

**Lernbrief**

# **Sozialversicherung im System der sozialen Sicherung**

**Weiter-  
führende  
Themen**

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

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

Autor: Chris Ehrich, AOK Nordost

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartner: Thomas Streißelberger, Tel.: 030 34646-3603

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

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

# Gliederung

<b>1 Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2 Lernziele</b>	<b>6</b>
<b>3 System der sozialen Sicherung</b>	<b>7</b>
3.1 Drei Säulen der sozialen Sicherheit	10
3.1.1 Erste Säule: Sozialversicherung	10
3.1.2 Zweite Säule: Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden (Versorgung)	11
3.1.3 Dritte Säule: Soziale Hilfen	13
3.1.3.1 Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende	13
3.1.3.2 Leistungen der Sozialhilfe	14
3.2 Übungen zum Lernabschnitt 3	16
<b>4 Abgrenzung der Grundsätze in der Sozialversicherung von den Prinzipien der privaten Vorsorge</b>	<b>17</b>
4.1 Prinzipien der Privatversicherung	18
4.2 Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung	19
4.3 Übung zum Lernabschnitt 4	22
<b>5 Aufbau und Aufgaben der Sozialversicherung</b>	<b>22</b>
5.1 Träger der Sozialversicherung	22
5.1.1 Stellung der AOK auf dem Krankenversicherungsmarkt	25
5.1.2 Rechtsstellung der AOK	25
5.1.3 AOK als Arbeitgeber und Ausbildungsbetrieb	27
5.2 Versicherte Personen	28
5.3 Leistungen	29
5.3.1 Krankenversicherung	29
5.3.2 Pflegeversicherung	37
5.3.3 Unfallversicherung	38
5.3.4 Rentenversicherung	40
5.3.5 Arbeitsförderung	42
5.4 Antrag auf Sozialleistungen	44
5.5 Aufklärung, Beratung, Auskunft	45

5.6 Zusammenarbeit der AOK mit anderen Sozialleistungsträgern	47
5.7 Wichtige Institutionen für die AOK	48
5.8 Finanzierung	49
5.9 Übungen zum Lernabschnitt 5	52
<b>6 Zusammenfassende Selbstkontrolle</b>	<b>53</b>
<b>7 Lösungen zu den Übungen im Text</b>	<b>60</b>
<b>8 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle</b>	<b>63</b>

# 1 Einleitung

Das System der sozialen Sicherung in Deutschland gilt als eines der besten in der Welt.

Es umfasst die Säulen soziale Entschädigung, soziale Hilfen und die Sozialversicherung, in der sich unter anderem die gesetzliche Krankenversicherung wiederfindet.

Die Sozialversicherung ist ein wichtiger Bestandteil des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland. Sie bietet den Bürgern Schutz vor existenziellen Risiken wie Krankheit, Alter, Arbeitslosigkeit und Unfällen. Die Sozialversicherung ist grundsätzlich zwingend und beitragsfinanziert. Das bedeutet, dass die meisten Personen der Gesellschaft Beiträge zur Sozialversicherung zahlen müssen, unabhängig davon, ob sie aktuell Leistungen in Anspruch nehmen oder nicht.

Trotz des hohen Niveaus der sozialen Sicherung in Deutschland gibt es einige Probleme.

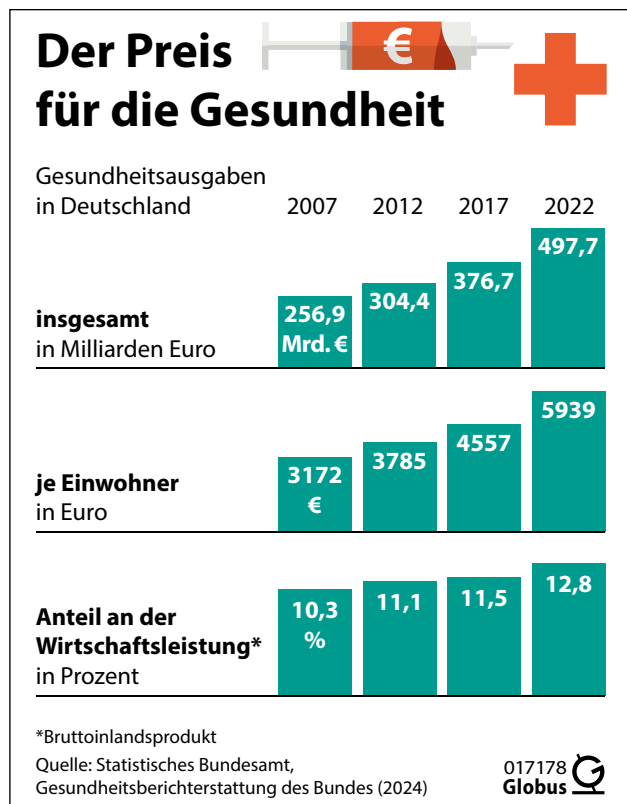
Die laufenden Gesundheitsausgaben in Deutschland erreichten 2022 rund 12,8 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Gemessen an der Wirtschaftsleistung gab Deutschland damit von allen EU-Staaten den höchsten Anteil für sein Gesundheitssystem aus. Unter den entwickelten Ländern weltweit weist nur die USA einen höheren Anteil der Gesundheitskosten am BIP auf.

Kritik wird dahingehend geäußert, dass das deutsche Gesundheitswesen an zu hohen Kosten, zu geringer Effizienz und Wirtschaftlichkeit krankt. Außerdem arbeitet es wenig bedarfsgerecht noch qualitätsorientiert.

Deshalb braucht es grundlegende Reformen.

Die Krankenhausbehandlung stellt den größten Ausgabenposten bei den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Mit der Krankenhausreform (KHVVG) wird die Krankenhausfinanzierung und -versorgung neu strukturiert, mit dem Ziel die Versorgungsqualität zu verbessern und den Kostenanstieg langfristig zu begrenzen.

Um eine stabile Finanzierung der GKV zu gewährleisten, transferiert der Bund jährlich Steuermittel an die GKV. Im Jahr 2025 beträgt der Bundeszuschuss 14,5 Milliarden Euro. Seit 2017 belaufen sich die regulären Staatszuschüsse auf diesen Betrag pro Jahr. Während der Corona-Pandemie wurde der Bundeszuschuss aber erheblich erhöht, im Jahr 2022 sogar auf 28,5 Milliarden Euro.



