie die eGk – zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis dienen.

Die folgenden Daten müssen insbesondere auf der eGk gespeichert sein:

Auf ihr können auch Angaben zu Wahltarifen und zu zusätzlichen Vertragsverhältnissen gespeichert sein.

→ die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte wohnt,
→ der Familienname und der Vorname des Versicherten,
→ das Geburtsdatum des Versicherten,
→ das Geschlecht des Versicherten,
→ die Anschrift des Versicherten,
→ die Krankenversichertennummer des Versicherten,
→ der Zuzahlungsstatus des Versicherten,
→ der Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
→ bei befristeter Gültigkeit das Datum des Fristablaufs.

Lesen Sie dazu bitte auch Seite 243.

Die eGk muss technisch geeignet sein, die Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur barrierefrei zu ermöglichen, die Anwendungen der Telematikinfrastruktur zu unterstützen und die Speicherung von Daten zu ermöglichen.

Telematikinfrastruktur

Die Telematikinfrastruktur ist das zentrale Kommunikationssystem für die Akteure des Gesundheitswesens sowie der Rehabilitation und Pflege. In einem geschlossenen, digitalen Netzwerk können auf diesem Wege alle Leistungserbringer kommunizieren und mit Zustimmung des Patienten Informationen über seinen Gesundheitszustand und die Behandlungen teilen.

Anwendungsbereiche sind insbesondere:

- → die elektronische Patientenakte,
- → Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende,
- → Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen,
- → der Medikationsplan einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (elektronischer Medikationsplan),
- → medizinische Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind (elektronische Notfalldaten),
- → elektronische Verordnungen,
- → die elektronische Patientenkurzakte,
- → die elektronische Rechnung.

Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

Die Krankenkasse soll Leistungen anbieten, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bringen. Diese Leistungen heißen Leistungen zur primären Prävention. Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, werden von den Krankenkassen und ihren Verbänden gefördert. Die Förderung kann durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen. Die Krankenkassen erbringen zudem Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung).

Zahnerkrankungen

Zur Verhütung von Zahnerkrankungen fördern die Krankenkassen gemeinsam mit Zahnärzten und den Ländern Maßnahmen für versicherte Kinder, die nicht älter als zwölf Jahre sind. Kinder, die älter als sechs Jahre, und Jugendliche, die noch nicht 18 Jahre alt sind, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen in jedem Halbjahr einmal zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Prävention soll vorrangig in Kindergärten und Schulen durchgeführt werden.

Vorsorgeleistungen

Vorsorgeleistungen sind hauptsächlich die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.

Auf medizinische Vorsorgeleistungen haben Versicherte einen Anspruch, wenn diese notwendig sind, um

- → eine Schwächung der Gesundheit, die voraussichtlich zu einer Krankheit führen wird, zu beseitigen,
- → einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- → Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- → Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Anspruch besteht auch auf Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung (Vater- und Mutter-Kind-Kuren), die aus medizinischen Gründen erforderlich sind.

Versicherte haben Anspruch auf Schutzimpfungen. Ausgenommen sind Schutzimpfungen, die wegen eines Auslandsaufenthalts mit erhöhtem Gesundheitsrisiko erforderlich sind.

Reichen die Leistungen nicht aus, erbringt die Krankenkasse erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten. Hier übernimmt die Krankenkasse die Kosten für die medizinischen Leistungen. Für die übrigen Kosten kann sie einen Zuschuss in Höhe von bis zu 16 Euro zahlen. Darüber hinaus erbringt die Krankenkasse Behandlungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer Versorgungseinrichtung.

Empfängnisregelung

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Dazu gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Sie haben ebenso Anspruch auf Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt. Die Leistungen bestehen insbesondere in der ärztlichen Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, der ärztlichen Untersuchung und Begutachtung, der ärztlichen Behandlung, der Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie auf Krankenhausbehandlung.

Bis zum 22. Lebensjahr besteht Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln.

Früherkennung von Krankheiten

Abhängig vom Geschlecht und Alter bestehen folgende Ansprüche auf Untersuchungen zur Früherkennung:

- → vom 18. bis zum Ende des 34. Lebensjahres (Frauen und Männer): einmalige Untersuchung zur Früherkennung von

Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Störungen des Stoffwechsels wie Diabetes oder andere Krankheiten,

→ ab 35 Jahren (Frauen und Männer): alle drei Jahre ein allgemeiner Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten,

→ ab 35 Jahren (Frauen und Männer): alle zwei Jahre ein Hautkrebs-Screening (Früherkennung),

Ein Packungsjahr entspricht dem Rauchen einer Packung Zigaretten (20 Stück) pro Tag über ein Jahr hinweg.

→ ab 50 Jahren bis höchstens 75 Jahren (Frauen und Männer) mit starkem Zigarettenkonsum (Dauer mindestens 25 Jahre und mindestens 15 Packungsjahre): Untersuchung der Lunge mittels Niedrigdosis-Computertomographie zur Lungenkrebsfrüherkennung,

→ ab 20 Jahren (Frauen): einmal pro Jahr eine gynäkologische Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,

Chlamydien sind Bakterien, die vor allem Entzündungen der Harnröhre, des Genitaltrakts und des Enddarms verursachen.

→ bis 25 Jahre (Frauen): jährlicher Test auf eine Infektion mit Chlamydien,

→ ab 30 Jahren (Frauen): zusätzlich zur Krebsvorsorge eine jährliche Brust- und Hautuntersuchung,

→ von 20 bis 34 Jahren (Frauen): einmal jährlich Untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs und seine Vorstufen,

Humane Papilloma-Viren (HPV) sind maßgeblich an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs und Analkrebs beteiligt.

→ ab 35 Jahren (Frauen): alle drei Jahre einen Test auf humane Papillomviren (HPV),

→ ab 35 Jahren (Frauen): alle drei Jahre ein kombiniertes Screening aus zytologischer Untersuchung und HPV-Test,

→ ab mindestens 45 und höchstens 75 Jahren (Frauen): bei denen die letzte Röntgenuntersuchung der Brust im Rahmen der Früherkennung mindestens 22 Monate und außerhalb der Früherkennung mindestens zwölf Monate zurückliegt,

→ ab 50 Jahren (Frauen): Früherkennung von Darmkrebs – und zwar als jährlicher Test auf verborgenes Blut im Stuhl,

→ ab 55 Jahren (Frauen): Früherkennung von Darmkrebs – und zwar wahlweise alle zwei Jahre als Test auf verborgenes Blut im Stuhl oder durch zwei Darmspiegelungen im Mindestabstand von zehn Jahren,

→ ab 45 Jahren (Männer): jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Genitalien und Prostata,

→ von 50 bis 54 Jahren (Männer): zur Früherkennung von Darmkrebs jährlicher Test auf verborgenes Blut im Stuhl oder ab 50 Jahren zwei Darmspiegelungen im Mindestabstand von zehn Jahren,

Ein Aneurysma ist eine krankhafte Gefäßerweiterung.

→ ab 65 Jahren (Männer): einmaliger Anspruch auf eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchschlagader.

Die Eltern erhalten nach der Geburt ein Untersuchungsheft, in dem alle wichtigen Untersuchungen aufgelistet sind.

Für Kinder und Jugendliche sind von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr eine Reihe von Untersuchen zur Früherkennung und Vorsorge vorgesehen. Dazu zählen:

- → zehn Untersuchungen in den ersten sechs Lebensjahren, in denen Sinnes-, Atmungs- und Verdauungsorgane, Skelett und Muskulatur und angeborene Stoffwechselstörungen untersucht sowie mögliche Entwicklungs- und Verhaltensstörungen festgestellt werden können,
- → Regelimpfungen – zum Beispiel gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln,
- → für Jugendliche im Alter zwischen 12 und 15 Jahren eine weitere Untersuchung zur Kontrolle der körperlichen Verfassung und seelischen Entwicklung,
- → Kosten der Schutzimpfung gegen Krebs des Gebärmutterhalses (HPV-Impfung) für Jungen und Mädchen im Alter von neun bis 14 Jahren nach einer ärztlichen Beratung.

Jugendliche, die älter als 14 Jahre sind, können die Impfungen noch bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nachholen.

Leistungen bei Krankheit

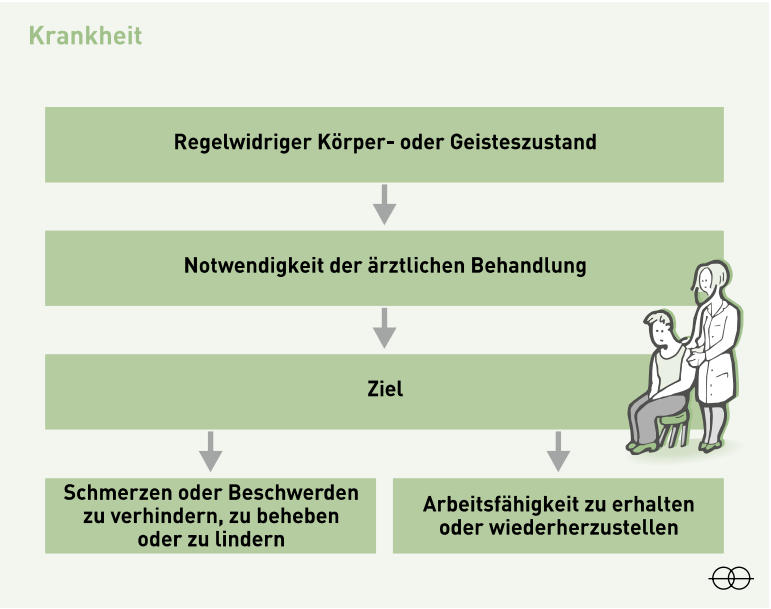
Die Leistungen bei Krankheit sind Krankenbehandlung und Krankengeld.

Krankenbehandlung

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.Die Krankenbehandlung umfasst

- → ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- → zahnärztliche Behandlung,
- → Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- → Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie mit digitalen Gesundheitsanwendungen,
- → häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege und Haushaltshilfe,
- → Krankenhausbehandlung,
- → Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Zur ärztlichen Behandlung gehört die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Dazu gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.



Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Dazu gehören auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden.

Für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz – einschließlich der Zahnkronen – haben Versicherte einen Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse der Krankenkasse. Diese Zuschüsse umfassen 60 % der jeweiligen Regelversorgung.

Eigene Bemühungen um die Gesunderhaltung der Zähne werden besonders honoriert: die Festzuschüsse betragen dann 70 %. Die Erhöhung kann aber auch entfallen, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und während der letzten fünf Jahre keine regelmäßige zahnärztliche Behandlung oder Untersuchung stattgefunden hat.

Die Festzuschüsse erhöhen sich auf 75 %, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Eine Unterbrechung im Jahr 2020 ist ausnahmsweise unschädlich.

Die Erhöhung der Festzuschüsse auf 75 % ist auch in begründeten Ausnahmefällen möglich.

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen und verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Medikamente) sowie auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Für Arznei- oder Verbandmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages.

Für andere Arznei- oder Verbandmittel werden die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung, übernommen.

Für Heil- und Hilfsmittel übernimmt die Krankenkasse die Kosten, soweit die Mittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind oder die Kostenübernahme allgemein ausgeschlossen worden ist.

Ein Anspruch besteht auch auf Versorgung mit Heilmitteln, die telemedizinisch erbracht werden.

Als Heilmittel gelten insbesondere einzelne Maßnahmen der Physiotherapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie sowie die Ernährungstherapie.

Um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln. Das sind unter anderem:

- → Blindenhilfsmittel,
- → Einlagen und Inkontinenzhilfen,
- → Inhalations- und Atemtherapiegeräte,
- → Arm- und Beinprothesen,
- → Sitz-, Geh- und Stehhilfen,
- → Therapeutische Bewegungsgeräte,
- → Toilettenhilfen,
- → Haarersatz,
- → Augenprothesen,
- → Brustprothesen.

Zur Krankenbehandlung gehört auch die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger und höherer Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).

Lesen Sie dazu bitte auch Seite 58.

Die Krankenkasse kann auch die Kosten für die erforderliche Grundpflege sowie für die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen.

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, aber nicht durchgeführt werden kann, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Die Leistungen können nur beansprucht werden, wenn weder der Versicherte noch eine andere im Haushalt lebende Person die notwendigen Pflegemaßnahmen leisten kann. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst dies für erforderlich hält.

Zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

Reichen die Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht aus, übernimmt die Krankenkasse für eine Übergangszeit von maximal acht Wochen die Kosten (bis zu 3.539 Euro je Kalenderjahr) für die erforderliche Kurzzeitpflege, wenn eine Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nicht festgestellt worden ist.

Ein besonders hoher Bedarf liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist.

Besteht ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, haben Versicherte Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts.

Haushaltshilfe erhalten Versicherte, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen einer Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege oder wegen Leistungen zur Rehabilitation nicht möglich ist. Voraussetzung ist, dass in dem Haushalt ein Kind lebt, das noch nicht zwölf Jahre alt oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante ärztliche Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Es ist eine vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Behandlung möglich. Zur Krankenhausbehandlung gehören alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Patienten notwendig sind. Dazu gehören insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,

Unterkunft und Verpflegung. Die Krankenhausbehandlung kann sowohl vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär als auch ambulant erfolgen.

Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, haben Versicherte Anspruch auf Übergangspflege in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder an einem anderen Standort eines Krankenhauses. Die Übergangspflege umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.

Ein Anspruch auf Übergangspflege besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Diese umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Sie zielt darauf ab, die Betreuung der Versichterten in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Hier sind auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation möglich.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden ambulant und stationär in anerkannten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Stationäre Leistungen sind nur zu erbringen, wenn eine ambulante Leistung nicht ausreicht.

Versicherte haben in jedem Kalenderjahr nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze in Höhe von 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von der Zuzahlung befreit.

Ausnahmen sind möglich.

Überblick über die Höhe der Zuzahlungen:

- → Arznei- und Verbandmittel: 10 % der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro (nicht mehr als die Kosten des Mittels),
- → Fahrkosten (zum Beispiel Rettungsfahrten ins Krankenhaus): pro Fahrt 10 % der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro (nicht mehr als die Kosten der Fahrt),
- → häusliche Krankenpflege sowie außerklinische lntensivpflege: 10 % der Kosten für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr und 10 Euro je Verordnung,
- → Haushaltshilfe: 10 % der Kosten je Kalendertag, mindestens 5 Euro höchstens 10 Euro (tatsächliche Kosten),
- → Heilmittel (zum Beispiel Krankengymnastik): 10 % der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung,
- → Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstühle): 10 % der Kosten, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro (nicht mehr als die Kosten des Mittels),
- → Krankenhausaufenthalt und außerklinische lntensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen: 10 Euro pro Kalendertag (maximal 28 Tage im Kalenderjahr),
- → Medizinische Rehabilitation (ambulant und stationär): 10 Euro pro Kalendertag (im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für maximal 28 Tage im Kalenderjahr).

Krankengeld

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Familienversicherte haben keinen Anspruch auf Krankengeld.

2026 können für jedes Kind 15 Arbeitstage, von Alleinerziehenden längstens 30 Arbeitstage, beansprucht werden. Pro Versicherten dürfen es aber nicht mehr als 35 Arbeitstage, für Alleinerziehende 70 Arbeitstage sein.

Krankengeld erhalten auch Versicherte, die wegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben müssen. Außerdem ist es erforderlich, dass keine andere im Haushalt lebende Person das Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind nicht älter als zwölf Jahre ist. Krankengeld wird für jedes Kind je Kalenderjahr für längstens zehn Tage, an Alleinerziehende 20 Tage gezahlt.

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Begleitung eines Versicherten bei einer stationären Krankenhausbehandlung mitaufgenommen werden und ihnen durch die Begleitung ein Verdienstausfall entsteht. Die Begleitung muss aus medizinischen Gründen notwendig sein.

Bei der stationären Behandlung eines versicherten Kindes, das das neunte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird die Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen unwiderlegbar vermutet.

Die Begleitperson muss ein naher Angehörigen oder eine Person aus dem engsten persönlichen Umfeld der stationär zu behandelnden Person sein. Bei der stationär zu behandelnde Person muss es sich um einen Menschen mit Behinderung handeln, der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung oder Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen erhält und keine Leistungen für die Begleitung und Befähigung durch vertraute Bezugspersonen zur Sicherstellung der Durchführung der Behandlung in Anspruch nimmt.

Die Höhe des Krankengeldes richtet sich nach dem zuletzt regelmäßig erzielten Arbeitsentgelt vor der Arbeitsunfähigkeit, dem Regelentgelt. Es beträgt 70 % dieses Betrages. Das Krankengeld darf 90 % des letzten pauschalierten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen.

Das Krankengeld wird ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit kann es jedoch nur für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren gezahlt werden. Krankengeld kann nicht gezahlt werden, wenn Versicherte unter anderem beitragspflichtiges Arbeitsentgelt erhalten oder Übergangsgeld, Mutterschaftsgeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld beziehen.

Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für eine Regelaltersrente der gesetzlichen Rentenversicherung kann ihnen die Krankenkasse eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung stellen müssen.

Der Anspruch auf Krankengeld ist ausgeschlossen, wenn Versicherte eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, eine Vollrente wegen Alters oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen beziehen. Bekommen die Versicherten nur eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder eine Teilrente wegen Alters, wird das Krankengeld um den Zahlbetrag dieser Leistung gekürzt.

Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht notwendige Maßnahme – wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing – zugezogen, beteiligt die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten. Für die Dauer dieser Behandlung wird das Krankengeld ganz oder teilweise versagt oder zurückgefordert.

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

- → ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
- → Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln und digitale Gesundheitsanwendungen,

→ Entbindung,
→ häusliche Pflege,
→ Haushaltshilfe und
→ Mutterschaftsgeld.

Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Bei Früh- und Mehrlingsgeburten beträgt die Mutterschutzfrist zwölf Wochen. Bei Fehlgeburten gelten gestaffelte Schutzfristen.

Gesetzlich versicherte Frauen erhalten während der Mutterschutzfrist von ihrer Krankenkasse Mutterschaftsgeld. Die Mutterschutzfrist umfasst die Zeit von sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung. Voraussetzung ist, dass die Frau bei Beginn der Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis steht oder in Heimarbeit beschäftigt ist oder ihr Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft zulässig aufgelöst wurde.

Als Mutterschaftsgeld wird das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist gezahlt (durchschnittliches Nettoarbeitsentgelt). Das Mutterschaftsgeld beträgt höchstens 13 Euro je Kalendertag. Übersteigt das durchschnittliche Nettoarbeitsentgelt 13 Euro je Kalendertag, muss der Arbeitgeber einen Zuschuss in Höhe des Unterschiedsbetrags zwischen dem Mutterschaftsgeld und dem um die gesetzlichen Abzüge verminderten durchschnittlichen kalendertäglichen Arbeitsentgelt zahlen.

Andere gesetzlich versicherte Frauen (zum Beispiel Arbeitslosengeldempfängerinnen oder Selbständige mit einer Krankengeldversicherung) erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes.

Sowohl das Mutterschaftsgeld als auch der Arbeitgeberzuschuss sind sozialversicherungs- und steuerfrei, die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenkasse bleibt aber bestehen.

Frauen, die nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind, erhalten während der Schutzfristen und für den Entbindungstag Mutterschaftsgeld, wenn sie bei Beginn der Schutzfrist in einem Arbeitsverhältnis stehen (zum Beispiel Minijob) oder in Heimarbeit beschäftigt sind. Das sind insgesamt höchstens 210 Euro. Das Mutterschaftsgeld wird diesen Frauen auf Antrag vom Bundesamt für Soziale Sicherheit gezahlt.

Die Kosten hierfür trägt der Bund.

Merke:

Die Leistungen der Krankenversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Die wichtigsten Leistungen sind die bei Krankheit sowie bei Schwanger- und Mutterschaft.

Bei Krankheit haben die Versicherten Anspruch auf Krankenbehandlung, das heißt, auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung, auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, auf Krankenhausbehandlung oder auf Leistungen zur Rehabilitation.