Einfluss auf gesetzliche Bestimmungen haben die einzelnen Krankenkassen nur wenig. Zur Deckung des Finanzbedarfs kann ein kassenindividueller Zusatzbeitrag erhoben werden und sie können besondere Programme und Zusatzleistungen in ihrer Satzung festlegen und dadurch ihren Versicherten einen Mehrwert zu ermöglichen.

Die AOK hat die Chance, ihren Versicherten weitere Leistungen anzubieten, wie z.B.

- die Disease-Management-Programme,
- die Integrierte Versorgung,
- die Erweiterung des Hausarztssystems,

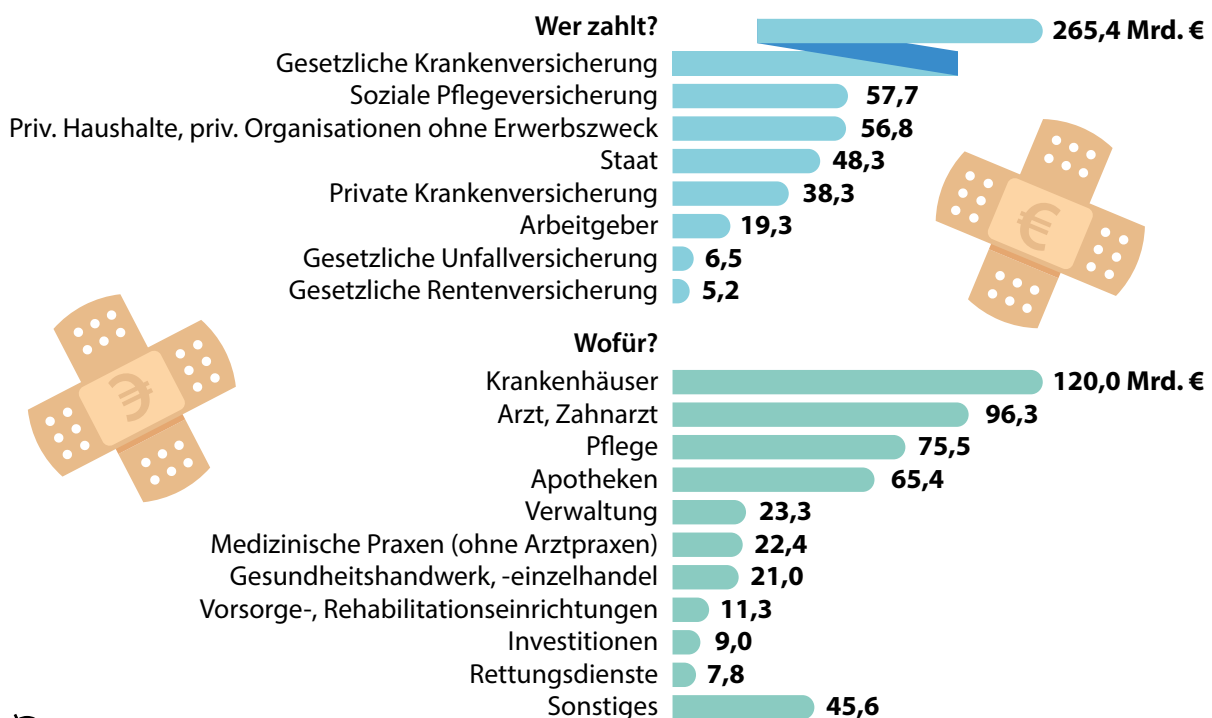
- als Vertragspartner auch den Versandhandel für Arzneimittel und Bonusprogramme,
- die Wahltarife.

Fragen Sie in Ihrer AOK nach, welche konkreten Angebote Ihre AOK bietet.

Zur Transparenz wird in den Mitgliederzeitschriften ausführlich über die Mittelverwendung, insbesondere über die Verwaltungsausgaben, berichtet. Vonseiten der Vertragspartner kann die versicherte Person von der ärztlichen/zahnärztlichen Praxis oder dem Krankenhaus eine Patientenquittung verlangen.

## Ausgaben für die Gesundheit

Im Jahr 2022 in Deutschland insgesamt: **497,7 Milliarden Euro**



Die gesetzliche Sozialversicherung wird permanent an neue Entwicklungen angepasst. Die letzte große Strukturveränderung war 1995 die Einführung der sozialen Pflegeversicherung als weitere Säule der Sozialversicherung. Damit wurde die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen in Deutschland umfassend verbessert.

Aber wegen der steigenden Zahl immer älter werdender Menschen gerät die Pflegeversicherung immer mehr unter Druck. Die Zahl der Pflegebedürftigen dürfte bis 2030 nach Schätzungen auf fast 6 Millionen klettern.

Im April 2001 hatten die Richter/-innen des Bundessozialgerichts verlangt, Eltern müssten bei den Pflegebeiträgen besser gestellt werden als Nichterziehende. Im Kinder-Berücksichtigungsgesetz hat die damalige Bundesregierung geregelt, dass Kinderlose mit Vollendung des 23. Lebensjahres einen Beitragszuschlag in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen und allein zu tragen haben. Seit dem 01.07.2023 beträgt der Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung für Kinderlose 0,60 %. Eltern mit mehr als einem Kind werden jedoch weniger belastet werden. Der Beitrag ab dem zweiten Kind bis fünften Kind wird um 0,25 Prozentpunkte pro Kind gesenkt.

In der gesetzlichen Rentenversicherung hatte der Beitragssatz bereits 1997 die magische Grenze von 20 % überschritten. Der Beitragssatz konnte deshalb wieder schrittweise gesenkt werden, weil die Bundesregierung mit der Einführung der Öko-Steuer das Defizit in der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeglichen hat. Seit 01.01.2018 beträgt der Beitragssatz 18,6 %.

Durch eine Nachhaltigkeitsrücklage der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wirken sich Konjunkturlauten nicht sofort als Beitragsatzänderung aus. Die gemeinsame Nachhaltigkeitsrücklage wird bis zu einem Umfang von 50 % der durchschnittlichen Ausgaben zu eigenen Lasten aller Träger der allgemeinen Rentenversicherung Bund verwaltet. Aufgrund des demographischen Wandels wird die Finanzierbarkeit der Rentenversicherung und die Alterssicherung der Bevölkerung auch in Zukunft ein aktuelles Thema bleiben.