Bei Schwangerschaft und Mutterschaft besteht ein Anspruch auf ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege und Haushaltshilfe sowie auf Mutterschaftsgeld.

Versicherungsträger

Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Es gibt folgende Kassenarten:
- → Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK),
- → Betriebskrankenkassen (BKK),
- → Innungskrankenkassen (IKK),
- → SVFLG, Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),
- → Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung (KBS) und
- → Ersatzkassen (EK).

Lesen Sie hierzu auch das Kapitel „Selbstverwaltung“ ab Seite 17.

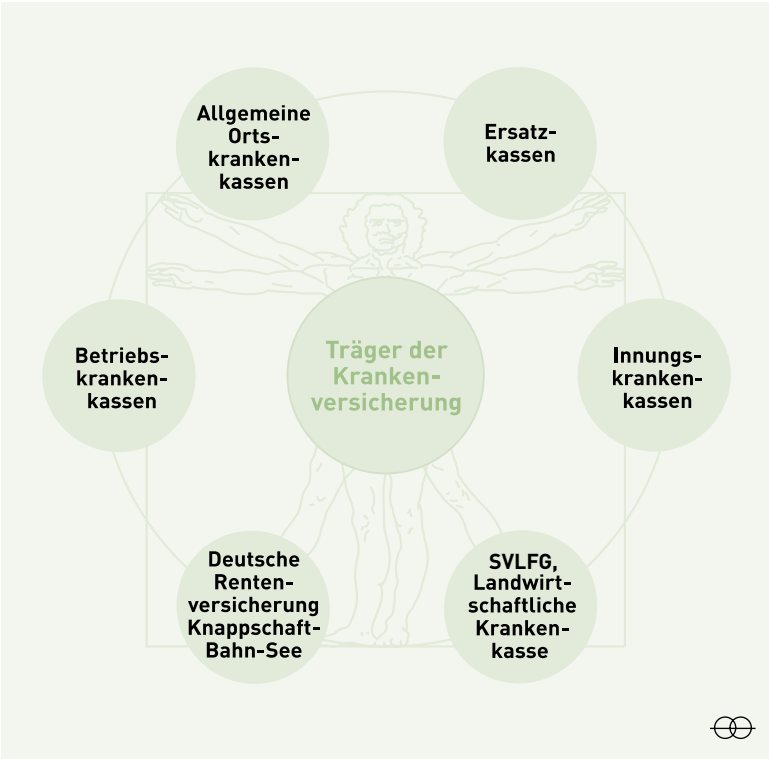
Organe

Organe der Selbstverwaltung sind bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie den Ersatzkassen der Verwaltungsrat und der hauptamtliche Vorstand.

Bei den übrigen Krankenversicherungsträgern sind Organe der Selbstverwaltung die Vertreterversammlung und der Vorstand.

Arten der Krankenkassen

Ortskrankenkassen bestehen für abgegrenzte Regionen. Die Regierung eines Bundeslandes kann die Abgrenzung der Regionen regeln und einzelne oder alle Ortskrankenkassen des



Bundeslandes vereinigen. Solche Entscheidungen der Landesregierung werden durch Rechtsverordnung getroffen. Bundesländer können durch Staatsvertrag auch vereinbaren, dass sich die Region, für die die Ortskrankenkasse zuständig ist, über mehrere Länder erstreckt.

Die Errichtung der Betriebskrankenkasse bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Arbeitgeber hat dem Antrag eine Satzung beizufügen.

Betriebskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch Arbeitgeber für einen oder mehrere Betriebe errichtet wurden. Eine Errichtung ist möglich, wenn in diesen Betrieben regelmäßig mindestens 5 000 Versicherungspflichtige beschäftigt werden und die Leistungsfähigkeit der Betriebskrankenkasse auf Dauer gesichert ist. Die Zuständigkeit einer Betriebskrankenkasse, kann auf Antrag des Arbeitgebers auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers ausgedehnt werden, wenn in der Satzung der Betriebskrankenkasse kein Wahlrecht für alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten vorgesehen ist.

Lesen Sie zu Thema Wahlrecht auch Seite 177.

Über die Anträge entscheidet die Aufsichtsbehörde.

Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, ein Betrieb auf einen anderen Arbeitgeber über, kann jeder beteiligte Arbeitgeber das Ausscheiden des übergegangenen Betriebes aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen.

Innungskrankenkassen sind Krankenkassen, die durch eine Handwerksinnung allein oder gemeinsam mit anderen Handwerksinnungen für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder, die in die Handwerksrolle eingetragen sind, errichtet wurden.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist auch Träger der Krankenversicherung. Für diesen Bereich gelten die allgemeinen Regeln der Krankenversicherung.

Für die Krankenversicherung der Landwirte ist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) mit Hauptsitz in Kassel und den Geschäftsstellen und Standorten in den jeweiligen Regionen zuständig. Die Durchführung erfolgt dabei unter Beachtung der besonderen Vorschriften der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Die SVLFG führt in diesen Angelegenheiten die Bezeichnung Landwirtschaftliche Krankenkasse.

Ersatzkassen sind am 31. 12. 1992 bestehende Krankenkassen, bei denen Versicherte die Mitgliedschaft bis zum 31. 12. 1995 durch Ausübung des Wahlrechts erlangen konnten. Der Zuständigkeitsbereich von Ersatzkrankenkassen erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet.

Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen können sich auf Beschluss ihrer Verwaltungsräte vereinigen.

Der Beschluss bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörden.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann auf Antrag einer bundesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einzelne Krankenkassen dieser Kassenart nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen erhöht werden kann und eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

Die Regierung eines Bundeslandes kann auf Antrag einer landesunmittelbaren Krankenkasse durch Rechtsverordnung einzelne oder alle Krankenkassen dieser Kassenart des Landes nach Anhörung der betroffenen Krankenkassen vereinigen, wenn durch die Vereinigung die Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenkassen erhöht werden kann und eine freiwillige Vereinigung innerhalb von zwölf Monaten nach Antragstellung nicht zustande gekommen ist.

Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Die Krankenkassen bilden einen Spitzenverband mit der Bezeichnung „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“.

Wahlrecht

Für die Mitgliedschaft bei den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie den Ersatzkassen gibt es ein Wahlrecht.

Die Versicherungspflichtigen und die Versicherungsberechtigten können wählen:

- → die Ortskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts,
- → jede Ersatzkasse,
- → die Betriebskrankenkasse, wenn sie in dem Betrieb beschäftigt sind, für den die Betriebskrankenkasse besteht,
- → jede Betriebs- oder Innungskrankenkasse des Beschäftigungs- oder Wohnorts, wenn die Satzung der Kasse vorsieht, dass sie durch alle Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten gewählt werden kann,
- → die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
- → die Krankenkasse, bei der zuletzt eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bestanden hat und
- → die Krankenkasse, bei der der Ehepartner versichert ist.

Das Wahlrecht kann nach Vollendung des 15. Lebensjahres ausgeübt werden.

Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber der gewählten Krankenkasse zu erklären. Diese darf die Mitgliedschaft nicht ablehnen oder die Erklärung durch falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren.

Versicherungspflichtige haben dem Arbeitgeber oder den sonstigen zur Meldung verpflichteten Stellen unverzüglich Angaben über die gewählte Krankenkasse zu machen. Hat der Versicherungspflichtige nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht entsprechende Angaben gemacht, hat der Arbeitgeber oder die sonstige Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer Krankenkasse anzumelden.

Kündigung

Der Versicherte ist bei Ausübung des Wahlrechts für 12 Monate an die gewählte Krankenkasse gebunden. Nach Ablauf dieser Zeit kann er jederzeit seine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse kündigen. Er bleibt aber bis zum Ablauf des zweiten Kalendermonats nach dem Monat der Kündigung Mitglied.

Hat vor der Ausübung des Wahlrechts zuletzt eine Mitgliedschaft bei einer anderen Krankenkasse bestanden, informiert die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich über die Wahlentscheidung des Mitgliedes. Die bisherige Krankenkasse bestätigt der

gewählten Krankenkasse im elektronischen Meldeverfahren unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Meldung, das Ende der Mitgliedschaft.

Die Krankenkassen müssen ihre Mitglieder auf ihr Sonderkündigungsrecht, die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes sowie auf die Übersicht der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen hinweisen.

Erhebt die Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie diesen, besteht für jedes Mitglied ein Sonderkündigungsrecht. Die Bindungsfrist von 12 Monaten gilt in diesen Fällen nicht. Die Kündigung muss bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt oder ihn erhöht. Sie wird zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats wirksam. Bis dahin zahlt das Mitglied den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag und kann erst dann in eine andere Krankenkasse wechseln.

In Härtefällen kann es ein Sonderkündigungsrecht geben.

Hat sich das Mitglied für einen Wahltarif entschieden, ist gegebenenfalls eine Mindestbindungsfrist zu beachten. Sie beträgt für Beitragsrückerstattungs- sowie Kostenerstattungstarife ein Jahr und für Selbstbehalttarife sowie den Krankengeldtarif für Selbstständige drei Jahre. Für Wahltarife die besondere Versorgungsformen beinhalten (integrierte Versorgung, Hausarzttarif, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten sowie integrierte Versorgung) gibt es keine Mindestbindungsfrist.

Merke:

Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen.
Es gibt folgende Kassen:
- Allgemeine Ortskrankenkassen,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- SVFLG, Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und
- Ersatzkassen.

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung können zwischen den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sowie den Ersatzkassen wählen. Die gewählte Krankenkasse kann die Mitgliedschaft nicht ausschließen. Der Versicherte ist für 12 Monate an die gewählte Krankenkasse gebunden. Danach kann er jederzeit die Mitgliedschaft zum Ablauf des zweiten Kalendermonats kündigen und eine neue Kasse wählen.

Unfallversicherung

Aufgabe der Unfallversicherung ist es,

- **→ mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu vermeiden,**
- **→ bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen sowie die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.**

Diese Aufgaben lassen sich gliedern in

- **→ Prävention,**
- **→ Rehabilitation und**
- **→ Entschädigung durch Geldleistungen.**

Die gesetzliche Grundlage ist seit dem 1. 1. 1997 das Siebte Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB VII.

Versicherte Personen

Bei den Versicherten der Unfallversicherung wird unterschieden in Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte.

Pflichtversicherte

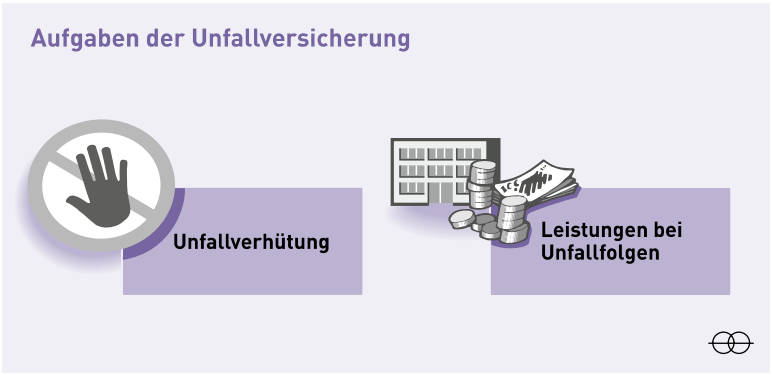
Pflichtversicherter wird man ohne Rücksicht auf den eigenen Willen oder den des Arbeitgebers.

Die Pflichtversicherung ist eine Zwangsversicherung; sie kann weder schriftlich noch durch mündliche Absprache zwischen den Beteiligten ausgeschlossen werden.

Pflichtversichert sind im Wesentlichen

- → Beschäftigte und Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung,
- → behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten, in anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
- → landwirtschaftliche Unternehmer und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner und Familienangehörige,
- → Hausgewerbetreibende und Zwischenmeister sowie ihre mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner,
- → selbständig tätige Küstenschiffer und Küstenfischer sowie ihre mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner,
- → Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen,
- → Schüler während des Besuchs von allgemein- oder berufsbildenden Schulen,
- → Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen,
- → Personen, die im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege, bei Unglücksfällen oder Zivilschutz ehrenamtlich tätig sind,
- → Personen, die bei Unglücksfällen oder allgemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten oder einen anderen aus erheblicher gegenwärtiger Gefahr für seine Gesundheit retten oder Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden,
- → Pflegepersonen bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung.

Die Satzung der Träger der Unfallversicherung kann außerdem die Versicherungspflicht auf Unternehmer (Arbeitgeber) und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner erstrecken.



Von der Versicherungspflicht ausgenommen
sind Personen, die anderweitig gegen Arbeitsunfälle oder bei Berufskrankheiten geschützt sind, zum Beispiel Beamte, Richter, Berufssoldaten sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Mitglieder ähnlicher Gemeinschaften. Diese Personen sind versicherungsfrei.

Freiwillig Versicherte

Ein freiwilliges Versicherungsverhältnis ist – im Gegensatz zur Pflichtversicherung – weitgehend vom eigenen Willen abhängig.

Der Unfallversicherung freiwillig beitreten können
- → Unternehmer, die nicht kraft Gesetzes oder Satzung versicherungspflichtig sind, und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehe- oder Lebenspartner sowie
- → Personen, die in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften wie Unternehmer selbständig tätig sind.

Die freiwillige Versicherung muss schriftlich oder elektronisch beantragt werden. Sie erlischt, wenn ein Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach Fälligkeit gezahlt wird.

Merke:

Die Aufgaben der Unfallversicherung gliedern sich in Prävention, Rehabilitation und Entschädigung durch Geldleistungen.

Die Unfallversicherung kennt sowohl Pflichtversicherte als auch freiwillig Versicherte.

Finanzierung

Beitragspflichtig sind in der Unfallversicherung nur die Unternehmer. Ihre Beiträge sind die einzige Finanzierungsgrundlage. Die Finanzierung durch die Arbeitgeber ersetzt die individuelle Unternehmerhaftpflicht.

Bis zur Bescheiderteilung können die Unfallversicherungsträger Vorschüsse erheben.

Die Beiträge werden nach Ablauf eines Kalenderjahres im Wege der Umlage festgesetzt. Jeder Unternehmer erhält dazu einen Bescheid über die von ihm zu zahlenden Beiträge. Die Umlage muss den Bedarf des abgelaufenen Kalenderjahres einschließlich der zur Ansammlung der Rücklage nötigen Beträge decken. Darüber hinaus dürfen Beiträge nur für die Betriebsmittel erhoben werden.

Berechnungsgrundlage für die Beiträge sind der Finanzbedarf (Umlagesoll), die Arbeitsentgelte der Versicherten und die Gefahrenklassen.

Die Gefahrenklassen sind in einem Gefahrentarif zusammengestellt. Er wird von den Unfallversicherungsträgern mit einer Geltungsdauer von höchstens sechs Kalenderjahren erlassen und bedarf der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Die Gefahrenklassen berücksichtigen den unterschiedlichen Grad der Unfallgefahren in den einzelnen Gewerbezweigen.

Zu den Beiträgen können Zuschläge erhoben oder Nachlässe gegeben werden. Die Höhe der Zuschläge und Nachlässe richtet sich nach der Zahl, der Schwere und den Aufwendungen für die Arbeitsunfälle. Auch Prämien bei besonders wirkungsvollen Maßnahmen zur Verhütung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind möglich.

Merke:

Die Finanzierung der Unfallversicherung hat nur eine Grundlage: die Beiträge der Unternehmer. Die Beiträge werden im Wege der Umlage erhoben.

Berechnungsgrundlage sind der Finanzbedarf des abgelaufenen Kalenderjahres, die Arbeitsentgelte und die Gefahrenklassen. Die Gefahrenklassen berücksichtigen die unterschiedlichen Unfallgefahren in den Gewerbezweigen.

Prävention

Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.

Erlass von Unfallverhütungsvorschriften

Die Unfallversicherungsträger können unter Mitwirkung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. Unfallverhütungsvorschriften erlassen. Die Vorschriften bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Entscheidung hierüber wird im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder getroffen.

Sie enthalten im Wesentlichen Regelungen über

→ Einrichtungen, Anordnungen und Maßnahmen, welche die Unternehmer zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu treffen haben,

- → das Verhalten der Versicherten zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren,
- → vom Unternehmer zu veranlassende arbeitsmedizinische Untersuchungen und Maßnahmen sowie
- → die Sicherstellung einer wirksamen Ersten Hilfe durch den Unternehmer.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. unterstützt die Unfallversicherungsträger bei der Erfüllung ihrer Präventionsaufgaben.

Überwachung und Beratung

Die Unfallversicherungsträger überwachen die Durchführung der Maßnahmen zur Unfallverhütung und beraten die Unternehmer und die Versicherten. Sie können entsprechende Maßnahmen anordnen.

Die Prüfungsordnung erlässt der Unfallversicherungsträger.

Für die Überwachung und Beratung werden Aufsichtspersonen eingesetzt. Sie müssen ihre Befähigung für diese Tätigkeit durch eine Prüfung nachweisen.

Die Aufsichtspersonen sind befugt, Grundstücke und Betriebsstätten zu betreten und zu besichtigen, Arbeitsmittel und persönliche Schutzausrüstungen zu prüfen sowie Arbeitsverfahren und -abläufe zu untersuchen. Sie sind berechtigt, bei Gefahr im Verzug sofort vollziehbare Anordnungen zur Abwendung von arbeitsbedingten Gefahren zu treffen.

Sicherheitsbeauftragte

In Unternehmen mit regelmäßig mehr als 20 Beschäftigten hat der Unternehmer Sicherheitsbeauftragte zu bestellen. In Unternehmen mit besonderen Gefahren für Leben und Gesundheit kann der Unfallversicherungsträger anordnen, dass auch bei einer geringeren Zahl der Beschäftigten Sicherheitsbeauftragte bestellt werden. Der Betriebs- oder Personalrat ist dabei zu beteiligen.

Die Sicherheitsbeauftragten haben den Unternehmer bei der Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu unterstützen. Sie haben sich von dem Vorhandensein und der Benutzung der vorgeschriebenen Schutzeinrichtungen und persönlichen Schutzausrüstungen zu überzeugen. Auf besondere Unfall- und Gesundheitsgefahren haben sie aufmerksam zu machen.

Merke:

Die Unfallversicherungsträger haben für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu sorgen. Sie erlassen dazu Unfallverhütungsvorschriften. Die Durchführung der Maßnahmen zur Unfallverhütung wird von Aufsichtspersonen überwacht.

In Unternehmen mit mehr als 20 Beschäftigten sind von dem Unternehmer Sicherheitsbeauftragte zu bestellen.

Leistungen

Leistungen der Unfallversicherung erhalten Versicherte und ihre Hinterbliebenen nach Eintritt eines Versicherungsfalls. Die wichtigsten Leistungen sind Heilbehandlungen und Renten.

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Ein verbotswidriges Handeln schließt einen Versicherungsfall nicht aus. Personen, die den Tod von Versicherten vorsätzlich herbeigeführt haben, haben keinen Anspruch auf Leistungen. Ist der Versicherungsfall bei einer von dem Versicherten begangenen Handlung eingetreten, die nach dem Strafrecht ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist, können die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden.

Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten während einer versicherten Tätigkeit. Das ist hauptsächlich die Tätigkeit, die den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung begründet.

Als versicherte Tätigkeit ist auch das Zurücklegen des Weges von der Wohnung zum Ort der Tätigkeit und zurück anzusehen. Damit sind Unfälle auf diesem Weg Arbeitsunfälle. Dies gilt jedoch nur für den unmittelbaren, also den kürzesten Weg zwischen der Wohnung und dem Tätigkeitsort. Umwege sind unschädlich, wenn sie wegen der Unterbringung eigener Kinder während der beruflichen Tätigkeit oder wegen der gemeinsamen Nutzung von Kraftfahrzeugen zusammen mit anderen Berufstätigen erforderlich sind.

Wird die versicherte Tätigkeit im Haushalt der Versicherten oder an einem anderen Ort ausgeübt, besteht Versicherungsschutz in gleichem Umfang wie bei Ausübung der Tätigkeit auf der Unternehmensstätte.

Auf das Verkehrsmittel, das der Versicherte für den Weg von seiner Wohnung zum Tätigkeitsort benutzt, kommt es nicht an. Geschützt sind damit auch Unfälle mit dem eigenen Auto. Dabei ist es unerheblich, ob der Versicherte den Unfall verschuldet hat. Ausgenommen sind jedoch Unfälle, die durch Trunkenheit verursacht wurden.

Arbeitsunfälle sind auch Unfälle bei dem Verwahren, Befördern, Instandhalten und Erneuern von Arbeitsgeräten oder Schutzausrüstungen.

Berufskrankheiten

Krankheiten der Versicherten können nur dann als Berufskrankheiten anerkannt werden, wenn sie durch Rechtsverordnung der Bundesregierung auch als Berufskrankheit bezeichnet worden sind.

Als Berufskrankheiten werden solche Krankheiten bezeichnet, die nach Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. In der Rechtsverordnung kann festgelegt werden, dass die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind.

Die Erkrankung muss auf der schädigenden Einwirkung beruhen. Dies wird immer dann angenommen, wenn der Versicherte nach den Bedingungen seines Arbeitsplatzes der Erkrankungsgefahr in erhöhtem Maße ausgesetzt war und sich keine Anhaltspunkte für eine andere Ursache ergeben.

Feststellung der Leistungen

Die Unternehmer haben Unfälle von Versicherten in ihren Unternehmen dem Unfallversicherungsträger anzuzeigen, wenn Versicherte getötet oder so verletzt sind, dass sie mehr als drei Tage arbeitsunfähig werden. Haben Unternehmer Anhaltspunkte, dass bei Versicherten ihrer Unternehmen eine Berufskrankheit vorliegen könnte, haben sie dies ebenfalls dem Unfallversicherungsträger anzuzeigen.

Die Anzeige ist innerhalb von drei Tagen zu erstatten.

Die Meldungen lösen bei dem Unfallversicherungsträger ein Verfahren aus, in dem Art und Schwere der Schädigung festgestellt und gleichzeitig darüber befunden wird, mit welchen Maßnahmen und durch welche Leistungen die Erwerbsfähigkeit

des Versicherten wiederhergestellt werden kann. Besteht ein Anspruch auf Geldleistungen, so werden sie von Amts wegen festgestellt. Eines Antrages des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen bedarf es nicht.

Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalls

Versicherte haben Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Sozialen Teilhabe, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen.

Der Unfallversicherungsträger hat mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig

- → den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern,
- → den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
- → Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbständigen Lebens unter Berücksichtigung von Art und Schwere des Gesundheitsschadens bereitzustellen,
- → ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Sozialen Teilhabe zu erbringen,
- → Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu erbringen.

Die Leistungen zur Heilbehandlung haben Vorrang vor Rentenleistungen.

Heilbehandlung

Die Heilbehandlung umfasst insbesondere die ärztliche Behandlung einschließlich der Erstversorgung, die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege und die Behandlung in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Ferner beinhaltet sie Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Hierzu zählen insbesondere

- → Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- → Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung und

→ berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit sie einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen.

Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme der erforderlichen Kosten für
→ Unterkunft und Verpflegung,
→ sonstige Kosten, zum Beispiel Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät,
→ technische Hilfsmittel und
→ die Beschaffung, die Ausstattung und die Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung.

Die Leistungen werden regelmäßig durch Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt.

Zu den Leistungen zur Teilhabe gehören auch Zuschüsse an Arbeitgeber, insbesondere als Ausbildungszuschüsse oder Eingliederungszuschüsse.

Leistungen zur Sozialen Teilhabe und ergänzende Leistungen
Diese Leistungen umfassen
→ Beiträge zur Sozialversicherung,
→ ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen,
→ Reisekosten,
→ Betriebs- oder Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten,
→ Kraftfahrzeughilfe und
→ sonstige Leistungen zur Erreichung und zur Sicherstellung des Erfolges der Leistungen zur Rehabilitation und zur Teilhabe.

Kraftfahrzeughilfe wird erbracht, wenn die Versicherten infolge der Art und Schwere des Gesundheitsschadens nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Autos angewiesen sind. Sie umfasst Leistungen zur Beschaffung des Autos, für eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung und zur Erlangung der Fahrerlaubnis.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
Solange Versicherte infolge des Versicherungsfalls für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe durch andere bedürfen, wird Pflegegeld gezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege erbracht.

Zum Versicherungsfall lesen Sie bitte auch ab Seite 185.

Das monatliche Pflegegeld beträgt zwischen 482 Euro und 1916 Euro. Es wird jeweils zum 1.7. eines Jahres wie die gesetzlichen Renten angepasst.

Die letzte Erhöhung war am 1.7.2026.

Verletztengeld und Übergangsgeld

Verletztengeld wird gezahlt, wenn der Versicherte infolge des Versicherungsfalls arbeitsunfähig ist oder wegen der Heilbehandlung keine Erwerbstätigkeit ausüben kann. Übergangsgeld wird während der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezahlt.

Die Höhe des Verletztengeldes und des Übergangsgeldes richtet sich nach dem zuletzt erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelt, dem Regelentgelt.

Das Verletztengeld beträgt 80 % des Regelentgelts. Es darf allerdings das letzte, pauschalierte Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen.

Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich nach der Berechnungsgrundlage. Das sind 80 % des zuletzt regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts (Regelentgelt) oder des Arbeitseinkommens, für das zuletzt Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt wurden. Berechnungsgrundlage ist mindestens ein Betrag von 65 % des fiktiven Arbeitsentgelts einer altersmäßig und beruflich vergleichbaren nicht behinderten Person.

Das Übergangsgeld beträgt 68 % der Berechnungsgrundlage; für Versicherte, die mindestens ein Kind erziehen, aber 75 %. Ist der Versicherte arbeitslos, kann das Übergangsgeld nach dem Ende der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die Dauer von drei Monaten weitergezahlt werden. Es beträgt dann jedoch nur noch 60 % beziehungsweise 67 % der Berechnungsgrundlage.

Auf das Übergangsgeld ist eigenes Einkommen anzurechnen.

Das Übergangsgeld wird nach Ablauf eines Jahres angepasst. Maßgebend dafür ist die Veränderung der Bruttolohn- und -gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer.

Renten an Versicherte

Renten an Versicherte werden gezahlt, wenn die infolge des Versicherungsfalls geminderte Erwerbsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. Anspruch auf eine Rente besteht, wenn die Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche hinaus um

Der Begriff Versicherungsfall ist auf Seite 185 erklärt.

wenigstens 20 % gemindert ist. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

Bei vollständigem Verlust der Erwerbsfähigkeit wird die volle Rente gezahlt. Sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes. Ansonsten wird eine Teilrente geleistet. Sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht. Ist die Erwerbsfähigkeit um 25 % gemindert, werden also 25 % der Vollrente gezahlt.

Ist die Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 % gemindert (Schwerverletzte) und kann der Versicherte einer Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen, erhöht sich seine Rente um 10 %. Dies gilt aber nur, wenn er keinen Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung hat.

Die Renten werden von dem Tag an gezahlt, der dem Wegfall des Verletztengeldes folgt. Besteht kein Anspruch auf Verletztengeld, wird die Rente von dem Tag an gezahlt, der dem Versicherungsfall folgt. Die Rente kann befristet werden.

Leistungen an Hinterbliebene

Hinterbliebene haben Anspruch auf
→ Sterbegeld und Erstattung von Überführungskosten sowie
→ Hinterbliebenenrenten,
wenn der Tod des Versicherten Folge eines Versicherungsfalls ist.

Lesen Sie hierzu auch Seite 185.

Ist der Tod nicht Folge eines Versicherungsfalls, können die Hinterbliebenen eine Beihilfe erhalten.

Sterbegeld und Erstattung von Überführungskosten

Im Jahr 2026 sind das 6 780 Euro.

Das Sterbegeld beträgt ein Siebtel der zum Zeitpunkt des Todes geltenden jährlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung.

Kosten der Überführung an den Ort der Bestattung werden erstattet, wenn der Tod nicht am Wohnort des Versicherten eingetreten ist. Dies ist regelmäßig dann der Fall, wenn der Versicherte wegen des Arbeitsunfalls in ein Krankenhaus in einem anderen Ort eingeliefert wurde und dort gestorben ist.

Witwen- und Witwerrente

Rente an Witwen und Witwer ist vom Todestag an zu zahlen. Sie beträgt 40 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen, wenn die Witwe oder der Witwer das 47. Lebensjahr vollendet hat, ein waisenrentenberechtigtes Kind erzieht oder vermindert erwerbsfähig im Sinne der Rentenversicherung ist. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, beträgt die Witwen- oder Witwerrente nur 30 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Für eingetragene Lebenspartner gilt dies ebenso.

Bis zum 31. 12. 2011 galt ein Lebensalter von 45 Jahren. Bei Todesfällen in den Jahren 2012 bis 2028 erfolgt eine stufenweise Anhebung auf 47.

Der Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente besteht nur für 24 Monate nach Ablauf des Todesmonats. Die Rente wird aber auf Dauer gezahlt, wenn der Partner vor dem 1. 1. 2002 gestorben ist oder ein Partner vor dem 2. 1. 1962 geboren und die Ehe vor dem 1. 1. 2002 geschlossen wurde.

Für die ersten drei Kalendermonate nach Ablauf des Sterbemonats beträgt die Rente zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen.

Sie ist damit für diese Zeit so hoch wie die Vollrente an Versicherte.

Trifft eine Witwen- oder Witwerrente mit Einkommen des hinterbliebenen Ehepartners zusammen, gelten die Regelungen der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechend.

Lesen Sie hierzu bitte Seite 70.

Die Rente fällt weg, wenn die Witwe oder der Witwer wieder heiratet. Wird diese Ehe wieder aufgelöst oder für nichtig erklärt, lebt der Anspruch auf die Rente wieder auf.

Frühere Ehepartner von Versicherten, deren Ehe mit ihnen geschieden, für nichtig erklärt oder aufgehoben ist, erhalten auf Antrag eine Witwen- oder Witwerrente, wenn die Versicherten ihnen während des letzten Jahres vor ihrem Tod Unterhalt geleistet haben oder den früheren Ehepartnern im letzten wirtschaftlichen Dauerzustand vor dem Tod der Versicherten ein Anspruch auf Unterhalt zustand.

Waisenrente

Kinder haben Anspruch auf eine Halbwaisenrente, wenn ein Elternteil gestorben ist. Sind beide Eltern gestorben, haben sie Anspruch auf Vollwaisenrente.

Die Waisenrente ist bis zum 18. Lebensjahr zu zahlen, darüber hinaus längstens bis zum 27. Lebensjahr, wenn die Waise sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet, ein freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst sowie weitere nationale und internationale Freiwilligendienste leistet oder wegen einer Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Über das 27. Lebensjahr hinaus wird die Waisenrente dann gezahlt, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch Wehr- oder Zivildienst unterbrochen oder verzögert wurde.

Die Halbwaisenrente beträgt 20 %, die Vollwaisenrente 30 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Waisenrenten werden unabhängig vom eigenen Einkommen gezahlt.

Rente an Verwandte der aufsteigenden Linie

Verwandte der aufsteigenden Linie erhalten eine Rente, wenn sie von dem Verstorbenen aus seinem Arbeitsverdienst wesentlich unterhalten worden sind oder ohne den Versicherungsfall unterhalten worden wären. Das sind hauptsächlich Eltern, Großeltern, Stief- oder Pflegeeltern des Verstorbenen.

Die Rente ist zu zahlen, solange gegen den Verstorbenen ein Anspruch auf Unterhalt wegen Unterhaltsbedürftigkeit hätte geltend gemacht werden können.

Die Rente beträgt für ein Elternteil 20 % und für ein Elternpaar 30 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen.

Höchstbetrag der Hinterbliebenenrenten
Werden mehrere Hinterbliebenenrenten gezahlt, dürfen sie zusammen 80 % des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen. Sollte dieser Wert überschritten werden, sind die Witwen-, Witwer- und Waisenrenten nach dem Verhältnis ihrer Höhe zu kürzen.

Die Rente an Verwandte der aufsteigenden Linie kann nur insoweit gezahlt werden, als durch die Renten an Witwen, Witwer, frühere Ehepartner sowie Waisen der Höchstbetrag noch nicht ausgeschöpft ist.

Beihilfe für Witwen, Witwer und Waisen
Eine einmalige Beihilfe ist zu zahlen, wenn ein Anspruch auf eine Witwen- oder Witwerrente nicht besteht, weil der Versicherte nicht an den Folgen des Versicherungsfalls gestorben ist. Der Versicherte muss aber ein Schwerverletzter gewesen sein, die Minderung der Erwerbsfähigkeit muss also mindestens 50 % betragen haben.

Die Beihilfe beträgt 40 % des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen.

Die einmalige Beihilfe ist auch den Vollwaisen zu zahlen, die bei Tod von Versicherten mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder von ihnen überwiegend unterhalten worden sind. Sind mehrere Waisen vorhanden, wird die Beihilfe gleichmäßig verteilt.

Statt der einmaligen Beihilfe kann eine laufende Beihilfe bis zur Höhe einer Hinterbliebenenrente gezahlt werden, wenn der Versicherte länger als zehn Jahre eine Rente aufgrund einer Erwerbsminderung von mindestens 80 % bezogen hat. Außerdem muss der Versicherte wegen seiner Erwerbsminderung an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit gehindert gewesen sein und die unterbliebene Erwerbstätigkeit eine Minderung der Versorgung für die Hinterbliebenen um mindestens 10 % verursacht haben.

Abfindung von Renten
Versicherte, die Anspruch auf eine Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit von weniger als 40 % haben, können die Abfindung ihrer Rente beantragen. Als Abfindung wird der Kapitalwert der Rente gezahlt. Er ist durch Rechtsverordnung festgelegt.

Bei einer Erwerbsminderung von mindestens 40 % kann die Abfindung der Rente bis zur Hälfte für einen Zeitraum von zehn Jahren beantragt werden. Als Abfindungssumme wird das Neunfache des Jahresbetrages der Rente gezahlt, der der Abfindung zugrunde liegt. Insoweit erlischt ab Auszahlung der Abfindung für die Dauer von zehn Jahren der Rentenanspruch.

Eine Witwen- oder Witwerrente wird bei der ersten Wiederheirat der Berechtigten mit dem 24fachen Monatsbetrag der Rente abgefunden.

Anpassung der Renten

Die letzte Rentenerhöhung war am 1. 7. 2026.

Die Renten folgen der wirtschaftlichen Entwicklung. Grundsätzlich zum 1. 7. eines Jahres werden die Renten um einen Anpassungsfaktor erhöht. Er richtet sich nach den Anpassungswerten für die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und wird von der Bundesregierung per Rechtsverordnung bestimmt.

Der Anpassungsfaktor beträgt ab 1. 7. 2026 1,0424.

Die Renten werden angepasst, indem ein neuer Monatsbetrag auf der Grundlage des mit dem Anpassungsfaktor vervielfältigten Jahresarbeitsverdienstes berechnet wird.

Merke:

Leistungen der Unfallversicherung erhalten Versicherte und ihre Hinterbliebenen nach Eintritt eines Versicherungsfalls. Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Die Leistungen zur Heilbehandlung haben Vorrang vor Rentenleistungen.

Renten an Versicherte werden gezahlt, wenn die infolge des Versicherungsfalls geminderte Erwerbsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann. Die Minderung muss mindestens 20 % betragen.

Hinterbliebene haben Anspruch auf Hinterbliebenenrente sowie auf Sterbegeld und Erstattung von Überführungskosten, wenn der Tod des Versicherten Folge eines Versicherungsfalls ist. Ist der Tod nicht Folge eines Versicherungsfalls, können die Hinterbliebenen nur eine Beihilfe erhalten.

Versicherungsträger

Zuständig für Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung sind die gewerblichen und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie die landes- und bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind nach Branchen gegliedert:

- → Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
- → Berufsgenossenschaft Holz und Metall
- → Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
- → Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe
- → Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)
- → Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW)
- → Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG)
- → Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr)
- → Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Berufsgenossenschaften können sich durch Beschluss ihrer Vertreterversammlungen vereinigen. Hierzu ist die Genehmigung der Aufsichtsbehörde notwendig.

Die landwirtschaftliche Unfallversicherung ist für landwirtschaftliche Unternehmen zuständig und wird von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) durchgeführt.

Siehe hierzu Seite 111/112.

Die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand gliedern sich in die Gemeindeunfallversicherungsverbände, die Feuerwehr-Unfallkassen, die Unfallkassen der Länder und Gemeinden, die gemeinsamen Unfallkassen für den Landes- und kommunalen Bereich und die Unfallversicherung Bund und Bahn.

Selbstverwaltung

Die Unfallversicherungsträger werden selbstverwaltet. Organe der Selbstverwaltung sind Vertreterversammlung und Vorstand. Sie setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften bestehen die Organe zu je einem Drittel aus

Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der landes- und bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). Es handelt sich hier um einen eingetragenen Verein, der die Interessen seiner Mitglieder vertritt.

Vertretern von Versicherten, Selbständigen und Arbeitgebern. Die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Unfallversicherungsträger werden von hauptamtlichen Geschäftsführern geführt. Sie gehören dem Vorstand mit beratender Stimme an. Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ist der Träger der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. In diesen Angelegenheiten führt sie die Bezeichnung Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft.

Merke:

Die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung werden von gewerblichen und der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft sowie von landes- und bundesunmittelbaren Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand erbracht.

Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung dient der sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Sie ist ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung und zum 1. 1. 1995 eingeführt worden.

Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen zu helfen, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen dem Pflegebedürftigen helfen, trotz seines Hilfsbedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.

Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

Die gesetzliche Grundlage ist das Elfte Buch des Sozialgesetzbuches, das SGB XI.

Versicherte Personen

In der sozialen Pflegeversicherung gibt es verschiedene Versicherungsarten: die Pflichtversicherung, die Familienversicherung und die Weiterversicherung.

Lesen Sie hierzu auch Seite 146.

Pflichtversicherte

In der sozialen Pflegeversicherung sind Personen versicherungspflichtig, die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Versicherungspflichtig sind auch freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung.

Versicherungspflicht besteht außerdem für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, weil sie einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben.

Hierzu zählen zum Beispiel Personen, die aufgrund eines schädigenden Ereignisses Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung der Sozialen Entschädigung haben. Schädigende Ereignisse sind Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, Ereignisse im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes sowie Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die eine gesundheitliche Schädigung verursacht haben.

Versicherungspflicht besteht auch für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gilt.

Versicherte der privaten Krankenversicherung müssen eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen, deren Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

Die freiwilligen Mitglieder einer Krankenkasse können sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem

privaten Versicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind. Der Antrag auf Befreiung kann nur innerhalb von drei Monaten nach dem Beginn der Versicherungspflicht gestellt werden. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Familienversicherte

Familienversichert sind der Ehe-, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung. Die Familienangehörigen sind nur dann familienversichert, wenn sie selbst

- → ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
- → nicht in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind,
- → nicht von der Versicherungspflicht befreit oder in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
- → nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
- → ein Gesamteinkommen haben, das im Jahr 2026 monatlich 565 Euro nicht überschreitet.

Ab 1. 1. 2026 gelten bei geringfügig Beschäftigten 603 Euro.

Für die Kinder sind außerdem Altersgrenzen zu beachten; sie gelten aber nicht für Behinderte, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

Lesen Sie hierzu auch Seite 150.

In der privaten Pflegeversicherung gibt es keine kostenlose Mitversicherung von Kindern und Ehe- oder Lebenspartnern. Für jede versicherte Person ist ein eigener Beitrag zu zahlen.

Weiterversicherte

Freiwillig weiterversichern können sich in der sozialen Pflegeversicherung diejenigen,

- → die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und nicht in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind, wenn sie in den letzten fünf Jahren mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate versichert waren,
- → deren Familienversicherung erlischt.

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

Merke:

Die soziale Pflegeversicherung kennt Pflichtversicherte, Familienversicherte und Weiterversicherte.

Pflichtversichert sind hauptsächlich Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung; dazu gehören auch die freiwilligen Mitglieder.

Familienversichert können der Ehe- oder Lebenspartner und die Kinder des Mitgliedes sein.