Trotz berechtigter Kritik an unserem Gesundheitssystem in einigen Punkten, darf jedoch nicht übersehen werden, welch großen Nutzen unsere Gesellschaft und unsere Volkswirtschaft durch das funktionierende System der sozialen Sicherung haben. Als Pluspunkte des Sozialstaats werden vor allem das hohe Niveau des Wohlstands und Lebensstandards breiter Massen der Bevölkerung, das sehr hohe Niveau der sozialen und gesundheitlichen Versorgung sowie die gute Einkommens- und Lebenslage der älteren Generation genannt. Diese Pluspunkte sind die Basis für hohe gesellschaftliche und politische Stabilität der deutschen Demokratie und auch für die deutsche Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit.

Der vorliegende Lernbrief gibt Ihnen einen umfassenden Überblick über unser soziales Sicherungssystem. Nähere Einzelheiten zu den hier angesprochenen Themengebieten können Sie in den jeweiligen themenbezogenen Lernbriefen nachlesen.

## 2 Lernziele

### Hinweise

Sofern nicht erforderlich haben wir außerdem auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

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

### Prüfungshinweis

**Das Thema „Sozialversicherung im System der sozialen Sicherung“ ist bereits für die Zwischenprüfung relevant.**

Nach Durcharbeiten dieses Lernbriefs sollen Sie in der Lage sein,

- den Ausbildungsbetrieb und seine Bedeutung im System der sozialen Sicherung zu beschreiben,
- die Rechtsstellung des Ausbildungsbetriebes und die sich daraus ergebende Wirkung auf das Handeln der Krankenkasse aufzuzeigen,
- für den Ausbildungsbetrieb wichtige Institutionen sowie Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmende zu nennen,
- wesentliche Aufgaben von Institutionen und Organisationen zu erläutern,
- den Sinn und Zweck der sozialen Sicherung zu erläutern,
- die Ziele des Sozialgesetzbuchs zu beschreiben,
- die Hauptformen der sozialen Sicherung miteinander zu vergleichen,
- die Finanzierungsquellen der Sozialleistungsträger zu nennen,
- die Aufteilung der Sozialversicherung in Versicherungszweige zu beschreiben,
- die Träger der Sozialversicherung zu nennen,
- die wesentlichen Leistungen der einzelnen Sozialversicherungszweige aufzuzeigen,
- die wesentlichen Leistungen und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende zu nennen,
- für die Sozialleistungsbereiche gemeinsam geltende Vorschriften anzuwenden,
- mit anderen Sozialleistungsträgern kundenorientiert zusammenzuarbeiten.



### 3 System der sozialen Sicherung

Warum braucht unsere Gesellschaft ein System der sozialen Sicherung?  
Warum entscheidet nicht jeder für sich selbst, gegen welche Lebensrisiken er sich absichern möchte?

Früher – bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts – deckte die Großfamilie die notwendigen Sicherheitsbedürfnisse der einzelnen Familienangehörigen ab. Daneben sorgten kirchliche Krankenhäuser, Waisenhäuser, die Armenspeisung und Handwerksinnungen für eine gewisse soziale Unterstützung. Ein organisiertes System für die soziale Absicherung gab es nicht.

Im Zeitalter der Industrialisierung (industrielle Revolution) und der Abwanderung der Bevölkerung vom Land in die Städte zerfielen die Großfamilien, nahm die Kinderarbeit zu, setzte eine völlige Abhängigkeit der Arbeitskräfte von ihrem Arbeitgeber ein. Die daraus resultierenden Folgen waren schlechte Bildung, schlechte Wohnverhältnisse und die soziale Verelendung der Bevölkerung. Es entstand ein Industrieproletariat.

Diese gesellschaftliche Entwicklung ließ die Forderung nach Befriedigung der sozialen Bedürfnisse in der Bevölkerung bis hin zur Bedrohung des sozialen Friedens im Staat wachsen. 1863 wurde der „Allgemeine deutsche Arbeiterverein“ von Ferdinand Lassalle gegründet. Die Arbeiter begannen, sich zu organisieren. Die Unruhe im Staat wuchs. Der Staat war dadurch zu politischen Handlungen gezwungen. In der „Kaiserlichen Botschaft“ wurde am 17. 11. 1881 vor dem deutschen Reichstag die Schaffung der Sozialversicherung von Bismarck angekündigt. Wilhelm I. organisierte erstmals in großem Umfang eine soziale Absicherung gegen die schwerwiegendsten Lebensrisiken. Hierbei handelte es sich zwar um eine politische Taktik zur Rettung des innerstaatlichen Friedens und nicht um eine Maßnahme, die den Arbeitern die Gleichberechtigung im Staat bringen

sollte; der fragwürdige Anlass hat jedoch zu einem funktionellen, beständigen Sozialsystem in Deutschland geführt.



## Vorbild

Vor über 140 Jahren wurde die Sozialversicherung geboren. Damals richtete Kaiser Wilhelm I. eine Botschaft an den Reichstag, die eine umfassende Gesetzgebung zur sozialen Sicherung der Arbeitnehmer einleitete. Soziale Sicherung als staatliche Aufgabe – das war weltweit neu. Der Weg zum sozialen Staat begann. Noch im vorigen Jahrhundert wurden gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung sowie Invaliditäts- und Altersversicherung für Arbeiter geschaffen. Die Angestelltenversicherung folgte 1911. Die Arbeitslosenversicherung von 1927 löste die bis dahin bestehende Erwerbslosenfürsorge ab. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde mit Gründung der Bundesrepublik Deutschland der Gedanke des sozialen Staates ins Grundgesetz übernommen. Herausragendes Ereignis war die Einführung der dynamischen Rente im Jahr 1957, die die Rentner an der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung teilhaben ließ. Als letzter Baustein wurde im Jahr 1995 die gesetzliche Pflegeversicherung in unser Sozialsystem eingefügt. – Das soziale Sicherungssystem, das zum Vorbild für viele andere Länder wurde, hat im Laufe der Jahrzehnte manche Belastungsprobe überstanden – nicht zuletzt, weil es sich immer wieder als reformfähig erwiesen hat. Weitere Maßnahmen der vergangenen Jahre dienten überwiegend der Reform der Sozialsysteme und waren dem wachsenden Kostendruck und der demografischen Entwicklung geschuldet.