Weiterversichern kann sich, wer aus der Versicherungspflicht ausgeschieden oder dessen Familienversicherung erloschen ist.

Finanzierung

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Deckungsmittel sind außerdem sonstige Einnahmen.

Beitragshöhe

Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Beitragssatz und den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Der Beitragssatz ist ein Vomhundertsatz, der, auf die beitragspflichtigen Einnahmen angewendet, den Beitrag zur Pflegeversicherung ergibt. Familienversicherte zahlen keinen Beitrag.

Beitragssatz

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung beträgt bundeseinheitlich 3,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.

Dies gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. 1. 1940 geboren wurden.

Für Kinderlose erhöht sich der Beitragssatz nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben um 0,6 % (Beitragszuschlag für Kinderlose).

Der Abschlag vermindert die vom Mitglied zu tragenden Beiträge.

Der Beitragssatz von 3,6 % reduziert sich für Eltern ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 %. Dies gilt aber nur bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

Beitragspflichtige Einnahmen

Die Einnahmen sind bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung beitragspflichtig.

Lesen Sie hierzu auch Seite 155/156.

Für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung sind im Wesentlich die gleichen Einnahmen wie in der Krankenversicherung maßgebend. Das sind insbesondere das Arbeitsentgelt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sowie vergleichbare Einnahmen (Versorgungsbezüge, wie zum Beispiel Betriebsrenten).

Ein Freibetrag ist in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen.

Versicherungspflichtige Rentner zahlen für vergleichbare Einnahmen und für neben einer Rente erzieltes Arbeitseinkommen, nur Beiträge, wenn die monatlichen Einnahmen daraus ein Zwanzigstel der monatlichen Bezugsgröße (im Jahr 2026 sind das 197,75 Euro) übersteigen.

Für Bezieher von Krankengeld werden 80 % des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrunde liegt, als beitragspflichtige Einnahmen berücksichtigt.

Das sind im Jahr 2026 896,20 Euro.

Bei Personen, die Grundsicherungsgeld für erwerbsfähige Leistungsberechtigte beziehen, gilt das 0,2266fache der monatlichen Bezugsgröße als beitragspflichtige Einnahme.

Verteilung der Beitragslast

In der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Beschäftigte und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung jeweils zur Hälfte, also jeweils 1,8 % (insgesamt 3,6 %). Den Beitragszuschlag für Kinderlose (0,6 %) tragen die Beschäftigten allein.

Der Beitragsanteil, der von Eltern zu tragen ist, beträgt 1,8 %. Er reduziert sich ab dem zweiten Kind bis einschließlich zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 %. Dies gilt aber nur bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat.

Beitragstragung zur sozialen Pflegeversicherung

Anzahl Kinder	Arbeitnehmer	Arbeitgeber	insgesamt
0	2,40 %	1,80 %	4,20 %
1 Kind	1,80 %	1,80 %	3,60 %
2 Kinder	1,55 %	1,80 %	3,35 %
3 Kinder	1,30 %	1,80 %	3,10 %
4 Kinder	1,05 %	1,80 %	2,85 %
5 und mehr Kinder	0,80 %	1,80 %	2,60 %

Im Freistaat Sachsen müssen Arbeitnehmer einen um 0,5 % höheren Beitrag allein tragen (2,3 %), weil Sachsen als einziges Bundesland von den gesetzlichen Feiertagen am 31. 12. 1993 keinen Feiertag gestrichen hat. Der Arbeitgeberanteil beträgt 1,3 %.

Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, müssen nur den halben Pflegeversicherungsbeitrag, also 1,8 % tragen. Der Zuschlag für Kinderlose ist in Höhe von 0,6 % zu zahlen. Der Anspruch auf die Abschläge für das zweite bis fünfte Kind unter 25 Jahren besteht auch hier.

Sie erhalten die jeweils zustehenden Leistungen auch nur zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

Der Arbeitgeber trägt den vollen Beitrag allein, wenn bei einer Beschäftigung zur Berufsbildung das monatliche Arbeitsentgelt 325 Euro nicht übersteigt. Auch für Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr oder den Bundesfreiwilligendienst leisten, trägt der Arbeitgeber die Beiträge in voller Höhe.

In der Krankenversicherung freiwillig versicherte Arbeitnehmer zahlen den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung selbst. Sie erhalten aber von ihren Arbeitgebern einen Zuschuss in Höhe des Betrags, der als Arbeitgeberanteil zu zahlen wäre.

Für selbständige Künstler und Publizisten zahlt die Künstlersozialkasse die Beiträge. Diese müssen sich an den Beiträgen beteiligen.

Siehe hierzu Seite 244.

Studenten tragen ihre Beiträge in voller Höhe selbst. Sie zahlen die Beiträge zusammen mit den Beiträgen zur Krankenversicherung in einer Summe für ein Semester im Voraus.

Die Beiträge der pflichtversicherten Rentner, die auch in der Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, werden vom Rentenversicherungsträger bei der Rentenzahlung einbehalten. Der Rentner trägt den Beitrag in voller Höhe allein.

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich eine Milliarde Euro. Diese werden monatlich zum jeweils ersten Bankarbeitstag in Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds überwiesen.

Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2027 werden ausgesetzt und ab dem Jahr 2028 wieder aufgenommen.

Bildung eines Pflegevorsorgefonds

2015 wurde in der sozialen Pflegeversicherung das Sondervermögen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet. Es dient der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung und darf nur zur Finanzierung von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden.

Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Frankfurt am Main.

Für die Verwaltung des Sondervermögens und seiner Mittel werden der Bundesbank keine Kosten erstattet.

Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen. Die dem Sondervermögen zufließenden Mittel einschließlich der Erträge sind zu marktüblichen Bedingungen anzulegen. Dabei ist der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist im Anlageausschuss vertreten.

Für die Jahre 2024 bis 2027 beträgt die Zuführung an das Sondervermögen jährlich 700 Millionen Euro.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung überweist dem Sondervermögen monatlich einen Betrag zu Lasten des Ausgleichsfonds, der einem Zwölftel von 0,1 % der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht. Die erste Überweisung erfolgte zum 20. 2. 2015 und endet mit der Zahlung für Dezember 2033.

Ab 2035 kann das Sondervermögen zur Sicherung eines stabilen Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne zusätzliche Mittel an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich wäre, die nicht auf Leistungsverbesserungen beruht.

Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.

Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. Darin sind der Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben auszuweisen. Das Sondervermögen gilt nach Auszahlung seines Vermögens als aufgelöst.

Merke:

Die Ausgaben werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Beitragssatz und den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Familienversicherte zahlen keinen Beitrag. Der Beitragssatz beträgt 3,6 %.

Beschäftigte und ihre Arbeitgeber tragen die Beiträge jeweils zur Hälfte. Der Beitragsanteil von Eltern beträgt 1,8 %. Er reduziert sich ab dem zweiten Kind bis einschließlich zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 %. Dies gilt aber nur bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat. Nach Vollendung des 23. Lebensjahres zahlen Kinderlose einen Beitragszuschlag von 0,6 %, den das Mitglied allein trägt. Arbeitnehmer im Freistaat Sachsen zahlen jeweils einen um 0,5 % erhöhten Beitragsteil.

Freiwillig Versicherte der Krankenversicherung zahlen die vollen Beiträge allein. Arbeitnehmer erhalten aber von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss in Höhe des Arbeitgeberanteils. Beiträge zahlen auch Krankengeldbezieher und Rentner.

Von 2015 bis 2033 wird aus einem Teil der Beiträge ein Sondervermögen („Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“) zur langfristigen Stabilisierung des Beitrags in der sozialen Pflegeversicherung ab 2035 gebildet.

Leistungsberechtigte Personen

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit erfasst die individuellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen. In sechs Lebensbereichen wird das Ausmaß eingeschätzt, in dem sich die pflegebedürftige Person noch selbst ohne fremde Hilfe versorgen kann. Daraus ergibt sich einer von fünf Pflegegraden.

Pflegebedürftigkeit

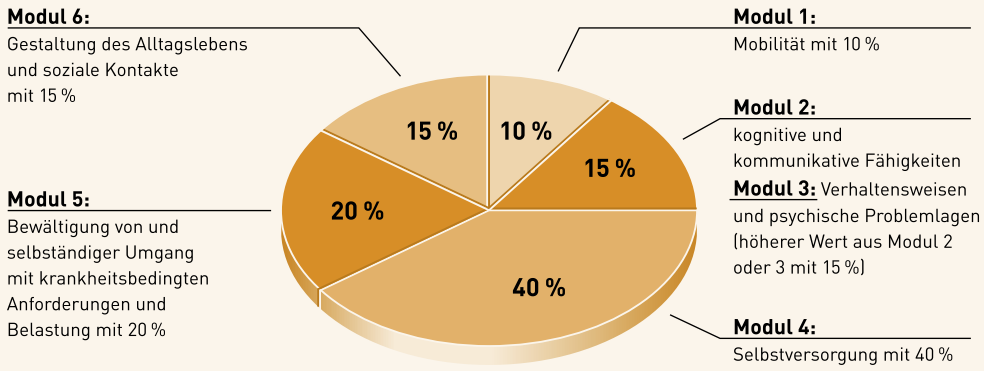
Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb Hilfe benötigen. Sie können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbständig bewältigen.

Kognitive Beeinträchtigungen sind Einschränkungen im Wahrnehmen, Denken, Erkennen.

Dabei werden sechs Lebensbereiche (Module) nach Pflegefachkriterien beurteilt:

1. Mobilität (zum Beispiel Positionswechsel im Bett, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen),
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten (zum Beispiel Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Beteiligen an einem Gespräch),
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, physisch und verbales aggressives Verhalten, Wahnvorstellungen),
4. Selbstversorgung (zum Beispiel Waschen, Duschen und Baden, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung, Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harn- oder einer Stuhlinkontinenz),
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (zum Beispiel Medikation, Injektionen, Verbandswechsel und Wundversorgung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften),
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (zum Beispiel Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds).

Gewichtung der Module



Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Für die Einschätzung der Schwere ihrer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegebedürftigkeit) ermitteln Gutachter das Ausmaß, in dem die Pflegebedürftigen die Hilfe anderer Personen benötigen. Das Ergebnis ist die Einstufung in einen von fünf Pflegegraden. Der Pflegegrad ist allein ausschlaggebend für die Höhe der Pflegeleistungen. Er wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

Begutachtungsinstrument

Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen der Pflegebedürftigkeit entsprechen. In jedem Modul sind verschiedene Kategorien vorgesehen, die das jeweilige Ausmaß der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten darstellen. Den Kategorien werden pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet. Die Summe der Punkte drückt den Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aus:

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer (voraussichtlich für mindestens sechs Monate) bestehen.

- → Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen,
- → Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen,
- → Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen,
- → Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen,
- → Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten gewichtete Punkte zugeordnet.

Anschließend werden die gewichteten Punkte der Module addiert. Anhand der erreichten Gesamtpunkte wird der Pflegegrad bestimmt.

Pflegegrad

Gesamtpunkte	Pflegegrad	Beeinträchtigung der Selbständigkeit/ Fähigkeiten
12,5 bis unter 27	1	geringe Beeinträchtigung
27 bis unter 47,5	2	erhebliche Beeinträchtigung
47,5 bis unter 70	3	schwere Beeinträchtigung
70 bis unter 90	4	schwerste Beeinträchtigung
90 bis 100	5	schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für die Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden wie folgt eingestuft:
→ ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte in den Pflegegrad 2,
→ ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte in den Pflegegrad 3,
→ ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte in den Pflegegrad 4,
→ ab 70 bis 100 Gesamtpunkte in den Pflegegrad 5.

Begutachtung

Die Pflegebedürftigkeit wird von dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft. Er beurteilt auch den Pflegegrad der Pflegebedürftigkeit. Er trifft auch die Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind. Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Die behandelnden Ärzte – insbesondere der Hausarzt – sollen in die Begutachtung einbezogen werden.

Die Pflegekasse kann die Pflegebedürftigkeit auch von einem unabhängigen Gutachter feststellen lassen.

Merke:

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben pflegebedürftige Versicherte. Das sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Hilfe durch andere angewiesen sind. Diese Personen können ihre körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit wird in fünf Pflegegrade eingeteilt.

Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungen müssen wirksam, wirtschaftlich und notwendig sein. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen.

Maßnahmen zur Rehabilitation haben Vorrang. Die Pflegekasse hat daher in jedem Einzelfall zu prüfen, welche Leistungen zur Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhindern. Sind Leistungen zur Rehabilitation angezeigt, ist das dem zuständigen Rehabilitationträger unverzüglich mitzuteilen.

Ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht nur, wenn

- → der Pflegebedürftige einen Antrag stellt. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gezahlt,
- → der Pflegebedürftige bei der Antragstellung in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig, familienversichert oder weiterversichert ist,
- → eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung zurückgelegt ist.

Leistungsarten

Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

- → Pflegesachleistung,
- → Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
- → Kombination von Geldleistung und Sachleistung,
- → Verhinderungspflege,
- → Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,
- → ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen und digitale Pflegeanwendungen,
- → Tagespflege und Nachtpflege,
- → Kurzzeitpflege,

- → Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson,
- → vollstationäre Pflege,
- → Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen,
- → zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen,
- → Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen,
- → zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung,
- → Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen,
- → Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags,
- → Entlastungsbetrag,
- → zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen,
- → Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung,
- → Leistungen des Persönlichen Budgets.

Leistungen bei Pflegegrad 1

- → Pflegeberatung,
- → Beratung in der eigenen Häuslichkeit,
- → Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,
- → finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes,
- → Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen,
- → Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson,
- → einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege,
- → zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen,
- → zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung,
- → Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen,
- → Entlastungsbetrag,
- → zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen,
- → Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen,
- → Leistungen in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung.

Pflegeberatung

Bei der Pflegeberatung wird ein individueller Versorgungsplan erstellt.

Personen, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten, haben bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, Anspruch auf individuelle Pflegeberatung und Hilfestellung.

In dem Beratungsangebot muss eine Kontaktperson angegeben werden.

Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung oder vor einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

- → einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
- → einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Beratungsgutschein innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Die Pflegekasse hat den Versicherten außerdem darüber aufzuklären, dass die Beratung auf Wunsch in der häuslichen Umgebung und auch nach Ablauf der Frist stattfinden kann.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden und in diesem Rahmen mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen. Sollten dabei personenbezogener Daten verarbeitet werden, muss der Datenschutz eingehalten und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden.

Pflegesachleistung

Häusliche Pflegehilfe soll Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen beseitigen oder mindern und eine Verschlimmerung verhindern.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den sechs Lebensbereichen. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld.

Digitale Pflegeanwendungen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und

die von ihnen genutzt werden, um die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Pflegebedürftige können digitale Pflegeanwendungen auch im wechselseitigen Zusammenwirken mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen nutzen.

Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer oder mehreren digitalen Pflegeanwendungen, so hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat. Ergänzende Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen werden höchstens bis zu 30 Euro im Kalendermonat erstattet.

Ein Anspruch auf digitale Pflegeanwendungen besteht aber nur, soweit diese nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

Lesen Sie dazu bitte auch Seite 58.

Anstelle der häuslichen Pflegehilfe können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld beantragen.

Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld in entsprechendem Umfang die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Höhe der Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe) und des Pflegegeldes

ab 2026

Pflegegrad	Pflegesachleistung Euro/Monat	Pflegegeld Euro/Monat
2	bis 796	347
3	bis 1 497	599
4	bis 1 859	800
5	bis 2 299	990

Kombination von Geld- und Sachleistung (Kombinationsleistung)
Pflegesachleistung und Pflegegeld kann der Pflegebedürftige miteinander kombinieren. Das Pflegegeld wird dann in dem Verhältnis vermindert, in dem er die Pflegesachleistung in Anspruch genommen hat. An seine Entscheidung ist der Pflegebedürftige sechs Monate lang gebunden.

Verhinderungspflege

Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich.

Sind private Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse für längstens acht Wochen (56 Kalendertage) je Kalenderjahr die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege.

Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird jeweils bis zu acht Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt.

Wird die Ersatzpflege durch nicht verwandte Privatpersonen, durch erwerbsmäßige Pflegefachpersonen oder ambulante Pflegedienste durchgeführt, werden die entsprechenden Kosten höchsten bis zu einem Gesamtleistungsbetrag (für die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege) von 3 539 Euro im Kalenderjahr von der Pflegekasse übernommen.

Verwandte bis zum zweiten Grad sind beispielsweise Eltern, Kinder, Geschwister, Enkel, Großeltern.

Erfolgt die Ersatzpflege durch Verwandte oder Verschwägerte bis zum zweiten Grad oder durch eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes für zwei Monate (Pflegegrad 2: 694 Euro, Pflegegrad 3: 1 198 Euro, Pflegegrad 4: 1 600 Euro, Pflegegrad 5: 1 980 Euro) nicht überschreiten.

Kurzzeitpflege

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird in dieser Zeit weitergezahlt.

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

- → für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
- → in sonstigen Krisensituationen oder anderen Situationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Pflegebedürftige mit mindestens einem Pflegegrad 2, die sowohl Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege als auch auf Leistungen der Kurzzeitpflege haben, können von der Pflegekasse höchstens einen Gesamtleistungsbetrag in Höhe von insgesamt bis zu 3 539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag) erhalten.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung ihrer Beschwerden

Die Pflegekasse ist nur zuständig, wenn die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu zahlen sind.

beitragen oder ihnen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der beantragten Pflegehilfsmittel zusammen mit einer Pflegefachperson oder dem Medizinischen Dienst überprüfen lassen.

Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen.

Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. In Fällen, in denen eine Pflegefachperson oder der Medizinische Dienst beteiligt wird, muss die Entscheidung innerhalb von fünf Wochen erfolgen.

Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich 42 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch als Kostenerstattung erbracht werden.

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ist keine Zuzahlung zu leisten.

Pflegebedürftige über 18 Jahre haben eine Zuzahlung je Pflegehilfsmittel von 10 %, höchstens jedoch von 25 Euro zu leisten. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist in Härtefällen ganz oder teilweise möglich.

Dies können zum Beispiel technische Hilfen im Haushalt sein.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können die Pflegekassen nachrangig finanzielle Zuschüsse gewähren, wenn dadurch die häusliche Pflege im Einzelfall ermöglicht, erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.

Der Gesamtbetrag je Maßnahme darf 16 720 Euro nicht übersteigen.

Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes dürfen höchstens 4 180 Euro je Maßnahme betragen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, sind die Zuschüsse auf einen Betrag von 4 180 Euro je Pflegebedürftigem begrenzt.

Teilstationäre Pflege (Tagespflege und Nachtpflege)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Sie besteht in Tages- oder Nachtpflege in hierfür vorgesehenen Einrichtungen

und umfasst auch die notwendige Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück.

Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat für Pflegebedürftige
→ des Pflegegrades 2 bis zu 721 Euro,
→ des Pflegegrades 3 bis zu 1357 Euro,
→ des Pflegegrades 4 bis zu 1685 Euro,
→ des Pflegegrades 5 bis zu 2085 Euro.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

Vollstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich Betreuung und medizinischer Behandlungspflege.

Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie einen Zuschuss in Höhe von 131 Euro monatlich.

Der Anspruch beträgt je Kalendermonat
→ 805 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
→ 1319 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
→ 1855 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
→ 2096 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Ist der pauschale Leistungsbetrag höher als die tatsächlichen Kosten für die vollstationäre Pflege, darf der übersteigende Betrag für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden.

Reichen die Leistung der Pflegeversicherung nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, ist von der pflegebedürftigen Person ein Eigenanteil für die Unterbringung in der vollstationären Pflegeeinrichtungen zu zahlen.

Zur Verminderung dieses Eigenanteils zahlt die Pflegeversicherung an Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, zusätzlich einen Leistungszuschlag, der in den ersten 12 Monaten 15 %, nach

12 Monaten 30 %, nach 24 Monaten 50 % und nach 36 Monaten 75 % des pflegebedingten Eigenanteils beträgt.

Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen 15 % der vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 278 Euro nicht überschreiten.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Leistungen für Pflegepersonen

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen für die Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist.