### Merke

Durch die „Kaiserliche Botschaft“ wurde am 17. 11. 1881 der Grundstein für das heute in Deutschland existierende System der sozialen Sicherung gelegt. Auslöser hierfür war die fehlende soziale Absicherung der Bevölkerung gegen die größten Lebensrisiken.

Art. 20 GG

Die Grundlage für die staatliche Sozialpolitik ist das Grundgesetz. Nach ihrer Verfassung ist die Bundesrepublik Deutschland ein demokratischer und sozialer Bundesstaat. Auch die verfassungsmäßige Ordnung in den Bundesländern muss den Grundsätzen des demokratischen und sozialen Rechtsstaats entsprechen (Art. 28 GG). Damit werden soziale Prinzipien für Staat und Gesellschaft festgelegt (Sozialstaatsprinzip), die nach Art. 79 Abs. 3 GG „Ewigkeitsrang“ haben. Keine noch so große Mehrheit im Bundestag und Bundesrat hat das Recht, sie abzuändern; sie haben damit die gleiche Stellung wie die Grundrechte.

Die Gesundheit ist eines der höchsten Lebensgüter. Es muss also das Ziel der Gesundheitspolitik sein, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten, zu fördern und im Krankheitsfall wiederherzustellen. Die Möglichkeit, gesund zu bleiben oder gesund zu werden, muss – dem Sozialstaatsprinzip entsprechend – für jeden Menschen ohne Rücksicht auf die finanzielle Situation, auf den Platz in der Gesellschaft und unabhängig von dem Wohnort gegeben sein. Dazu bedarf es eines umfassenden Systems gesundheitlicher Sicherung, das der gesamten Bevölkerung wirksam und ohne Hindernisse

zur Verfügung stehen muss. Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein bewährtes, funktionsfähiges und international anerkanntes System gesundheitlicher Sicherung.

Das Sozialstaatsprinzip ist in zahlreichen Gesetzen ausgestaltet, die jede einzelne Person oder bestimmte Gruppierungen der Gesellschaft in sozialen Notlagen absichern. Das in verschiedenen Gesetzen verstreute Recht der sozialen Sicherung ist zum Großteil im Sozialgesetzbuch übersichtlich und einheitlich zusammengefasst. In den letzten Jahren wurden bereits verschiedene Sozialgesetze z.B. das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) oder die Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft aus der RVO in das SGB übernommen.

Bereits in Kraft getreten sind folgende Teile des Sozialgesetzbuchs:

- SGB I – Allgemeiner Teil, in Kraft seit 01. 01. 1976
- SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende, in Kraft seit 01. 01. 2005
- SGB III – Arbeitsförderung, in Kraft seit 01. 01. 1998
- SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, in Kraft seit 01. 07. 1977
- SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, in Kraft seit 01. 01. 1989
- SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung, in Kraft seit 01. 01. 1991 (Ost), seit 01. 01. 1992 (West)

§ 1 SGB I

- SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung, in Kraft seit 01. 01. 1997
- SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe, in Kraft seit 01. 01. 1991
- SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, in Kraft seit 01. 07. 2001
- SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, in Kraft seit 01. 01. 1981; Drittes Kapitel: Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten, in Kraft seit 01. 07. 1983
- SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, in Kraft seit 01. 01. 1995
- SGB XII – Sozialhilfe, in Kraft seit 01. 01. 2005

Am 19. Dezember 2019 wurde das Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts im Bundesgesetzblatt verkündet. Damit ist zum 1. Januar 2024 ein neues Sozialgesetzbuch, das SGB XIV, geschaffen. Zu diesem Zeitpunkt wurden insbesondere das Bundesversorgungsgesetz (BVG) und das Opferentschädigungsgesetz (OEG) aufgehoben.

Bei der Benennung des Sozialgesetzbuches wurde das SGB XIII übersprungen. Als Begründung wird angeführt, dass die Zahl 13 eine „Unglückszahl“ sei und es „mehrere Argumente, auch vonseiten der Betroffenenverbände“ gegeben hat.

**Merke**

In den Büchern des Sozialgesetzbuchs sollen künftig alle Sozialgesetze einheitlich und übersichtlich zusammengefasst sein.

Im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs sind mit dem Begriff „soziale Rechte“ die sozialrechtlichen Positionen der einzelnen Person umschrieben, aus denen die Leistungsansprüche abgeleitet werden können, ohne dass der Inhalt dieser Ansprüche bereits konkret nach Voraussetzung und Umfang bestimmt wird.

Die sozialen Rechte dienen dazu, die

- zur Verwirklichung der sozialen Gerechtigkeit und sozialen Sicherheit nötigen – Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen zu gestalten. Sie sollen also dazu beitragen,

- ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, Art. 1 GG
- gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, Art. 2 Abs. 1 GG
- die Familie zu schützen und zu fördern, Art. 6 GG
- den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen, Art. 12 GG
- besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen,
- die zur Erfüllung der vorgenannten Aufgaben erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung zu stellen.

§ 2 SGB I

Die dem Einzelnen zustehenden sozialen Rechte sind in den §§ 3 bis 10 SGB I genauer formuliert. Sie betreffen die Bereiche:

§§ 3 – 10 SGB I

- Bildungs- und Arbeitsförderung
- Sozialversicherung
- Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden
- Minderung des Familienaufwands
- Zuschuss für eine angemessene Wohnung
- Kinder- und Jugendhilfe
- Sozialhilfe
- Teilhabe behinderter Menschen

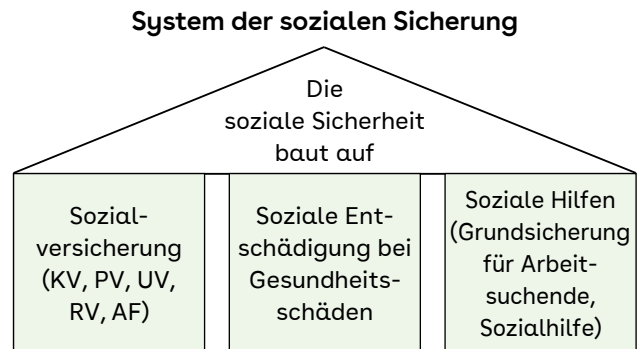
Für die Ausgestaltung der im Sozialgesetzbuch festgeschriebenen Anforderungen und für die Sicherstellung des sozialen Auftrags sind die Organisationen verantwortlich, die die Sozialleistungen zur Verfügung stellen, und damit jede einzelne Arbeitskraft dieser Organisationen.