Näheres hierzu siehe Seite 42.

Pflegen mehrere Pflegepersonen einen Pflegebedürftigen (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln. Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, auch in der gesetzlichen Unfallversicherung und nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter prüft, ob die Pflegeperson eine oder mehrere Pflegebedürftige wenigstens 10 Stunden wöchentlich (regelmäßig mindestens zwei Tage pro Woche) pflegt.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten. Sie helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig zu bewältigen. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

- → Angebote, in denen vor allem ehrenamtliche Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
- → Angebote zur gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
- → Angebote zur Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, besonders bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote umfassen unter anderem Betreuung und allgemeine Aufsicht, Alltagsbegleitung sowie Unterstützungsleistungen für Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags.

Realisiert werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag durch besondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch)

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können als Ersatz von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag eine Kostenerstattung erhalten. Sie wird auf den Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen angerechnet, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag im jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 % des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung auf Antrag.

Die Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags ist unabhängig vom Entlastungsbetrag.

Entlastungsbetrag
Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich.

Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen:
→ für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie
→ zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Er dient der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit
→ Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
→ Leistungen der Kurzzeitpflege,
→ Leistungen der ambulanten Pflegedienste in den Pflegegraden 2 bis 5, jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
→ Leistungen von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Die Aufwendungen werden auch erstattet, wenn für die Finanzierung der Leistungen Mittel der Verhinderungspflege eingesetzt werden.

Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Die Pflegebedürftigen erhalten den Entlastungsbetrag auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen oder im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen. Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 224 Euro monatlich, wenn
→ sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind,
→ Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Pflegesachleistung, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, Kombinationsleistungen, Leistungen zur Unterstützung im Alltag oder den Entlastungsbetrag beziehen,

- → eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen,
- → keine Versorgungsform vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Pflegebedürftige in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 450 Euro je Kalendermonat zur Sicherstellung einer selbstbestimmten Pflege.

Zusätzlich können insbesondere ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen, Pflegehilfsmitteln sowie die Pflegeberatung beansprucht werden.

Werden Sachleistungen nur teilweise in Anspruch genommen, besteht Anspruch auf anteiliges Pflegegeld.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben außerdem Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung sowie auf Kurzzeitpflege.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegezeit

Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens sechs Monate (Höchstdauer).

Die Freistellung wird nicht bezahlt.

In diesem Zusammenhang gelten als nahe Angehörige:

- → Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
- → Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
- → Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder sowie die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehe- oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder

Dies gilt auch, wenn die Beschäftigung durch eine kürzere Arbeitszeit geringfügig wird.

Während der Pflegezeit, in der die Beschäftigten von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden, erhalten sie auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sie sind auch nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen (kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Der Arbeitgeber ist zur Entgeltfortzahlung nur verpflichtet, soweit sich dies aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt gezahlt.

Erhält der Beschäftigte für die Zeit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes, so hat er Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu zehn Arbeitstage aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen.

Der Antrag ist unverzüglich zu stellen.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird von der Pflegekasse oder dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen auf Antrag gewährt. Dem Antrag ist eine ärztliche Bescheinigung beizufügen.

Das Pflegeunterstützungsgeld wird in gleicher Höhe wie das Krankengeld gezahlt. Vom Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Renten- und Krankenversicherung sowie zur Arbeitsförderung zu zahlen.

Merke:

Die Pflegeversicherung gewährt Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 insbesondere Pflegeberatung, zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten insbesondere Pflegesachleistungen, Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, kombinierte Geld- und Sachleistungen, Verhinderungspflege, Tagespflege und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sowie einen Entlastungsbetrag.

Versicherungsträger

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse ist eine Pflegekasse eingerichtet. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Ihre Organe (Vertreterversammlung und Vorstand) sind die Organe der Krankenkasse, bei der sie errichtet sind.

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die bei der Krankenkasse eingerichtete Pflegekasse zuständig. Wechselt der Versicherte die Krankenkasse, so wechselt er auch die Pflegekasse.

Merke:

Die Pflegeversicherung wird von Pflegekassen durchgeführt. Jede Krankenkasse hat auch eine Pflegekasse. Zuständig ist die Pflegekasse, die bei der Krankenkasse eingerichtet ist, bei der die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung besteht.

Sozialgerichtsbarkeit

Der Rechtsschutz auf dem Gebiet der Sozialversicherung ist so alt wie die Sozialversicherung selbst. Ihn gibt es seit 1884.

Für alle Streitigkeiten auf dem Gebiet des Sozialrechts gibt es heute eine besondere, von den Verwaltungsbehörden getrennte Sozialgerichtsbarkeit mit drei Instanzen: Sozialgericht, Landessozialgericht, Bundessozialgericht. Verwaltung und Rechtsprechung sind klar voneinander getrennt (Grundsatz der Gewaltenteilung).

An der Rechtsprechung wirken neben Berufsrichtern auch ehrenamtliche Richter (Laienrichter) mit.

Aufbau der Gerichte

Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit sind die Sozialgerichte, die Landessozialgerichte und das Bundessozialgericht. Sie sind Kollegialgerichte, besetzt mit Berufsrichtern und ehrenamtlichen Richtern. Die Berufung der ehrenamtlichen Richter geschieht aufgrund von Vorschlagslisten der Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen.

Sozialgerichte

Die Sozialgerichte entscheiden in erster Instanz über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten

- → der Sozialversicherung,
- → der Arbeitsförderung einschließlich der übrigen Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit,
- → der Grundsicherung für Arbeitsuchende,
- → der Sozialhilfe einschließlich der Angelegenheiten der besonderen Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht),
- → des Asylbewerberleistungsgesetzes,
- → des Soldatenentschädigungsrechts,
- → des Sozialen Entschädigungsrechts,
- → des Schwerbehindertenrechts,
- → der spezialgesetzlichen Zuweisungen (zum Beispiel Ansprüche auf Elterngeld und zur Elternzeit).

Für Angelegenheiten der Knappschaftsversicherung einschließlich der Unfallversicherung für den Bergbau können eigene Kammern gebildet werden.

Die Sozialgerichte verhandeln und entscheiden in Kammern, die für die jeweiligen Angelegenheiten gebildet werden (beispielsweise die Kammer für Rentenversicherung).

Für alle Streitigkeiten, die aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten (Vertragsarztrecht) einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände entstehen, werden bei den Sozialgerichten eigene Kammern eingerichtet. Die Kammer ist mit drei Richtern besetzt: ein Vorsitzender (Berufsrichter) und zwei ehrenamtliche Richter (Beisitzer).

Die Amtszeit der ehrenamtlichen Richter beträgt fünf Jahre. Eine Wiederberufung ist möglich.

Die ehrenamtlichen Richter, die in den Kammern für Angelegenheiten der Sozialversicherung, der Grundsicherung für Arbeitsuchende (einschließlich der Streitigkeiten wegen des Zuschlags zum Kindergeld und der Arbeitsförderung) mitwirken, werden aus dem Kreis der Versicherten und aus dem Kreis der Arbeitgeber berufen.

Gerichtsbarkeiten in der Bundesrepublik Deutschland

Landessozialgerichte

Die Landessozialgerichte entscheiden in zweiter Instanz über Berufungen gegen Urteile und Beschwerden gegen andere Entscheidungen der Sozialgerichte. Sie entscheiden außerdem in erster Instanz über Klagen, in denen es vorwiegend um übergeordnete Rechtsfragen und weniger um Tatsachenfragen des Einzelfalls geht.

Die Landessozialgerichte Nordrhein-Westfalen und Berlin-Brandenburg haben wegen der örtlichen und erstinstanzlichen Zuständigkeit außerdem besondere Aufgaben.

In diesen Verfahren werden grundsätzliche und komplexe Rechtsfragen geklärt. Es handelt sich hier zum Beispiel um Klagen gegen Entscheidungen der Landesschiedsämter, der Schiedsstellen in Angelegenheiten der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Sozialhilfe, außerdem in Aufsichtsangelegenheiten gegenüber Trägern der Sozialversicherung, bei denen die Aufsicht von einer Landes- oder Bundesbehörde ausgeübt wird.

Die Landessozialgerichte verhandeln und entscheiden in Senaten. Jeder Senat ist mit fünf Richtern besetzt: drei Berufsrichtern – davon ist einer der Vorsitzende des Senats – und zwei ehrenamtlichen Richtern. Auch hier kommen die ehrenamtlichen Richter im Allgemeinen aus dem Kreis der Versicherten und Arbeitgeber.

Bundessozialgericht

Das Bundessozialgericht ist das oberste Gericht für die Sozialgerichtsbarkeit. Es hat seinen Sitz in Kassel. Das Bundessozialgericht ist als dritte Instanz für die Entscheidung über die Revision zuständig. Es verhandelt und entscheidet in Senaten, die wie

die Senate beim Landessozialgericht gebildet sind. Jeder Senat ist mit fünf Richtern besetzt: drei Berufsrichtern – hiervon ist einer der Vorsitzende des Senats – und zwei ehrenamtlichen Richtern.

Außerdem gibt es beim Bundessozialgericht einen Großen Senat, der aus dem Präsidenten des Bundessozialgerichts, sechs weiteren Berufsrichtern und vier ehrenamtlichen Richtern besteht.

Der Große Senat muss entscheiden, wenn ein Senat von der Entscheidung eines anderen Senats des Bundessozialgerichts abweichen will oder wenn es sich um grundsätzliche Fragen zur Fortbildung des Rechts handelt.

Merke:

Es besteht eine besondere, von der Verwaltung getrennte Sozialgerichtsbarkeit (Grundsatz der Gewaltenteilung).

An der Rechtsprechung wirken Berufsrichter und ehrenamtliche Richter (Beisitzer) mit. Der Instanzenzug ist dreistufig: Sozialgericht, Landessozialgericht, Bundessozialgericht.

Das Sozialgericht verhandelt und entscheidet in Kammern und ist mit drei Richtern besetzt (ein Berufsrichter und zwei ehrenamtliche Richter).

Das Landes- und das Bundessozialgericht entscheiden in Senaten (drei Berufsrichter und zwei ehrenamtliche Richter).

Das Landessozialgericht entscheidet über die Berufung, das Bundessozialgericht über die Revision.

Gerichtsverfahren

Zum Gerichtsverfahren gehören die Richter und die Parteien, die in der Sozialgerichtsbarkeit „Beteiligte“ heißen. Beteiligte am Verfahren sind: der Kläger, der Beklagte und der Beigeladene. Beigeladen wird, wessen berechtigte Interessen durch die Entscheidung des Rechtsstreits berührt werden.

Beteiligte können schon Minderjährige sein, wenn sie durch Vorschriften des bürgerlichen oder öffentlichen Rechts für den Gegenstand des Verfahrens als geschäftsfähig anerkannt sind.

Die Beteiligten können vor den Sozialgerichten und Landessozialgerichten selbst auftreten, verhandeln und Anträge stellen, sie können sich jedoch auch vor diesen Gerichten vertreten lassen.

Vor dem Bundessozialgericht darf man nicht selbst auftreten; hier muss man sich durch Prozessbevollmächtigte vertreten lassen („Vertretungszwang“). Vertretungsberechtigt sind Rechtsanwälte sowie Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union. Daneben sind auch die Vertreter von Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden und sonstigen Vereinigungen zur Prozessvertretung berechtigt. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts können sich durch eigene Beschäftigte vertreten lassen.

Alle Personen, die eine Prozessvollmacht ausüben, müssen über die Befähigung zum Richteramt verfügen.

Grundsätze des Verfahrens

Das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit beruht auf folgenden Grundsätzen:

Grundsatz der Amtsermittlung (Offizialmaxime)

Im sozialgerichtlichen Verfahren wird der gesamte Streitstoff durch das Gericht von Amts wegen ermittelt (im Gegensatz zum Zivilprozess, in dem die Parteien selbst den Streitstoff beibringen müssen). Deshalb muss der Vorsitzende bereits vor der mündlichen Verhandlung alle Maßnahmen treffen, die notwendig sind, um den Rechtsstreit möglichst in einer mündlichen Verhandlung zu erledigen.

Zum Streitstoff gehören alle für die Entscheidung des Rechtsstreits wesentlichen Tatsachen.

Grundsatz der Mündlichkeit und des rechtlichen Gehörs

Die Beteiligten haben das Recht auf Akteneinsicht, das allerdings vom Vorsitzenden beschränkt oder untersagt werden kann.

Die Entscheidung des Gerichts muss in der Regel aufgrund mündlicher Verhandlung ergehen. Die Beteiligten erhalten dadurch das Recht, ihre Auffassung dem Gericht unmittelbar vorzutragen. Sie sind daher zu jedem Termin zu laden. Werden Zeugen vernommen, so haben die Beteiligten das Recht, an der Zeugenvernehmung teilzunehmen. Das Urteil des Gerichts darf nur auf Tatsachen gestützt werden, zu denen sich die Beteiligten äußern konnten.

Grundsatz der Unmittelbarkeit

Das Gericht muss den streitigen Sachverhalt aus eigener und unmittelbarer Wahrnehmung kennen. Das Urteil kann nur von Richtern gefällt werden, die an der Verhandlung teilgenommen haben.

Grundsatz der freien Beweiswürdigung

Das Gericht hat nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis der Verhandlung gewonnenen Überzeugung zu entscheiden.

Grundsatz der Öffentlichkeit

Der Zutritt zum Verhandlungsraum steht allen Personen frei, auch wenn sie am Prozess selbst nicht beteiligt sind. Nicht öffentlich sind Beratung und Abstimmung. Die Öffentlichkeit kann ausgeschlossen werden (zum Beispiel bei Gefährdung der öffentlichen Ordnung), im sozialgerichtlichen Verfahren hauptsächlich dann, wenn die Offenlegung der gesundheitlichen oder Familienverhältnisse gegen die Grundsätze des Datenschutzes verstößt.

Gang des Verfahrens

Die für die Sozialleistungen zuständigen Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger) erheben für die von ihnen durchgeführten Verfahren keine Kosten. Von der Kostenfreiheit werden Gebühren und Auslagen erfasst, die im Rahmen des gesamten Verwaltungsverfahrens entstehen.

Vorverfahren

Die Kostenfreiheit umfasst das gesamte Verwaltungsverfahren einschließlich des Widerspruchsverfahrens.

Bevor gegen eine Entscheidung (Verwaltungsakt) der Verwaltung eine Anfechtungsklage beim Sozialgericht erhoben werden kann, ist zunächst ein Vorverfahren – das Widerspruchsverfahren – durchzuführen. Ein Vorverfahren muss auch durchgeführt werden, wenn der Antrag auf Vornahme einer Entscheidung der Verwaltung abgelehnt worden ist.

Dieses Vorverfahren beginnt mit der Erhebung des Widerspruchs. Der Widerspruch ist binnen eines Monats, nachdem der Verwaltungsakt der beschwerten Person bekanntgegeben worden ist, schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift bei der Stelle einzureichen, die den Verwaltungsakt erlassen hat.

Die Frist beträgt bei Bekanntgabe im Ausland drei Monate.

Das Widerspruchsverfahren soll insbesondere die folgenden Funktionen erfüllen:

- → der Person, die den Widerspruch erhebt, soll Rechtsschutz gegen eine als falsch empfundene Entscheidung (Rechtsschutzfunktion) gegeben werden,
- → die Verwaltung soll die Möglichkeit erhalten, ihre Entscheidung (den erlassenen Verwaltungsakt) auf ihre Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit zu überprüfen und zu korrigieren,
- → die Gerichte sollen von Streitfällen entlastet werden, die von der Verwaltung selbst geregelt werden können (Filter- oder Entlastungsfunktion).

In Angelegenheiten der Sozialversicherung entscheidet über den Widerspruch die von der Vertreterversammlung des Sozialversicherungsträgers bestimmte Stelle (Widerspruchsausschuss).

Widerspruchsausschüsse sind Teil der sozialen Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Die Zusammensetzung der Widerspruchsausschüsse wird durch die jeweilige Satzung bestimmt. Die Vertreterversammlung wählt als Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber die ehrenamtlichen Mitglieder der Widerspruchsausschüsse. Es ist auch möglich, dass Bedienstete des Sozialversicherungsträgers (je nach Satzung mit oder ohne Stimmrecht) Mitglieder der Widerspruchsausschüsse sind.

Bei der Deutschen Rentenversicherung bestehen die Widerspruchsausschüsse aus drei Mitgliedern, je einem ehrenamtlichen Vertreter der Gruppe der Arbeitgeber und der Gruppe der Versicherten sowie ein Mitarbeiter der Verwaltung, der vom Geschäftsführer eingesetzt wird.

Lesen Sie dazu bitte auch Seite 24.

Dem Widerspruch kann entweder ganz oder teilweise entsprochen oder er kann zurückgewiesen werden. Wird der Widerspruch abgelehnt, erlässt der Widerspruchsausschuss einen Widerspruchsbescheid, gegen den dann Klage erhoben werden kann.

Der Widerspruchsbescheid ist schriftlich zu erlassen, zu begründen und den Beteiligten bekanntzugeben.

Erhebung der Klage

Das Gerichtsverfahren beginnt mit der Klage. Sie kann vom Kläger selbst oder von seinem Vertreter erhoben werden. Die Einreichung der Klage ist an eine Frist gebunden; diese beginnt mit der Bekanntgabe der Verwaltungsentscheidung beziehungsweise der Entscheidung der Widerspruchsstelle und beträgt einen Monat.

Bei Wohnsitz im Ausland beträgt die Frist drei Monate.

Die Klage ist bei dem zuständigen Gericht der Sozialgerichtsbarkeit zu erheben. Zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Kläger zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz hat. Die Klage kann auch bei jeder inländischen Behörde oder beim Versicherungsträger selbst eingereicht werden. Bei Wohnsitz im Ausland ist das Sozialgericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsträger seinen Sitz hat.

Die Klage ist schriftlich oder auch zu Protokoll des Urkundsbeamten beim Gericht zu erheben. Die Klageschrift ist an keine feste Form gebunden. Hat man ohne Verschulden die Klagefrist versäumt, so kann man beantragen, so gestellt zu werden, als hätte man die Frist nicht versäumt (sogenannte Wiedereinsetzung in den vorigen Stand).

Eine telefonische Erklärung genügt demnach nicht.

Vorbereitende Schriftsätze und deren Anlagen, schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen der Beteiligten sowie schriftlich einzureichende Auskünfte, Aussagen, Gutachten, Übersetzungen und Erklärungen Dritter können als elektronisches Dokument beim Gericht eingereicht werden.

Das elektronische Dokument muss für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet sein.

Rechtsanwälte, vertretungsberechtigte Personen, Behörde oder juristische Personen des öffentlichen Rechts müssen die entsprechenden Unterlagen als elektronische Dokumente übermitteln. Nur in Ausnahmefällen ist die herkömmliche Übermittlung in Papierform oder per Telefax zulässig, wenn eine Übermittlung aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich ist und dies unverzüglich glaubhaft gemacht wird. Auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen.

Das elektronische Dokument muss mit einer qualifizierten elektronischen Signatur der verantwortenden Person versehen sein oder von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg eingereicht werden.

In Verfahren wegen eines überlangen Gerichtsverfahrens wird die Streitsache erst mit Zustellung der Klage rechtshängig.

Mit der Erhebung der Klage wird die Streitsache rechtshängig. Das bedeutet, dass jetzt ein Gericht mit der Sache befasst ist.