Für die Verwirklichung der sozialen Rechte sorgen die Gerichte (u.a. Sozialgerichte bis hin zum Bundesverfassungsgericht). Sie entscheiden, ob die Organisationen, die Sozialleistungen zur Verfügung stellen, rechtskonform handeln. Eine Übersicht über die Gerichtsbarkeit in der Sozialversicherung finden Sie im Sozialgerichtsgesetz (SGG).

### 3.1 Drei Säulen der sozialen Sicherheit

Wie sieht das System aus, das unser Staat für die Umsetzung der sozialen Rechte seiner Menschen geschaffen hat?

Es stützt sich im Wesentlichen auf drei Säulen:



#### 3.1.1 Erste Säule: Sozialversicherung

Niemand von uns weiß, ob die Gesundheit für immer erhalten bleibt. Jede Person kann pflegebedürftig werden oder einmal – auch im Zusammenhang mit der Arbeit – einen Unfall erleiden. Frauen benötigen während ihrer Schwangerschaft und Mutterschaft in besonderem Maße Unterstützung und soziale Absicherung. Alle werden wir (hoffentlich) ein hohes Alter erreichen, und viele werden im Laufe ihres Erwerbslebens ein- oder vielleicht sogar mehrmals arbeitslos. Nur die wenigsten wären in der Lage, sich für derartige Fälle selbst abzusichern und die entsprechend notwendigen Beträge vorher anzusparen.

Aus diesem Grund ist die Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland das Kernstück der sozialen Sicherung. Sie gliedert sich in folgende Versicherungszweige:

§ 1 SGB IV

- gesetzliche Krankenversicherung
- soziale Pflegeversicherung
- gesetzliche Unfallversicherung

- gesetzliche Rentenversicherung
- Arbeitsförderung (wird in der Regel dazugerechnet, obwohl es sich hierbei streng genommen um einen eigenständigen Sozialleistungsbereich außerhalb der Sozialversicherung handelt)

Die Sozialversicherung wird in Solidargemeinschaften durchgeführt.

Das bedeutet, dass grundsätzlich alle Personen, die in einem dieser Versicherungszweige (Solidargemeinschaft) versichert sind, monatliche Beiträge entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit aufbringen und Leistungen nach den individuellen Bedürfnissen und den gesetzlichen Möglichkeiten erhalten. Etwas anders ist es in der gesetzlichen Unfallversicherung. Dort werden die Beiträge von den Unternehmen alleine bezahlt.

Besser Verdienende zahlen also mehr Beiträge als wirtschaftlich Schwächere. Kranke erhalten mehr Leistungen als Gesunde. Es gilt das Prinzip: „Einer für alle, alle für einen“. Die Beiträge werden grundsätzlich nach einem bestimmten Vomhundertsatz des Bruttoverdienstes bemessen. Die Beiträge sind von dem jeweiligen Versicherungsträger so zu gestalten, dass sie die zu erwartenden Leistungsausgaben insgesamt abdecken.

Eine teilweise Finanzierung durch Steuermittel in der Rentenversicherung und der Arbeitsförderung ist ab 2004 auch bei versicherungsfremden Leistungen der Krankenversicherung (z.B. Mutterschaftsgeld) vorhanden.

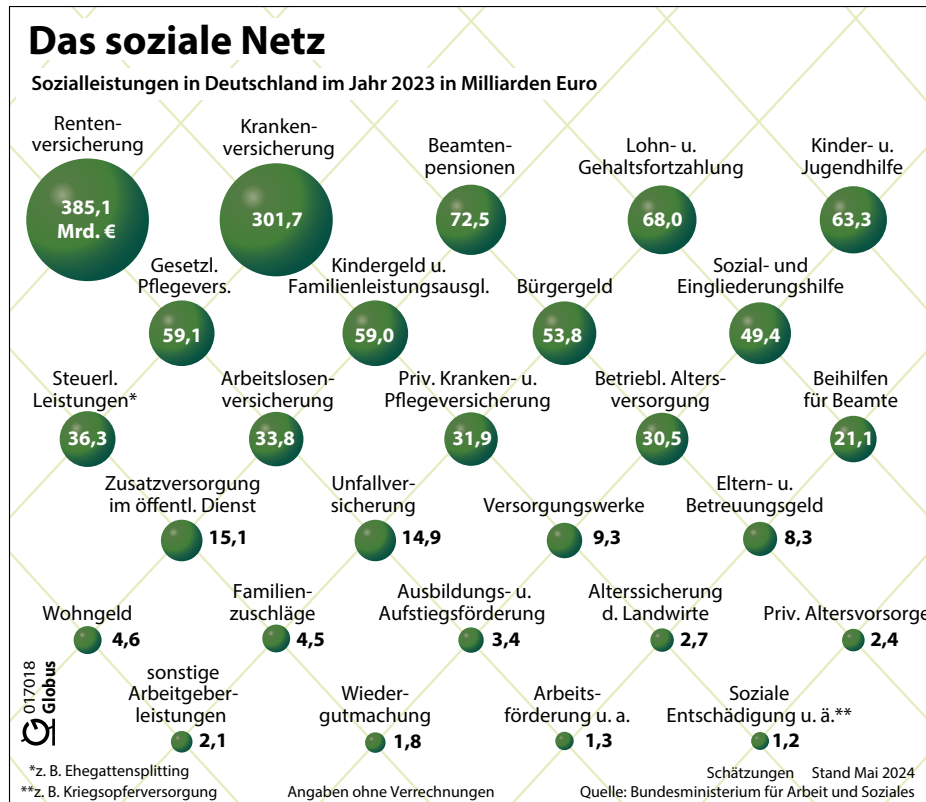
### **Merke**

Die Sozialversicherung ist in Solidargemeinschaften organisiert. Das heißt, die Angehörigen dieser Solidargemeinschaften zahlen Beiträge nach ihren finanziellen Möglichkeiten und erhalten Leistungen nach ihrem individuellen Bedarf innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

### **3.1.2 Zweite Säule: Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden (Versorgung)**

Der Staat erbringt Versorgungsleistungen, um die Staatsbürger existenziell zu sichern,

- denen gegenüber er entweder eine Fürsorgepflicht hat, z.B. bei Personen in einem Beamtenverhältnis (Beihilfe für Krankheitskosten, Alters- und Hinterbliebenenversorgung), oder
- die aus Anlass von militärischen Dienstleistungen (Krieg, Bundeswehr) oder anderen vorhergehenden Aufopferungen Ansprüche gegenüber der Allgemeinheit erworben haben.



**Das soziale Netz in Deutschland besteht aus vielen großen und kleinen Knoten.** Der größte Knoten im Jahr 2023 war die Rentenversicherung mit 385,1 Milliarden Euro. Es folgen die gesetzliche Krankenversicherung mit 301,7 Milliarden Euro und die Beamtenpensionen mit 72,5 Milliarden Euro. Deutlich kleinere Knoten – aber für viele Menschen wichtig – sind beispielsweise das Wohngeld, die Ausbildungsförderung oder das Elterngeld. Alle direkten Sozialleistungen zusammen erreichten im Jahr 2023 ein geschätztes Volumen von 1249 Milliarden Euro. Das entsprach 30,3 Prozent der gesamten deutschen Wirtschaftsleistung (Bruttoinlandsprodukt). Rechnet man die steuerlichen Leistungen hinzu, ergibt sich sogar eine Summe von 1285,2 Milliarden Euro.

#### Beispiel

Verhindern Sie eine Gewalttat (z.B. Raubüberfall) und kommen dabei selbst zu Schaden, können Sie als Opfer von Gewaltverbrechen nach dem SGB XIV – gegen den Staat Ansprüche aus dem Bereich der Versorgung geltend machen.

#### Merke

Versorgungsansprüche können als staatliche Gegenleistung für geleistete Dienste charakterisiert werden.

Wenn die Voraussetzungen für Versorgungsleistungen erfüllt sind, besteht auf die Leistungen ein Rechtsanspruch. Der Anspruch hängt nicht von der Bedürftigkeit der berechtigten Person ab, er besteht auch dann, wenn die geschädigte Person z.B. durch einen Lottogewinn zum Millionär geworden ist.

Finanziert werden die Versorgungsleistungen aus Steuergeldern.

An wen müssen Sie sich wenden bzw. können Sie jemanden verweisen, wenn Leistungen aus dem Bereich der Versorgung zu beantragen sind?

§ 24 Abs. 2  
SGB I

Zuständig hierfür sind die Versorgungsämter. Aber auch in vielen AOKs hält das Versorgungsamt regelmäßig Sprechtag ab. Wenn auch in Ihrer AOK solche Sprechtag durchgeführt werden, sollten Sie die Kunden – zur Vermeidung langer Wege – unbedingt auf diesen AOK-Service aufmerksam machen.

### 3.1.3 Dritte Säule: Soziale Hilfen

Die dritte Säule der sozialen Sicherheit gliedert sich seit 01. 01. 2005 in die Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) und Sozialhilfe (SGB XII). Ebenfalls zu den sozialen Hilfen gehören u.a. die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII).

Für diese sozialen Hilfen gilt das sogenannte „Subsidiaritätsprinzip“ (Nachrangigkeitsprinzip). D.h., dass diese grundsätzlich nachrangige Absicherungen sind. Leistungen der sozialen Hilfen werden demnach erst dann erbracht, wenn keine andere Einrichtung und auch kein Familienangehöriger helfen können.

#### 3.1.3.1 Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitsuchende

Zum 1. Januar 2023 hat das Bürgergeld das Arbeitslosengeld II abgelöst und damit eine große Sozialreform auf den Weg gebracht. Die staatliche Hilfe ist nun bürgernäher, unbürokratischer und zielgerichteter. Menschen in der Grundsicherung sollen besser qualifiziert und damit in dauerhafte Jobs vermittelt werden. Außerdem wurde die Berechnung der Regelbedarfe auf eine neue Grundlage gestellt.

Nach dem Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende können

1. Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und
2. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts

in Anspruch genommen werden.

In der folgenden Tabelle erhalten Sie einen Überblick über Leistungen zur Grundsicherung für Arbeitssuchende:

Leistungen zur Eingliederung in Arbeit z. B.	Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes z. B.	Bürgergeld
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratung und Vermittlung</li> <li>• Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung</li> <li>• Leistungen zur Berufsausbildung</li> <li>• Leistungen zur beruflichen Weiterbildung</li> <li>• Leistungen zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts (§ 20 SGB II),</li> <li>• Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt (§ 21 SGB II),</li> <li>• Leistungen für Unterkunft und Heizung (§ 22 SGB II)</li> </ul>	



§ 19a Abs. 2  
SGB I

Zuständig sind die Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, sowie die kreisfreien Städte und Kreise, soweit durch Landesrecht nicht andere Träger bestimmt sind.

### Beispiel

Nach der Kündigung seines Arbeitsverhältnisses ist Alfons Ebel völlig mittellos. Die geforderte Vorversicherungszeit für Leistungsansprüche aus dem Zweig der Arbeitsförderung hat er noch nicht erfüllt.

### Frage

Wie kann der Lebensunterhalt für Alfons Ebel künftig sichergestellt werden?

### Lösung

Die Voraussetzungen für Leistungsansprüche aus dem Bereich der Sozialversicherung sind noch nicht erfüllt. Alfons Ebel ist erwerbsfähig und kann Leistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) beantragen.

### 3.1.3.2 Leistungen der Sozialhilfe

Um die Leistungen der Sozialhilfe für nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige zu erhalten, ist immer das Vorliegen von Bedürftigkeit Voraussetzung. Sind die Voraussetzungen erfüllt, besteht auf Sozialhilfeleistungen ein Rechtsanspruch. Finanziert werden diese Leistungen durch Steuern. Nach dem Recht der Sozialhilfe können bei Bedürftigkeit in Anspruch genommen werden:

§ 28 Abs. 1  
SGB I

1. Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40 SGB XII)
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46 SGB XII)
3. Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52 SGB XII)
4. Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66 SGB XII)
5. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69 SGB XII)
6. Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74 SGB XII)

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Zuständig für die Erbringung dieser Leistungen sind insbesondere die Kreise und kreisfreien Städte.

§ 28 Abs. 2  
SGB I

### Beispiel

Helga Huber erhält eine Rente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rente in Höhe von 300 € reicht nicht aus, um ihren Lebensunterhalt sicherzustellen.

### Folge

Die Sozialversicherung stellt zwar Leistungen zur Verfügung, jedoch nicht in ausreichender Höhe. Die Sozialhilfe (SGB XII) greift zusätzlich mit Leistungen ein.