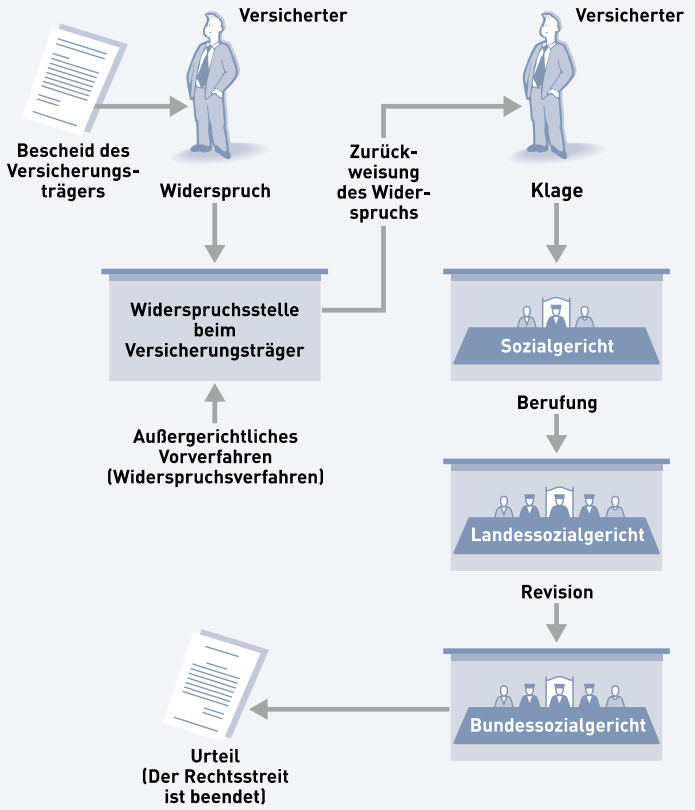
Um den Sozialgerichten die Erledigung der eingehenden Klagen zeitnah zu ermöglichen, müssen der Streitgegenstand begründet und die Beteiligten angegeben werden.

Sind diese Anforderungen nicht erfüllt, muss der Vorsitzende den Kläger zu einer entsprechenden Ergänzung auffordern. Hierzu setzt er ihm eine angemessene Frist, in der der Kläger die gebotene und ihm mögliche Mitwirkungshandlung erbringt oder begründet, warum er die geforderte Handlung nicht vornehmen kann.

Die Frist beträgt regelmäßig drei Monate.

Wenn der Kläger nicht mitwirkt oder das Verfahren nicht weiter betreibt, gilt die Klage als zurückgenommen (Fiktion einer Klagerücknahme).

Sozialgerichtsbarkeit



Klagearten

Nach der Art des verlangten Rechtsschutzes lassen sich hauptsächlich vier Klagearten unterscheiden: Anfechtungsklage, Leistungsklage, Feststellungsklage, Untätigkeitsklage.

Mit der Anfechtungsklage wird die Aufhebung oder Abänderung der Verwaltungsentscheidung angestrebt. Der Kläger muss bei der Anfechtungsklage darlegen, dass er durch die Verwaltungsentscheidung in einem subjektiven Recht verletzt (beschwert) ist. Das Gericht hat in diesem Fall zu prüfen, ob die Entscheidung der Verwaltung mit dem geltenden Recht übereinstimmt und ob die Behörde den objektiv richtigen Sachverhalt zugrunde gelegt hat. Dabei kann das Gericht zu dem gleichen Ergebnis kommen wie die Verwaltung und die Widerspruchsstelle, dann wird die Klage abgewiesen.

Wenn dagegen das Vorbringen des Klägers begründet ist, so wird die fehlerhafte Verwaltungsentscheidung durch das Gerichtsurteil aufgehoben, und die Verwaltung muss daraufhin erneut prüfen und entscheiden.

Mit der Leistungsklage wird nicht nur die Aufhebung des Verwaltungsaktes selbst, sondern auch die Verurteilung der Behörde zur Leistung angestrebt. Hier kann das Gericht nicht nur die fehlerhafte Verwaltungsentscheidung aufheben, sondern darüber hinaus die Verwaltung zur Erbringung der Leistung verurteilen (zum Beispiel zur Zahlung einer Rente).

Mit der Feststellungsklage kann begehrt werden: die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses (beispielsweise die Feststellung, in welchem Umfang Beiträge zu berechnen oder anzurechnen sind), die Feststellung, welcher Versicherungsträger der Sozialversicherung zuständig ist, oder auch die Feststellung der Nichtigkeit eines Verwaltungsaktes.

Die Untätigkeitsklage erhebt man, wenn die Verwaltung den Antrag längere Zeit hindurch nicht bearbeitet oder über ihn nicht entschieden hat. Mit der Untätigkeitsklage kann man folglich die Verwaltung zwingen, tätig zu werden und zu entscheiden.

Mündliche Verhandlung

Die mündliche Verhandlung ist das Kernstück des Prozesses. In ihr wird alles erörtert, was erforderlich ist, um eine gerechte Entscheidung zu finden. Sie kann in geeigneten Fällen und soweit ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen als Videoverhandlung stattfinden. Eine mündliche Verhandlung findet als Videoverhandlung statt, wenn an ihr mindestens ein Verfahrensbeteiligter per Bild- und Tonübertragung teilnimmt.

Verfahrensbeteiligte sind die Beteiligten, ihre Bevollmächtigten und Beistände.

Die mündliche Verhandlung beginnt nach Aufruf der Sache mit der Darstellung des Sachverhalts durch den Vorsitzenden oder den von ihm bestimmten Berichterstatter. Anschließend erhalten die Beteiligten die Möglichkeit, ihre Auffassungen dem Gericht vorzutragen, im Allgemeinen zuerst der Kläger, dann der Beklagte. Der Vorsitzende hat dabei die Pflicht, darauf hinzuwirken, dass alles vorgetragen wird, was zur Klärung des Streitstoffes dient. Soweit es erforderlich ist, hat er auch auf die rechtliche Bedeutung des Vorgebrachten hinzuweisen.

Mit Einverständnis der Beteiligten kann das Gericht ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden.

In der mündlichen Verhandlung werden auch die Beweise erhoben. Das geschieht durch Vernehmung von Zeugen oder sachverständigen Zeugen, durch Anhörung von Sachverständigen, durch Vorlage von Urkunden oder durch Einvernahme des Augenscheins.

Ist die Streitsache genügend erörtert, erklärt der Vorsitzende die mündliche Verhandlung für geschlossen. Das Gericht zieht sich zur Beratung zurück. In der Beratung werden Streitstoff und Ergebnis der mündlichen Verhandlung gewürdigt und die Entscheidung getroffen. Über das Beratungsergebnis wird abgestimmt, es entscheidet die absolute Mehrheit.

Die Beratung ist geheim.

Nach der Beratung entscheidet das Gericht durch Urteil. Dieses besteht aus der Urteilsformel, einer Darstellung des Tatbestandes und den Urteilsgründen. Zum Schluss hat das Urteil eine Rechtsmittelbelehrung zu enthalten. Der Vorsitzende kann den Beteiligten, ihren Bevollmächtigten und Beiständen gestatten, an der Urteilsverkündung per Bild- und Tonübertragung teilzunehmen.

Das Verfahren braucht aber nicht immer mit einem Urteil zu enden. Die Beteiligten können auch einen Vergleich abschließen:

→ Die Verwaltung kann ein Anerkenntnis abgeben, also erklären, dass die Klage begründet ist.
→ Der Kläger kann schließlich seine Klage zurücknehmen, wenn er eingesehen hat, dass sein Anspruch nicht begründet ist.

Merke:

Beteiligte am Verfahren sind: der Kläger, der Beklagte und der Beigeladene. Auch Minderjährige können schon beteiligt sein.

Grundsätze des Verfahrens sind: Grundsatz der Amtsermittlung, der Mündlichkeit und des rechtlichen Gehörs, der Unmittelbarkeit, der freien Beweiswürdigung und der Öffentlichkeit. Die mündliche Verhandlung ist das Kernstück des Prozesses.

Das Gerichtsverfahren beginnt mit der Klage; ihm muss das Widerspruchsverfahren vorausgehen.

Rechtsmittel

Rechtsmittel geben den Beteiligten die Möglichkeit, eine gerichtliche Entscheidung durch ein Gericht höherer Instanz überprüfen zu lassen. In der Sozialgerichtsbarkeit gibt es die Berufung, die Revision und die Beschwerde. Das Verfahren ist kostenfrei.

Berufung

Die Berufung findet gegen die Urteile der Sozialgerichte statt. Um eine Überlastung der Landessozialgerichte zu vermeiden, schließt das Gesetz für bestimmte Fälle (meistens Bagatellfälle) die Berufung ausdrücklich aus.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht oder Sozialgericht einzulegen. Die Berufungsschrift soll (muss aber nicht) das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen angeben.

Die mündliche Verhandlung verläuft in gleicher Weise wie beim Sozialgericht.

Im Berufungsverfahren wird der gesamte Streitstoff wie in der ersten Instanz nach der rechtlichen und der tatsächlichen Seite hin geprüft. Das Landessozialgericht prüft den Streitfall im

gleichen Umfang wie das Sozialgericht und hat hierbei auch neu vorgebrachte Tatsachen und Beweismittel zu berücksichtigen.

Ist die Berufung begründet, so wird das Urteil des Sozialgerichts aufgehoben und je nachdem der Klage stattgegeben oder die Klage abgewiesen. Kommt das Landessozialgericht zu dem Ergebnis, dass die Berufung nicht begründet ist, so wird die Berufung als unbegründet zurückgewiesen.

Revision

Die Revision findet gegen Urteile der Landessozialgerichte statt. Auch gegen das Urteil eines Sozialgerichts kann schon Revision eingelegt werden (sogenannte Sprungrevision, weil das Landessozialgericht hierbei übersprungen wird). Die Revision ist zulässig, wenn das Landessozialgericht oder – im Fall der Sprungrevision – das Sozialgericht sie ausdrücklich zugelassen hat.

Die Revision ist innerhalb eines Monats nach Urteilszustellung schriftlich beim Bundessozialgericht einzulegen; sie kann nicht zur Niederschrift des Urkundsbeamten erklärt werden.

Im Gegensatz zu Klageschrift und Berufungsschrift ist die Revision streng an Formen gebunden. Die Revision muss das angefochtene Urteil bezeichnen und einen bestimmten Antrag enthalten. Die verletzte Rechtsnorm muss angegeben und die Revision ausführlich begründet werden. Da beim Bundessozialgericht Vertretungszwang besteht, müssen Revision und Begründung von einem Prozessbevollmächtigten unterzeichnet sein. Einem Bedürftigen kann für das Revisionsverfahren Prozesskostenhilfe bewilligt und ein Rechtsanwalt als Prozessbevollmächtigter an die Seite gestellt werden.

Die mündliche Verhandlung verläuft in gleicher Weise wie beim Sozialgericht und Landessozialgericht.

Das Bundessozialgericht prüft den Streitstoff nicht mehr nach der tatsächlichen Seite hin; es ist an die tatsächlichen Feststellungen des Landessozialgerichts oder – im Fall der Sprungrevision – des Sozialgerichts gebunden.

Im Gegensatz zum Berufungsverfahren erfolgt hier eine Überprüfung lediglich nach der rechtlichen Seite.

Das Bundessozialgericht kann die Revision verwerfen, wenn sie nicht formgerecht ist, oder sie zurückweisen, wenn sie sachlich unbegründet ist. Das Gericht kann aber auch das Urteil des Landessozialgerichts aufheben und in anderer Weise entscheiden.

Beschwerde

Bis zum Abschluss des Verfahrens durch das Urteil sind vom Sozialgericht häufig Entscheidungen zu treffen, die sich aus dem laufenden Verfahren ergeben, zum Beispiel Ordnungsstrafen beim Ausbleiben von Zeugen und Sachverständigen. Dagegen kann ebenfalls Beschwerde eingelegt werden, über die das Landessozialgericht durch einen Beschluss entscheidet.

Wird die Revision durch das Landessozialgericht nicht zugelassen, kann diese Nichtzulassung beim Bundessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Wiederaufnahmeverfahren

Wenn ein Urteil rechtskräftig geworden ist, kann es durch Rechtsmittel nicht mehr angefochten werden. Dennoch kann sich die Notwendigkeit ergeben, ein rechtskräftiges Urteil abzuändern. Für diese Fälle sieht das Gesetz die Wiederaufnahme des Verfahrens vor.

Sie ist zulässig, wenn das rechtskräftige Urteil mit schweren Mängeln behaftet ist, zum Beispiel wenn das Gericht fehlerhaft besetzt war, ein Zeuge wegen Meineids bestraft oder nachträglich eine Urkunde gefunden wurde (zum Beispiel die Versicherungskarte), die für das Urteil von Bedeutung gewesen wäre.

Kosten

Man unterscheidet gerichtliche und außergerichtliche Kosten. Für die gerichtlichen Kosten gilt der Grundsatz, dass bei allen Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit keine Gerichtskosten zu zahlen sind (Kostenfreiheit). Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts (wie zum Beispiel die Versicherungsträger) haben jedoch für jede Streitsache, an der sie beteiligt sind, eine Pauschalgebühr zu zahlen – unabhängig vom Ausgang des Rechtsstreits. Außergerichtliche Kosten sind alle für die Rechtsverfolgung notwendigen Aufwendungen, also auch die Kosten für den Rechtsanwalt. Das Gericht entscheidet im Urteil, wer diese Kosten zu tragen hat. Die Gebühren für Rechtsanwälte sind gesetzlich geregelt.

Merke:

Rechtsmittel in der Sozialgerichtsbarkeit sind: Berufung, Revision und Beschwerde.

Das Verfahren ist kostenfrei.

Beispiel aus der Praxis

Dipl.-Ingenieur Max A. hat die Regelaltersgrenze erreicht. Die Deutsche Rentenversicherung Bund schickt ihm den Rentenbescheid. Am Schluss des Bescheides steht die Rechtsmittelbelehrung: „Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats Widerspruch bei der Deutschen Rentenversicherung Bund erheben."

Widerspruch

Max A. ist der Ansicht, dass die Rente nicht richtig berechnet ist. Er schreibt in einem Brief an die Deutsche Rentenversicherung Bund:

„Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat meine Praktikantenzeit nicht rentensteigernd angerechnet (siehe beiliegendes Zeugnis des Arbeitgebers). Es fehlt die Zeit von 1983 bis 1987. Ich war damals in Mexiko und habe bei VW in Mexiko-City gearbeitet. Ich verlange, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund meine Rente neu berechnet."

Der Widerspruchsausschuss der Deutschen Rentenversicherung Bund weist den Widerspruch zurück, weil die rechtlichen Voraussetzungen für die Anrechnung der Praktikantenzeit von 1983 bis 1987 nicht vorliegen.

Max A. erhält einen Widerspruchsbescheid. Am Schluss des Bescheides heißt es: „Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats bei dem Sozialgericht in Stuttgart Klage erheben."

Klage

Max A. überzeugen die Gründe des Widerspruchsausschusses nicht; er ist nach wie vor der Ansicht, dass seine Rente nicht richtig berechnet ist.

Er schreibt deshalb an das Sozialgericht in Stuttgart: „Die Auffassung des Widerspruchsausschusses der Deutschen Rentenversicherung Bund kann ich nicht teilen. Meine Praktikantenzeit in Mexiko von 1983 bis 1987 muss rentensteigernd angerechnet werden. Ich beantrage, die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Neuberechnung zu veranlassen."

Das Sozialgericht schickt der Deutschen Rentenversicherung Bund die Klage zur Stellungnahme.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund schreibt dazu: „Wir beantragen, die Klage abzuweisen, denn der Kläger hat auf die Erhöhungen keinen Anspruch.“ Es folgen rechtliche Ausführungen.

Das Sozialgericht (Kammer für Rentenversicherung) setzt den Termin zur mündlichen Verhandlung fest. Der Kläger geht selbst zum Gericht. Für die Deutsche Rentenversicherung Bund kommt ein Verwaltungsbeamter. Den Vorsitz hat ein Berufsrichter, neben ihm sitzen als ehrenamtliche Richter ein Arbeitnehmer- und ein Arbeitgebervertreter. Der Kläger und der Beklagte tragen dem Gericht ihre Ansichten vor. Nach der Beratung verkündet der Richter das Urteil. Die Klage wird abgewiesen. Er erläutert kurz die rechtlichen Gründe.

Der Kläger erhält später das schriftliche Urteil. Am Schluss des Urteils heißt es: „Gegen dieses Urteil können Sie innerhalb eines Monats beim Landessozialgericht Baden-Württemberg in Stuttgart Berufung einlegen.“

Berufung

Max A. überzeugen die Gründe des Gerichts nur zum Teil: Er schreibt deshalb an das Landessozialgericht in Stuttgart: „Ich sehe jetzt ein, dass meine Zeit bei VW nicht angerechnet werden kann. Ich nehme insoweit meine Klage zurück. Meine Praktikantenzeit muss jedoch als Fachschulzeit angerechnet werden.“

Das Landessozialgericht schickt der Deutschen Rentenversicherung Bund die Berufung zur Stellungnahme.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund schreibt: „Wir beantragen, die Berufung zurückzuweisen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anrechnung der Praktikantenzeit. Das Gesetz sieht nur die Anrechnung von Zeiten der Fachschulausbildung vor.

Bei Praktikantenzeiten handelt es sich nicht um Fachschulausbildung.“

Das Landessozialgericht (Senat für Rentenversicherung) setzt den Termin zur mündlichen Verhandlung fest. Der Kläger geht selbst zum Gericht. Für die Deutsche Rentenversicherung Bund kommt eine Verwaltungsfachfrau. Kläger und Beklagte tragen dem Gericht ihre Ansichten vor.

Nach der Berufung verkündet der Vorsitzende Richter das Urteil: Die Berufung wird zurückgewiesen. Er erläutert kurz die rechtlichen Gründe.

Der Kläger erhält später das schriftliche Urteil. Am Schluss des Urteils heißt es: „Die Revision wird zugelassen, weil über die Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden ist: Sind Praktikantenzeiten als Zeiten der Fachschulausbildung anzusehen?“

Revision

Max A. will Revision einlegen. Er geht deshalb zu seinem Rechtsanwalt.

Dieser schreibt nun an das Bundessozialgericht in Kassel: „Ich beantrage, das Urteil des Sozialgerichts und Landessozialgerichts aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Praktikantenzeiten des Klägers anzurechnen. Das Landessozialgericht hat § 58 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI nicht richtig angewendet.“ Es folgen rechtliche Ausführungen.

Das Bundessozialgericht schickt die Revisionsschrift der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Stellungnahme.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund schreibt: „Wir beantragen, die Revision als unbegründet zurückzuweisen, denn das Urteil des Landessozialgerichts ist richtig.“ Es folgen Rechtsausführungen.

Das Bundessozialgericht setzt den Termin zur mündlichen Verhandlung fest. Für den Kläger erscheint ein Rechtsanwalt. Die Beteiligten tragen dem Gericht ihre jeweiligen Rechtsauffassungen vor.

Nach der Beratung verkündet der Vorsitzende Richter das Urteil: Die Revision wird zurückgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anrechnung der Zeiten. Der Wortlaut des Gesetzes ist maßgebend: Dieser sieht nur die Anrechnung von Zeiten der Fachschulausbildung vor.

Der Rechtsstreit ist beendet.

Fragen:

1. Welche Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit gibt es?
2. Wofür ist die Sozialgerichtsbarkeit zuständig?
3. Ist die Gewaltenteilung in der Sozialgerichtsbarkeit verwirklicht?
4. Wer wirkt an der Rechtsprechung mit?
5. Wie sind das Sozialgericht, das Landessozialgericht und das Bundessozialgericht besetzt?
6. Welche Aufgaben haben das Sozialgericht, das Landessozialgericht und das Bundessozialgericht?
7. Wer kann am Gerichtsverfahren beteiligt sein? Gilt das auch für Minderjährige?
8. Kann jeder vor dem Gericht der Sozialgerichtsbarkeit selbst auftreten?
9. Auf welchen Grundsätzen beruht das Gerichtsverfahren?
10. Was ist zu tun, wenn man mit einer Entscheidung der Verwaltung nicht einverstanden ist?
11. Wie läuft eine mündliche Verhandlung ab?
12. Welche Rechtsmittel gibt es?
13. Welche Kosten können entstehen, und wer bezahlt sie?

Aufgaben:

1. Informieren Sie sich über den Aufbau der Gerichte, ihre Unterschiede und Gemeinsamkeiten.

2. Diskutieren Sie über die Trennung von Verwaltung und Rechtsprechung.

3. Erörtern Sie die Einrichtung von Laienrichtern und Kollegialgerichten.

4. Besprechen Sie die Zusammensetzung der Sozialgerichte mit Arbeitgeber-/Arbeitnehmervertretern. Rolle der Gewerkschaften?