### Merke

Damit möglichst niemand durch das Netz der sozialen Sicherung „hindurchfällt“, schließen die sozialen Hilfen die Lücken, die trotz der beiden Säulen Sozialversicherung und Versorgung noch bestehen. Leistungen der sozialen Hilfen werden daher erbracht, wenn andere Sozialleistungssysteme für bestimmte Lebenslagen keine oder noch keine Leistungen vorsehen und auch Familienangehörige keine Hilfe leisten (können) oder die Leistungen der Sozialversicherung nicht ausreichen.

Die sozialen Hilfen sollen der bedürftigen Person zur Wiedergewinnung der Eigenversorgung befähigen, sollen also eine Hilfe zur Selbsthilfe für den Betroffenen darstellen.

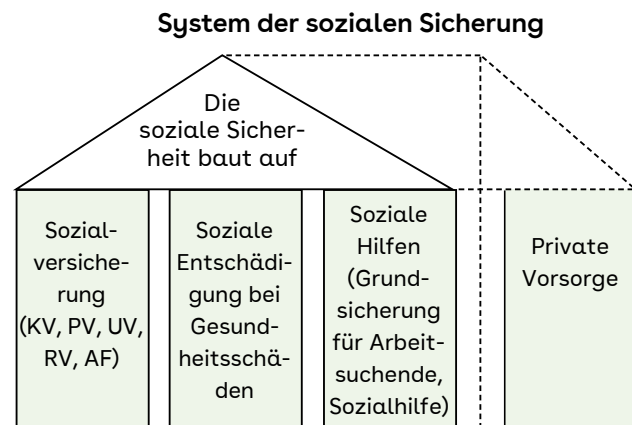
Wenn jemand in eine solche Notlage gerät, die sie selbst – auch durch Hilfe anderer – nicht beheben kann, sollten Sie ihr als AOK-Teammitglied empfehlen, Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII zu beantragen.

Betrachtet man das gut durchdachte, von unserem Rechtsstaat entwickelte soziale Netz, so kann man zu dem Schluss kommen, dass die soziale Sicherung durch unseren Staat ausgewogen und umfassend angelegt ist.

Zur Würde des Menschen gehört aber nach Art. 1 GG auch, dass jeder und jede Einzelne selbst für sich sorgt. Dies darf durch den Sozialstaat nicht völlig bevormundet und rundum versorgt werden. Das Sozialstaatsprinzip muss also die Möglichkeit offenhalten, be-

stimmte soziale Absicherungen auch der Eigenverantwortung der Menschen zu überlassen.

Damit ist das Bild der drei Säulen der sozialen Sicherung eigentlich um eine weitere Säule, die der privaten Vorsorge, zu ergänzen.



Den Bereich der privaten Vorsorge sichert jede einzelne Person nach ihrem Ermessen, also nach den eigenen Bedürfnissen, ab. Dabei ist diese ggf. durch finanzielle Möglichkeiten beschränkt.

Eine Möglichkeit der privaten Absicherung ist das Sparen und damit das Bilden von Rücklagen für „Notfälle“. Dabei bleibt jedoch das Risiko bestehen, dass das Ersparte den entstandenen Schaden nicht immer abdecken kann. Die andere Möglichkeit der Eigenvorsorge ist das Abschließen einer Privatversicherung, die eventuelle, zukünftige Schadensereignisse, die im täglichen Leben eintreten können, mit Geld ersetzt.

Es gibt zahlreiche private Versicherungen. Sie werden überwiegend in folgende drei Bereiche aufgeteilt:

- Personenversicherung, dazu gehören u.a. Lebensversicherungen, private Rentenversicherungen, Sterbegeldversicherungen, private Unfall-, Kranken- und Pflegeversicherungen.
- Sachversicherungen, das sind beispielsweise Feuer-, Diebstahl- und Hausratversicherungen sowie Kfz-Versicherungen.
- Vermögensversicherungen, hierzu gehören die verschiedenen privaten Haftpflichtversicherungen und Rechtsschutzversicherungen.

§ 194 Abs. 1a  
SGB V

Die gesetzlichen Krankenkassen können ihren Versicherten Zusatzversicherungen in Kooperation mit einer privaten Krankenversicherung anbieten.

Voraussetzung ist, dass die Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge bei privaten Krankenversicherungsunternehmen in der Satzung der gesetzlichen Krankenkasse ermöglicht wird. Davon haben alle AOKs Gebrauch gemacht und sich damit einen erweiterten Handlungsspielraum geschaffen. Den Versicherten wird eine sinnvolle Ergänzung zu den Kassenleistungen angeboten. Mit verschiedenen ambulanten und/oder stationären Zusatzversicherungen, einschließlich der Auslandsreisekrankenversicherung, wird die Attraktivität der Gesamtangebote der AOK gesteigert.

Informieren Sie sich, mit welchem privaten Krankenversicherungsunternehmen Ihre AOK zusammenarbeitet und welche Zusatzversicherungen den Kunden angeboten werden.

### Merke

Unser Staat hat uns – neben dem von ihm aufgebauten sozialen System – Möglichkeiten offen gelassen, unsere soziale Sicherheit darüber hinaus selbst zu gestalten.

## 3.2 Übungen zum Lernabschnitt 3

### Übung 1

Warum hat die soziale Absicherung in unserer Gesellschaft nicht mehr eine solch hohe Priorität wie in der Vergangenheit – zur Zeit der Geburtsstunde der Sozialversicherung?

### Übung 2

Grenzen Sie die drei Säulen der sozialen Sicherung anhand drei verschiedener Kriterien voneinander ab.

## 4 Abgrenzung der Grundsätze in der Sozialversicherung von den Prinzipien der privaten Vorsorge

Auf den ersten Blick scheint es irritierend, dass die Bereiche Kranken-, Unfall-, Alters- (Renten- bzw. Lebensversicherung) und Pflegeversicherung zum einen in der Sozialversicherung und zum anderen auch im Rahmen der privaten Vorsorge, und damit eigentlich doppelt, abgedeckt werden.

Die Risiken Krankheit, Unfall, Alter und Pflegebedürftigkeit einmal abzusichern, hätte doch gereicht, oder? Warum gibt es hier die Möglichkeit, diese Lebensrisiken auch privat über den staatlichen Schutz hinaus abzusichern?