5. Vergleichen Sie das Verfahren in der Sozialgerichtsbarkeit mit den Verfahren vor anderen Gerichten: Gerichtsverfahren und Rechtsmittel.

Begriffe

Aktivrente

Die Aktivrente ist keine Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern ein steuerlicher Freibetrag (Steuerbonus). Er kann von allen Arbeitnehmern genutzt werden, die Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze erzielen. Dieser steuerliche Freibetrag beträgt insgesamt höchstens 24 000 Euro im Kalenderjahr. Er wird nur für Kalendermonate gewährt, in denen die Voraussetzungen vorliegen. Der tatsächliche monatliche Freibetrag beträgt damit 2 000 Euro. Dabei kommt es nicht darauf an, ob bereits eine Altersrente bezogen wird, der Beginn der Altersrente aufgeschoben wurde oder überhaupt ein Anspruch auf eine Altersrente besteht. Nicht genutzt werden kann der steuerliche Freibetrag (Aktivrente) von Gewerbetreibenden, Freiberuflern und Selbstständigen sowie von Beamten.

Altersgrenze

Altersgrenze ist die Grenze zwischen dem aktiven Erwerbsleben und dem Ruhestand – der Übergang vom Beitragszahler zum Rentner. Die Geburtsjahrgänge bis 1946 erreichten die Regelaltersgrenze mit 65. Für die Jahrgänge 1947 bis 1963 wird sie stufenweise angehoben. Ab Jahrgang 1964 liegt sie bei 67 Jahren.

Anschlussrehabilitation (AHB)

Anschlussrehabilitation (AHB) – auch Anschlussheilbehandlung genannt – ist eine ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Sie kommt nur bei bestimmten Erkrankungen in Betracht und schließt unmittelbar an eine stationäre Krankenhausbehandlung an. Die AHB wird bereits im Krankenhaus eingeleitet. Dies gilt nur für Versicherte, die einer gesetzlichen Krankenkasse angehören.

Beitrittsgebiet

Beitrittsgebiet ist das Gebiet der ehemaligen DDR. Es wird so bezeichnet, weil es mit Wirkung vom 3. 10. 1990 der Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist. Im Einigungsvertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der DDR vom 31. 8. 1990 ist dieses Gebiet in Kapitel II, Artikel 3 bezeichnet. Es umfasst die Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Ferner gehört der Teil des Landes Berlin dazu, in dem das Grundgesetz vor dem 3. 10. 1990 nicht galt: das frühere Berlin (Ost). Diese Länder werden auch neue Bundesländer genannt.

Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke sind gemeinnützige außerbetriebliche Bildungseinrichtungen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (insbesondere Fortbildung und Umschulung) für erwachsene Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen erbringen. Die Durchführung der Maßnahmen wird behindertengerecht organisiert. Es findet eine auf die individuellen Belange der Betroffenen ausgerichtete medizinische, psychologische und soziale Betreuung statt.

Bezugsgröße

Die Bezugsgröße ist für den Bereich der Sozialversicherung ein Rechenwert, der sich am Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung (durchschnittliches Bruttoarbeitsentgelt aller Versicherten) orientiert und jeweils kalenderjährlich neu bestimmt wird. Die Ermittlung erfolgt, indem das Durchschnittsentgelt des vorvergangenen Kalenderjahres auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag, aufgerundet wird.

Bundesamt für Soziale Sicherung

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ist eine selbständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Sitz in Bonn. Es hat die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger der gesetzlichen Kranken-, Renten-, und Unfallversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Daneben ist das BAS für die Bewirtschaftung der Bundeszuschüsse und sonstigen Zuweisungen des Bundes an die Rentenversicherung, für die Zulassung von Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke, für die Durchführung des Finanzausgleichs in der sozialen Pflegeversicherung und des Risikostrukturausgleichs sowie die Verwaltung des Gesundheitsfonds zuständig. Die Mutterschaftsgeldstelle im BAS bearbeitet Anträge auf Mutterschaftsgeld von Frauen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, aber nicht selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind. Das BAS hat außerdem die Aufsicht über die Aus- und Fortbildung bei den bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträgern.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ist zuständig für die Themen Arbeitsmarktpolitik, Arbeitsförderung, für Arbeitsrecht, -schutz und -medizin, außerdem für Renten- und Unfallversicherung, für das Sozialgesetzbuch, Prävention und Rehabilitation, Versorgungsmedizin sowie für die Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit. Zum Geschäftsbereich dieses Ministeriums gehören das Bundesarbeitsgericht, das Bundessozialgericht, das Bundesversicherungsamt sowie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Außerdem obliegt dem BMAS die Rechtsaufsicht über die Bundesagentur

für Arbeit. Zu seinem Geschäftsbereich gehören ferner die der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes unterstehende Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die Unfallversicherung Bund und Bahn, die übrigen bundesunmittelbaren Träger der Unfallversicherung und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

Bundesministerium für Gesundheit

Zu den zentralen Aufgaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zählt, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln. Die Drogenbeauftragte und die Patientenbeauftragte der Bundesregierung sind dem Ministerium zugeordnet, da die Krankheitsbekämpfung und die Prävention der Drogen- und Suchtgefahren ein zentraler Verantwortungsbereich des Ministeriums sind. Um die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, fallen auch die Berufsgesetze für die Ausbildungen in den Heilberufen in den Aufgabenbereich des BMG.

Datenschutz

Aufgabe des Datenschutzes ist es, die personenbezogenen Daten der Versicherten und ihrer Hinterbliebenen bei der Datenverarbeitung vor Missbrauch zu schützen. Für den Schutz der Sozialdaten gibt es besondere Regelungen. Diese sind im SGB X enthalten.

Dynamisierung der Rente

Dynamisierung der Rente bedeutet, dass eine Rente an die wirtschaftliche Gesamtentwicklung angepasst wird. Die Renten aus der Rentenversicherung, Unfallversicherung, Alterssicherung der Landwirte werden aus diesem Grund regelmäßig erhöht (angepasst, dynamisiert).

Europäischer Sozialfonds Plus (ESF Plus)

Der Europäische Sozialfonds (ESF) wurde von der Europäischen Union (EU) als bedeutendes Instrument zur Förderung von Beschäftigung und Bildung sowie zur Bekämpfung von Arbeitslosigkeit eingerichtet. In der aktuellen Förderperiode (2021–2027) wurden im ESF Plus die vier bislang eigenständige Finanzierungsinstrumente der EU – der ESF, der Europäische Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen (EHAP), die Beschäftigungsinitiative für junge Menschen (YEI) und das EU-Programm für Beschäftigung und soziale Innovation (EaSI) – zusammengefasst. Förderschwerpunkte sind insbesondere die Verbesserung der Bildungs- und Arbeitsmarktchancen, berufliche Weiterbildungsangebote für Erwerbstätige, Förderung benachteiligter junger Menschen mit dem Ziel einer eigenverantwortlichen Lebensführung, Unterstützung benachtei-

ligter Familien, Unterstützung von kleinen und mittleren Unternehmen bei der Fachkräftesicherung und -gewinnung sowie Förderung von innovativen, forschungsbasierten Unternehmensgründungen aus der Wissenschaft.

Europäisches Sozialbudget

Um Sozialleistungssysteme in allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft durchschaubar und vergleichbar zu machen, wird – nach dem Vorbild des Sozialbudgets der Bundesrepublik Deutschland – ein Europäisches Sozialbudget geschaffen. Dies ist zugleich ein Mittel zum Konzipieren und Verwirklichen gemeinsamer sozialpolitischer Ziele.

Grundsicherung

Leistungen der Grundsicherung sind eigenständige Sozialleistungen. Diese Leistung soll den grundlegenden Bedarf für den Lebensunterhalt der Menschen sicherstellen, die wegen Alters oder voller Erwerbsminderung endgültig aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen. Die Leistungen der Grundsicherung sind keine Leistungen der Sozialversicherung. Zuständig sind deshalb auch die Grundsicherungsämter bei den Stadt- und Kreisverwaltungen. Die Rentenversicherungsträger müssen aber ihre Rentner über die Leistungen der Grundsicherung aufklären und beraten.

Handwerksrolle

Die Handwerkskammer führt ein Verzeichnis, in welches die Inhaber von Betrieben zulassungspflichtiger Handwerke ihres Bezirks mit dem von ihnen zu betreibenden Handwerk oder bei Ausübung mehrerer Handwerke mit diesen Handwerken einzutragen sind. Dieses Verzeichnis wird Handwerksrolle genannt.

Körperschaften des öffentlichen Rechts

Die Körperschaft des öffentlichen Rechts ist eine rechtsfähige Verwaltungseinheit unter staatlicher Aufsicht; sie ist eine juristische Person, die – wie die natürliche Person – Träger von Rechten und Pflichten sein kann. Die Sozialversicherungsträger sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Krankenversichertennummer

Die Krankenkassen verwenden für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Sie besteht aus einem persönlichen unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten (10-stellige Kombination aus einem zufällig gewählten Großbuchstaben und 9 folgenden Ziffern) und einem veränderbaren Teil (9-stellige Zahlenkombination), der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält. Bei Familienversicherten kann dadurch der Bezug zu dem Angehörigen hergestellt werden, der Mitglied der Krankenkasse ist. Die persönliche Nummer (die eigentliche Krankenversichertennummer)

wird nur einmalig vergeben und bleibt, auch nach einem Wechsel der Krankenkasse, erhalten.

Künstlersozialkasse

Die Künstlersozialkasse (KSK) gehört seit dem 1. 1. 2025 zum Verbund der Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS). Die KSK ist für die Durchführung des Künstlersozialversicherungsgesetzes (KSVG) zuständig. Selbständige Künstler und Publizisten sollen einen ähnlichen Schutz in der gesetzlichen Sozialversicherung genießen wie Arbeitnehmer. Die KSK prüft, ob ein selbständiger Künstler (in den Bereichen Musik, darstellende Kunst oder bildende Kunst einschließlich Design oder als Publizist) die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach dem KSVG erfüllt. Sie berechnet für ihre Versicherten die Beitragsanteile, zieht sie ein und leitet dann die vollen Beiträge an die Leistungsträger der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung weiter. Die Beiträge setzen sich aus einem Zuschuss des Bundes (20 %) und aus Sozialabgaben von Unternehmen (30 %), die Kunst und Publizistik verwerten, zusammen. Die Selbständige Künstler und Publizisten müssen nur die Hälfte der jeweils fälligen Beiträge selbst zahlen. Welchen Monatsbeitrag ein Künstler/Publizist im Einzelnen an die KSK zahlt, hängt von der Höhe seines Arbeitseinkommens ab.

Personenbezogene Daten

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen. Dies sind insbesondere Daten, mit denen eine natürliche Person durch Zuordnung zu einer Kennung (wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung) oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen identifiziert werden kann. Besondere Merkmale können beispielsweise die physische, physiologische, genetische, psychische, wirtschaftliche, kulturelle oder soziale Identität einer natürlichen Person kennzeichnen.

Rechtsanspruch

Rechtsanspruch ist das Recht, beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen vom Versicherungsträger die vom Gesetz vorgeschriebene Verwaltungsentscheidung zu verlangen (zum Beispiel den Anspruch auf Zahlung von Rente).

Rehabilitation

Unter Rehabilitation (lat.: rehabilis = wieder geistig und physisch fähig gemacht) versteht man alle Leistungen, die in der Sozialversicherung zur Erhaltung, Besserung und der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt werden. Man unterscheidet medizinische Leistungen zur Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Seemannskasse

Die Seemannskasse ist eine Vorruhestands- und Zusatzversorgungskasse für Seeleute an Bord deutscher Schiffe. Aufgabe der Seemannskasse ist die Gewährung eines Überbrückungsgeldes nach Vollendung des 55. Lebensjahres an die bei ihr versicherten Seeleute sowie an Küstenschiffer und Küstenfischer, die aus der Seefahrt ausgeschieden sind. Außerdem besteht die Möglichkeit, auch nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze ergänzende Leistungen zu erhalten. Die Seemannskasse wurde zum 1. 1. 2009 in die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eingegliedert. Die Selbstverwaltungsorgane und die Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vertreten und verwalten die Seemannskasse nach dem für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Rentenversicherungsträger geltenden Recht und nach Maßgabe der Satzung der Seemannskasse.

Selbstverwaltung

Selbstverwaltung ist das paritätische Mitwirken der Versicherten und Arbeitgeber an der Erledigung der dem Versicherungsträger übertragenen Aufgaben. Ehrenamtliche Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber werden gewählt und „regieren“ eigenverantwortlich ihren Versicherungsträger. Organe der Selbstverwaltung sind die Vertreterversammlung und der Vorstand.

Solidaritätsprinzip

Die Sozialversicherung beruht auf dem Solidaritätsprinzip. Es besagt, dass die zu versichernden Risiken von allen Versicherten gemeinsam (solidarisch) getragen werden. Jeder zahlt nach der gesetzlichen Verpflichtung Beiträge zur Sozialversicherung; die Leistungen aber werden zum Teil ohne Rücksicht auf diesen Beitrag erbracht (zum Beispiel bei Anrechnung beitragsfreier Anrechnungszeiten in der Rentenversicherung). Es braucht also, anders als beim Versicherungsprinzip, kein Gleichgewicht zwischen Beitrag und Leistung zu bestehen.

Sonderversorgung

In der ehemaligen DDR wurden neben den Renten aus der allgemeinen Sozialversicherung auch Renten aus Sonderversorgungssystemen gezahlt. Hierzu gehören die Sonderversorgung der Nationalen Volksarmee (seit dem 1. 7. 1957), die Sonderversorgung des Ministeriums des Innern (dazu gehören die Deutsche Volkspolizei sowie die Organe der Feuerwehr und des Strafvollzugs) sowie die Sonderversorgung der Zollverwaltung der DDR und des Ministeriums für Staatssicherheit/Amtes für Nationale Sicherheit. Die bereits Ende 1991 aus der Sonderversorgung gezahlten Renten werden ab 1992 von der Rentenversicherung weitergezahlt und bestehende Ansprüche und Anwartschaften in die gesetzliche Rentenversicherung überführt.

Sozialbeirat

Der Sozialbeirat hat insbesondere die Aufgabe, in einem Gutachten zum Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung Stellung zu nehmen. Er besteht aus je vier Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, einem Vertreter der Deutschen Bundesbank sowie drei Vertretern der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Die Geschäfte des Sozialbeirats führt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Sozialbericht

Die Bundesregierung gibt mit dem Sozialbericht dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat einen Überblick über die sozial- und gesellschaftspolitischen Maßnahmen und Vorhaben. Damit erhält die Öffentlichkeit einen umfassenden Einblick, in welchem Umfang Soziale Sicherheit, soziale Gerechtigkeit und eine humanere Gestaltung des Arbeitslebens erreicht worden sind. Der Sozialbericht ist die Bilanz der auf sozial- und gesellschaftspolitischem Gebiet geleisteten Arbeit.

Sozialbudget

Das Sozialbudget ist ein Überblick über alle sozialen Leistungen und ihre Finanzierung in Deutschland, verbunden mit einer kurz- und mittelfristigen Vorausschau. Die Leistungen und ihre Finanzierung werden nach Institutionen, aber auch nach Zweck und Ursache (Funktionen) und Herkunft gegliedert. Die Zahlen des Sozialbudgets stimmen mit den wirtschaftlichen Grundannahmen und Daten über Sozialleistungen und ihre Finanzierung überein, die in die gesamtwirtschaftliche Voraussetzung der Bundesregierung eingegangen sind (volkswirtschaftliche Gesamtrechnung). Das Sozialbudget ist zugleich Grundlage der internationalen Berichterstattung.

Sozialdaten

Sozialdaten sind personenbezogene Daten, die von einem Leistungsträger im Hinblick auf seine Aufgaben verarbeitet werden. Leistungsträger sind Körperschaften, Anstalten und Behörden die Sozialleistungen erbringen. Sozialdaten unterliegen dem Datenschutz (siehe auch die Ausführungen zu den Stichwörtern „Datenschutz“, „Personenbezogene Daten“ und „Sozialgeheimnis“).

Soziale Entschädigung

Die Soziale Entschädigung unterstützt Menschen, die durch ein schädigendes Ereignis, für das die staatliche Gemeinschaft eine besondere Verantwortung trägt, eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, bei der Bewältigung der dadurch entstandenen Folgen. Schädigende Ereignisse sind Gewalttaten, Kriegsauswirkungen beider Weltkriege, Ereignisse im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes sowie Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe, die eine gesundheitliche Schädigung verursacht haben.

Soziale Sicherheit

Die Soziale Sicherheit (auch Soziale Sicherung) ist ein Sammelbegriff für die Sozialversicherung, die Versorgung und die Sozialhilfe. Der Begriff wurde 1948 von den Vereinten Nationen in die allgemeine Erklärung der Menschenrechte aufgenommen: „Jeder Mensch hat als Mitglied der Gesellschaft Recht auf Soziale Sicherheit." Das Schwergewicht der Sozialen Sicherheit liegt in der Bundesrepublik Deutschland in der Sozialversicherung.

Sozialer Rechtsstaat

Die Bundesrepublik Deutschland ist nach ihrer Verfassung ein demokratischer und sozialer Rechtsstaat (Art. 20 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 Grundgesetz). Das damit anerkannte Prinzip besagt, dass jeder Bürger Anspruch auf angemessene Lebensmöglichkeit und ein menschenwürdiges Dasein hat, dass die Tätigkeit des Staates an Gesetz und Recht gebunden ist und Rechtssicherheit und Gerechtigkeit zu gewährleisten sind.

Sozialgeheimnis

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt verarbeitet werden. Die Wahrung des Sozialgeheimnisses umfasst die Verpflichtung, auch innerhalb des Leistungsträgers sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

Sozialgerichtsbarkeit

Die Sozialgerichtsbarkeit ist der Rechtsschutz auf allen Gebieten der Sozialversicherung. Die Sozialgerichtsbarkeit wird durch unabhängige, von den Verwaltungsbehörden und Versicherungsträgern getrennte, besondere Gerichte ausgeübt. Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit sind die Sozialgerichte, die Landessozialgerichte und das Bundessozialgericht.

Sozialgesetzbuch

Im Sozialgesetzbuch werden alle sozialen Rechte und Pflichten zusammengefasst. Es soll dazu beitragen, soziale Gerechtigkeit und soziale Sicherheit bürgernah und allgemein verständlich zu beschreiben. Das wird schrittweise verwirklicht.

Sozialhilfe

Die Sozialhilfe will die Führung eines Lebens ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Sie hilft dem einzelnen Bedürftigen je nach der Besonderheit seiner Notlage (individuelle Art der Hilfeleistung); sie wird nur subsidiär gewährt. Ihre Mittel werden durch Steuern aufgebracht.

Sozialinvestitionen

Sozialinvestitionen sind Investitionen für soziale Zwecke beziehungsweise Einrichtungen wie Krankenhäuser, Heilstätten, Kliniken, Altenheime, Berufsförderungswerke. Die Versicherungsträger sind gesetzlich gehalten, ihr Vermögen mit Vorrang für soziale Zwecke anzulegen.

Sozialleistungen

Sozialleistungen sind alle Leistungen, die im Rahmen der Sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland erbracht werden. Innerhalb der Sozialleistungen liegt das Schwergewicht auf der Sozialversicherung; auf sie entfallen fast 70 % der Sozialleistungen.

Sozialpolitik

Sozialpolitik ist heute Gesellschaftspolitik. Sie ist nicht nur (wie früher) auf die sozialen Probleme der wirtschaftlich schwachen und schutzbedürftigen Bevölkerung gerichtet; sie erfasst vielmehr die sozialen und gesellschaftlichen Probleme aller Schichten des Volkes.

Sozialreform

Zur Sozialreform gehören alle staatlichen Maßnahmen, die dazu beitragen, eine neue soziale Ordnung entsprechend dem verfassungsmäßigen Auftrag zu schaffen und soziale (gesellschaftliche) Fehlentwicklungen zu verhindern.

Sozialversicherung

Die Sozialversicherung ist eine durch öffentliche Rechte geregelte, auf dem Solidaritätsprinzip beruhende Zwangsversicherung, die nach dem Grundsatz der Selbstverwaltung aufgebaut ist und unter staatlicher Aufsicht steht. Zur Sozialversicherung gehören die Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung. Die Sozialversicherung ist eine Mischform aus Versicherung, Versorgung und Fürsorge: Sie ist Versicherung (überwiegende Finanzierung aus Beiträgen); sie ist Versorgung (Staatszuschüsse, Ausgleich nach sozialen Gesichtspunkten); sie ist auch Fürsorge (Leistungen zur Rehabilitation).

Sozialversicherungsabkommen

Die Systeme der Sozialen Sicherheit vieler Staaten benachteiligen die Ausländer im Inland. Diese Nachteile zu beseitigen ist die wichtigste Aufgabe der Sozialversicherungsabkommen. Mit ihnen soll erreicht werden, dass Leistungen auch durch Versicherungsträger im anderen Vertragsstaat gewährt werden und zurückgelegte Beitrags- und gleichgestellte Zeiten bei der Anspruchsprüfung berücksichtigt werden. Man unterscheidet zwischen zweiseitigen (bilateralen) und mehrseitigen (multilateralen) Abkommen.

Versichertenälteste

Die Versichertenältesten haben die Aufgabe, eine ortsnahe Verbindung zu den Versicherten und Leistungsberechtigten herzustellen, diese zu beraten und zu betreuen; sie haben insbesondere die Aufgabe, Auskunft und Rat zu erteilen und den Versicherten bei der Ausfertigung von Leistungsanträgen behilflich zu sein. Versichertenälteste üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Sie werden von den Vertretern der Versicherten in der Vertreterversammlung gewählt.

Versicherten-berater

Die Versichertenältesten der Deutschen Rentenversicherung Bund werden als Versichertenberaterin und Versichertenberater bezeichnet.

Versicherung

Versicherung bedeutet: Gleichgewicht von Leistungen und Gegenleistungen. Der Versicherte muss einen Beitrag zahlen, der dem Wert der ihm (nach dem Versicherungsvertrag) zu gewährenden Leistungen entspricht. Die Höhe des Beitrages hängt von der Größe des Risikos ab (Gesundheitszustand, Alter), mit dem der einzelne Versicherte die Versichertengemeinschaft belastet (risikogerechte Beiträge). Das Versicherungsprinzip ist am deutlichsten in der Privatversicherung verwirklicht, in der Sozialversicherung zum Teil.

Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist das Ereignis, das in der Sozialversicherung den Leistungsanspruch auslöst. Versicherungsfälle sind in der Arbeitslosenversicherung die Arbeitslosigkeit, in der Krankenversicherung Krankheit und Entbindung sowie in der Unfallversicherung Arbeitsunfall und Berufskrankheit.

Versicherungs-träger

Versicherungsträger sind öffentlich-rechtliche Körperschaften, die die Aufgabe haben, die Sozialversicherung durchzuführen. Das bedeutet, dass sie die notwendigen Mittel (Beiträge) einziehen und daraus die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen gewähren müssen.

Versicherungs-zweig

Mit dem Wort Versicherungszweig bezeichnet man die Art der Sozialversicherung, der man aufgrund seiner Beschäftigung oder Beitragsleistung angehört. In der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es zwei Zweige: die allgemeine Rentenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung.

Versorgungs-ausgleich

Versorgungsausgleich ist die Aufteilung der während der Ehe erworbenen Renten- und Versorgungsanwartschaften auf beide Ehepartner zu gleichen Teilen (ähnlich dem Zugewinn-Ausgleich). Ausgleichspflichtig ist der Ehepartner mit den werthöheren Anwartschaften oder Aussichten auf eine auszugleichende Versorgung. Dem berechtigten Ehepartner steht als Ausgleich die Hälfte des Wertunterschiedes zu. Ziel des Versorgungsausgleichs ist die eigenständige Soziale Sicherung der Frau im Fall der Scheidung.

Volksversicherung

Volksversicherung ist die Einbeziehung der nahezu gesamten Bevölkerung in das soziale Versicherungssystem des Staates und Leistungsgewährung entsprechend dem Beitragsaufkommen (mit staatlichen Zuschüssen) sowie Verwaltung des Systems auf

genossenschaftlicher Grundlage (Selbstverwaltung). Gegensatz ist die Staatsbürgerversorgung. Sie wird im Wesentlichen aus Steuermitteln finanziert, gewährt allen Bürgern eine gleich hohe Grundsicherung (Mindestversorgung) und wird vom Staat verwaltet.

Vorruhestandsgeld

Das Vorruhestandsgeld ist keine Leistung der gesetzlichen Rentenversicherung. Es wird vom Arbeitgeber aufgrund tariflicher Vereinbarung gezahlt.

Wanderversicherung

Wanderversicherung liegt vor, wenn für einen Versicherten wirksame Beiträge zu mehreren Versicherungszweigen der gesetzlichen Rentenversicherung (allgemeine Rentenversicherung und knappschaftliche Rentenversicherung) gezahlt wurden.

Zusatzversorgung

Neben der allgemeinen Sozialversicherung und den Sonderversorgungssystemen gab es in der ehemaligen DDR eine ganze Reihe von Zusatzversorgungssystemen, beispielhaft wäre die Altersversorgung der Intelligenz zu nennen. Neben der Rente aus der Sozialversicherung erhielten die Berechtigten Leistungen aus der Zusatzversorgung. Die Ansprüche und Anwartschaften aus den Zusatzversorungssystemen sind 1992 nach dem Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (AAÜG) grundsätzlich in die gesetzliche Rentenversicherung überführt worden. Die Freiwillige Zusatzrentenversicherung (FZR) war kein Zusatzversorgungssytem, sondern gehörte zur allgemeinen Sozialversicherung der DDR.

Sachverzeichnis

Abfindung von Renten der Unfallversicherung 193
Aktive Arbeitsförderung 117
Aktivrente 240
Aktueller Rentenwert 76
Allgemeiner Rentenwert 108
Altersgrenze 66, 240
Altersrenten 66, 92, 103
Alterssicherung der Landwirte 97
Anfechtungsklage 230
Anschlussrehabilitation (AHB) 240
Anpassung der Leistungen der
→ Alterssicherung der Landwirte 108, 109
→ Rentenversicherung 77
→ Unfallversicherung 189, 194
Anrechnungszeiten 52
Arbeitsförderung 113
Arbeitslosengeld 127
Arbeitslosenversicherung, s. Arbeitsförderung 113
Arbeitsmarktberatung 120
Arbeitsunfall 185
Aufsichtspersonen 184
Ausbildungsvermittlung 119

Bedarfsgemeinschaft 138
Beitragsbemessungsgrenze in der
→ allgemeinen Rentenversicherung 49
→ Arbeitsförderung 116
→ knappschaftlichen Rentenversicherung 90
→ Krankenversicherung 155
→ Pflegeversicherung 201
Beitragshöhe in der
→ allgemeinen Rentenversicherung 49
→ Alterssicherung der Landwirte 100
→ Arbeitsförderung 116
→ knappschaftlichen Rentenversicherung 91
→ Krankenversicherung 156
→ Pflegeversicherung 200
→ Unfallversicherung 182
Beitragsnachweis, Rentenversicherung 51, 91
Beitragstragung (Beitragslast) in der
→ allgemeinen Rentenversicherung 47
→ Alterssicherung der Landwirte 100
→ Arbeitsförderung 116
→ knappschaftlichen Rentenversicherung 90
→ Krankenversicherung 157
→ Pflegeversicherung 201
→ Unfallversicherung 182
Beitragszeiten für die Wartezeit 53, 106
Beitragszuschuss an Landwirte 100
Beitrittsgebiet (neue Bundesländer) 80, 240
Bergmannsrente, s. Rente für Bergleute 92
Berücksichtigungszeit 53
Berufliche Orientierung 120
Berufliche Weiterbildung 124
Berufsausbildung 122
Berufsausbildungsbeihilfe 124

Berufsberatung 119
Berufsförderungswerke 241
Berufsgenossenschaft 195, 196
Berufskrankheit 186
Berufsorientierung 120
Berufsunfähigkeit 63, 92
Berufung 232
Beschwerde 234
Besteuerung von
→ Beiträgen 84
→ Renten 83, 84
Beteiligte am Sozialgerichts-
verfahren 225
Betriebliche Altersversorgung 39
Betriebskrankenkasse 175
Betriebs- und Haushaltshilfe 109
Bezugsgröße 241
Bundesagentur für Arbeit 28, 136
Bundesamt für Soziale Sicherung 241
Bundesgarantie 47
Bundesministerium für Arbeit
und Soziales 241
Bundesministerium für Gesundheit 242
Bundessozialgericht 223, 233

Datenschutz 242
Deutsche Rentenversicherung
Bund 25, 85
Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See 85, 95, 176
Deutsche Rentenversicherung –
Regionalträger 25, 85
Digitale Gesundheitsanwendungen 58
Digitale Pflegeanwendungen 210
Digitale Rentenübersicht 55
Dynamisierung der Leistungen der
→ Alterssicherung
der Landwirte 108, 109
→ Rentenversicherung 77
→ Unfallversicherung 189, 194

Eingliederungsvereinbarung 121
Eingliederungszuschuss 126
Einkommensanrechnung 70, 105, 191
Elektronische Gesundheitskarte 162
Entgeltpunkte 72, 73, 74, 75
Ersatzkassen 176
Ersatzzeiten 52
Erwerbsfähige Leistungs-
berechtigte 138
Erwerbsminderung 63, 102, 189
Europäischer Sozialfonds
Plus 96, 242

Familienangehörige,
mitarbeitende 98
Familienversicherte 150, 199
Feststellungsklage 230
Finanzierung der
→ allgemeinen Renten-
versicherung 46
→ Alterssicherung der Landwirte 100
→ Arbeitsförderung 116
→ knappschaftlichen
Rentenversicherung 90
→ Krankenversicherung 151
→ Pflegeversicherung 200
→ Unfallversicherung 182
Förderung der Teilhabe behinderter
Menschen am Arbeitsleben 127
Freiwillige Versicherung in der
→ allgemeinen Renten-
versicherung 45
→ Alterssicherung der Landwirte 99
→ Krankenversicherung 149
→ Unfallversicherung 181
Früherkennung von Krankheiten 164

Gemeinsamer Bundesausschuss 29
Generationenvertrag 47
Gesamtsozialversicherungs-
beitrag 157

Gesetzliche Grundlage der
→ allgemeinen Renten-
versicherung 39
→ Alterssicherung der
Landwirte 97
→ Arbeitsförderung 113
→ knappschaftlichen
Rentenversicherung 89
→ Krankenversicherung 145
→ Pflegeversicherung 197
→ Unfallversicherung 179
Gesundheitskarte, elektronische 162
Gleitzone s. Midijob
(Übergangsbereich) 48, 158
Grundrente 78
Grundsicherung 243
Grundsicherung für Arbeit-
suchende 137
Grundsicherungsgeld 140

Handwerksrolle 41, 176, 243
Haushaltshilfe 109, 169
Heilbehandlung 58, 91, 101, 170, 187
Heil- und Hilfsmittel 168, 187
Hinzuverdienst bei Altersrenten 68, 104
Hinzuverdienst bei Renten
wegen Erwerbsminderung 64, 102

Innungskrankenkasse 176
Insolvenzgeld 134
Intelligenzrente 250

Kapitalgedeckte Altersvorsorge 39
Kindererziehungsleistung 39, 80
Kindererziehungszeiten 43
Kinderheilverfahren 60
Klagearten 230
Knappschaftlicher Betrieb 90
Knappschaftliche Renten-
versicherung 89
Knappschaftsausgleichsleistung 93
Konkursausfallgeld,
s. Insolvenzgeld 134
Krankenbehandlung 166
Krankengeld 171
Krankenkasse 174
Krankenkassenwahlrecht 177
Krankenversichertennummer 162, 243
Krankenversicherung 145
Krankenversicherung der Rentner 81
Künstlersozialkasse 48, 244
Kurzarbeitergeld 132
Kurzzeitpflege 212

Landessozialgericht 223
Landwirte 98
Landwirtschaftliche Alterskasse 111
Landwirtschaftliche Kranken-
kasse 176
Leistungen der
→ allgemeinen Renten-
versicherung 39
→ Alterssicherung der Landwirte 97
→ Arbeitsförderung 113
→ knappschaftlichen Renten-
versicherung 89
→ Krankenversicherung 145, 161
→ Pflegeversicherung 208
→ Unfallversicherung 179, 185
Leistungen zur primären
Prävention 163
Leistungen zur Teilhabe am
Arbeitsleben in der
→ Arbeitsförderung 118, 127
→ Rentenversicherung 60, 61
Leistungsklage 230

Medizinische Rehabilitation,
Leistungen in der
→ Alterssicherung der Landwirte 101
→ Krankenversicherung 170
→ Rentenversicherung 56
→ Unfallversicherung 187

Medizinische Vorsorgeleistungen 164
Midijob (Übergangsbereich) 48, 158
Minijob 42, 48
Mitwirkung (Selbstverwaltung) 18
Mündlichkeitsgrundsatz 226
Mutterschaftsgeld 173

Nachweis (Beiträge – Rentenversicherung) 51, 91

Öffentlichkeitsgrundsatz 226
Offizialmaxime 225
Organe der Selbstverwaltung 18
Ortskrankenkasse 174

Personenbezogene Daten 244
Persönliche Entgeltpunkte 72
Pflegebedingte Aufwendungen 214
Pflegebedürftigkeit 204
Pflegegeld 211
Pflegegrade 206
Pflegehilfsmittel 212
Pflegekasse 220
Pflegesachleistung 210
Pflichtversicherung in der
→ allgemeinen Rentenversicherung 40
→ Alterssicherung der Landwirte 98
→ Arbeitsförderung 114
→ Krankenversicherung 146
→ Pflegeversicherung 198
→ Unfallversicherung 180
Pflegevorsorgefonds 203
Prävention 183

Qualifizierungsgeld 134

Rechtliches Gehör 226
Rechtsmittel 232
Rehabilitation, Leistungen der
→ allgemeinen Rentenversicherung 56
→ Alterssicherung der Landwirte 101
→ knappschaftlichen Rentenversicherung 91
→ Krankenversicherung 170
Reisekosten 62, 102, 188
Rente an Verwandte 192
Rente für Bergleute 92
Rente wegen Alters 66, 92, 103
Rente wegen Kindererziehung (Erziehungsrente) 69
Rente wegen Todes 68
Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 63, 92, 102, 189
Rentenanpassung 108, 194
Rentenantrag 71
Rentenarten der
→ Rentenversicherung 63, 92
→ Unfallversicherung 189
Rentenartfaktor 76, 94, 109
Rentenauskunft 54
Rentenformel der Rentenversicherung 73
Rentenhöhe in der
→ allgemeinen Rentenversicherung 72
→ Alterssicherung der Landwirte 107
→ knappschaftlichen Rentenversicherung 94
→ Unfallversicherung 190
Renteninformation 54
Rentensplitting unter Ehegatten 75
Rentenwert 76, 108
Rentnerkrankenversicherung 81
Rentnerpflegeversicherung 83
Revision 233
Risikostrukturausgleich 152

Saison-Kurzarbeitergeld 133
Seemannskasse 96, 245
Selbstverwaltung 17, 245
Sicherheitsbeauftragte 184
Sonderversorgung 245
Sozialdaten 246
Soziale Entschädigung 246
Sozialgerichte 222
Sozialgesetzbuch 247
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau 32, 111, 176, 195
Sozialwahlen 17, 19
Sperrzeit 130
Sprungrevision 233
Staatliche Förderung der Altersvorsorge 39
Steigerungszahl 107
Sterbegeld 190
Sterbeübergangszeit („Sterbevierteljahr“) 70, 76, 94, 191

Teilarbeitslosengeld 131
Teilstationäre Pflege 213
Telematikinfrastruktur 163
Träger der
→ allgemeinen Rentenversicherung 23, 85
→ Alterssicherung der Landwirte 111
→ Arbeitsförderung 136
→ knappschaftlichen Rentenversicherung 95
→ Krankenversicherung 174
→ Pflegeversicherung 220
→ Unfallversicherung 195
Transferkurzarbeitergeld 133

Übergangsgeld 61, 127, 131, 189
Umlageverfahren 14, 15, 46
Unfallverhütung 183
Unfallversicherung 179
Untätigkeitsklage 230
Unternehmen der Landwirtschaft 98

Verhütung von Krankheiten 163
Verletztengeld 189
Verletztenrente 189
Versichertenälteste 21, 24, 248
Versichertenberater 26, 249
Versicherungsfall 185, 249
Versicherungsfreiheit in der
→ Alterssicherung der Landwirte 98
→ Arbeitsförderung 115
→ Rentenversicherung 44
→ Unfallversicherung 181
Versicherungsnummer 50
Versicherungsnummernachweis 50
Versicherungspflicht in der
→ allgemeinen Rentenversicherung 40
→ Alterssicherung der Landwirte 98
→ Arbeitsförderung 114
→ knappschaftlichen Rentenversicherung 90
→ Krankenversicherung 146
→ Unfallversicherung 180
Versicherungspflichtverhältnis 17
Versicherungsschutz in der
→ allgemeinen Rentenversicherung 39
→ Arbeitsförderung 113
→ knappschaftlichen Rentenversicherung 89
→ Krankenversicherung 145
→ Pflegeversicherung 197
→ Unfallversicherung 179
Versorgungsausgleich 74
Vertrauensperson 21, 24, 33
Vertreterversammlung 18, 21
Verwaltungsausschuss 28
Verwaltungsrat 18, 31, 136, 174
Vollstationäre Pflege 214

Vorruhestandsgeld 250
Vorstand 18, 21
Vorverfahren 226

Wahlrecht der Krankenkassen-mitgliedschaft 177
Waisenbeihilfe 193
Waisenrente 69, 105, 192
Wartezeit 53, 106
Wegeunfall 185
Weiterbildungsförderung 124
Widerspruchsausschuss 24, 227
Wiederaufnahmeverfahren 234
Winterbauförderung 116, 133
Witwen-/Witwerbeihilfe 193
Witwen-/Witwerrente aus der
→ Alterssicherung der Landwirte 104
→ Rentenversicherung 68
→ Unfallversicherung 191

Zahnersatz 167
Zeiten aus einem Rentensplitting 53
Zeiten aus einem Versorgungsausgleich 53
Zugangsfaktor 75
Zurechnungszeit 53, 108
Zusatzversorgung 250
Zuzahlung des Versicherten
→ bei medizinischen Leistungen zur Rehabilitation 59
Zusatzbeiträge in der Krankenversicherung 153
Zuzahlung 170, 171

Broschüren zum Thema „Junge Menschen“

www.deutsche-rentenversicherung.de

Broschüren zum Thema „Junge Menschen“

Die Deutsche Rentenversicherung bietet auch jungen Menschen einen umfassenden Schutz im Fall der Fälle, zum Beispiel mit einer Rehabilitation oder einer Erwerbsminderungsrente.

Wie sich Berufsausbildung, ein Job neben dem Studium, freiwilliger Wehrdienst und Freiwilligendienste auswirken, welche Versicherungszeiten für Ihre spätere Rente zählen und viele andere Fragen werden Ihnen in unseren kostenlosen Broschüren beantwortet. Und obwohl die gesetzliche Rentenversicherung der wichtigste Baustein der Altersversorgung ist und bleibt, sollten Sie auch über die unterschiedlichen Möglichkeiten der privaten Vorsorge Bescheid wissen.

Die Broschüren können Sie über das kostenlose Servicetelefon der Deutschen Rentenversicherung unter 0800 10004800 oder im Internet über www.deutsche-rentenversicherung.de (Über uns & Presse → Broschüren) herunterladen oder bestellen.

www.rentenblicker.de
speziell für junge Leute

alles Wichtige zu Rente und Altersvorsorge

Deutsche Rentenversicherung
Sicherheit für Generationen