Eine Antwort auf diese Frage besteht darin, dass der Staat bestimmte Personenkreise verpflichten wollte, sich um ihre soziale Sicherung selbst zu kümmern. Darum hat er sie nicht dem staatlich geordneten sozialen Schutzsystem unterstellt. Das gilt z.B. für selbstständige Unternehmer, Freiberufler wie Ärzte und Ärztinnen oder Angehörige rechtsberatender Berufe und zum Teil auch für „gut verdienende“ Angestellte.

Die zweite Antwort lässt sich aus der Menschenwürde herleiten. Der Mensch darf nicht völlig vom Staat bevormundet werden. Ihm ist Gelegenheit zu geben, sich gegen Risiken, die das gesetzliche System nicht absichert oder die im sozialen Netz – aus der Sicht des Einzelnen – nicht genügend gesichert sind, selbst zu schützen.

### Beispiel

Eine beschäftigte Person kann ihre gesetzliche Rente z.B. durch eine private Lebensversicherung für ihre Altersvorsorge ergänzen. Für Unfälle, die sich in der Freizeit ereignen – z.B. Skiunfälle –, tritt die gesetzliche Unfallversicherung nicht ein. Dieses Risiko kann durch eine private Unfallversicherung abgesichert werden.

Sozialpolitisch Interessierte erkennen in der Lobbyarbeit der Privatversicherer eine weitere Antwort. Durch Leistungseinsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Privatversicherer in der Vergangenheit Möglichkeiten bekommen, weitere Zusatzversicherungen anzubieten. Der Kreis derjenigen, die zwar in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Grundschutz gegen das finanzielle Risiko Krankheit haben, aber im Ernstfall auf allerlei Annehmlichkeiten nicht verzichten wollen, vergrößert sich ständig. Zusätzlich privat Versicherte können beispielsweise im Krankenhaus ein Ein- oder Zweibettzimmer in Anspruch nehmen bzw. sich chefärztlich behandeln lassen.

Für den Bereich der Rentenversicherung hat die private Altersvorsorge durch neue gesetzliche Regelungen der Bundesregierung eine ganz besondere Bedeutung bekommen. Seit dem Jahr 2002 fördert der Staat Arbeitnehmende, die sich ergänzend zur gesetzlichen Rente eine private kapitalgedeckte Altersvorsorge aufbauen (Stichwort „Riester-Rente“). Damit soll die Rentenlücke, die durch das Absenken des gesetzlichen Rentenniveaus entsteht, ausgeglichen werden.

An dieser Stelle ist es notwendig, die Grundsätze der Sozialversicherung einmal mit den Prinzipien der privaten Versicherungen zu vergleichen. Die Gegenüberstellung wird hier an Beispielen der Krankenversicherung vorgenommen.

#### 4.1 Prinzipien der Privatversicherung

Die private Krankenversicherung kommt zustande, indem zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsgesellschaft ein rechtswirksamer Vertrag geschlossen wird. Mit diesem Vertrag wird vereinbart, dass der Versicherungsnehmer regelmäßig einen bestimmten Betrag (Versicherungsprämie) an die Gesellschaft zu zahlen hat.

Die Höhe der Prämie wird nach dem Umfang des vermuteten Risikos festgelegt. Als Versicherungsrisiken werden hierbei berücksichtigt:

- das Lebensalter der zu versichernden Person
- der Gesundheitszustand
- der Familienstand (Anzahl der zu versichernden Angehörigen)
- der Umfang der abgesicherten Leistungen

Die Versicherungsprämie ist so kalkuliert, dass sie den individuellen Risikofaktor des Versicherungsnehmers entspricht. Diesen Grundsatz nennt man „Äquivalenzprinzip“. Der Begriff „Äquivalenz“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Gleichwertigkeit.

#### Beispiel

Monika Zitter ist 45 Jahre alt. Sie leidet an einer Herzkrankheit. Sie ist selbstständig und hat monatliche Einnahmen in Höhe von 1.900 € brutto. Ihre zwei minderjährigen Kinder müssen ebenfalls krankenversichert werden. Die private Krankenversicherung Schnelle Mark AG berechnet den Beitrag für Monika Zitter auf der Grundlage der Risikofaktoren, die sie als Versicherungsnehmerin für das Versicherungsunternehmen darstellt. Der Beitrag wird so festgelegt, dass mindestens die künftigen Ausgaben, die Monika Zitter der Schnelle Mark AG voraussichtlich verursachen wird, gedeckt sind (Prinzip der Gleichwertigkeit von Leistungen und Beitrag – Äquivalenzprinzip). Dabei berücksichtigt die Schnelle Mark AG, dass Monika Zitter bereits 45 Jahre alt ist sowie die Tatsache, dass sie an einer Herzkrankheit leidet. Für Monika Zitter bedeutet das in der Konsequenz, dass sie eine recht hohe Versicherungsprämie zahlen muss. Sie stellt für das Versicherungsunternehmen ein „erhöhtes“ Risiko dar. Die Höhe ihres Einkommens interessiert die private Krankenversicherung bei der Prämienfestsetzung überhaupt nicht. Für ihre beiden Kinder muss Monika Zitter jeweils zusätzlich einen Versicherungsvertrag abschließen und eine separate Prämie zahlen.

Die benötigten Leistungen muss der private Versicherungsnehmer zunächst bei ärztlichen Behandlungen, in der Apotheke usw. aus eigener Tasche bezahlen; er bekommt sie erst später, nach Einreichen der quitierten Rechnungen, vom Versicherungsunternehmen erstattet (Kostenerstattungsprinzip). Wurden für einen bestimmten Zeitraum keine Leistungen beansprucht, kommt es ggf. zu einer teilweisen Rückzahlung von Prämien. Für bereits bei Beginn der Versicherung bestehende Krankheiten ist der Versicherungsschutz in der Regel ausgeschlossen. Der Leistungsumfang bestimmt sich nach der vertraglichen Gestaltung. Seit 01. 01. 2009 gelten neue Regeln für privat Versicherte. Es gilt Versicherungspflicht für alle, die früher privat versichert und danach unversichert waren. Alle Neukunden haben das Recht den Basistarif jeder beliebigen Privatversicherung zu wählen.

§ 1 Abs. 2  
Satz 2,  
§ 23 Abs. 1  
SGB XI

Personen, die privat krankenversichert sind, müssen bei diesem Versicherungsunternehmen auch einen Pflegeversicherungsvertrag über eine private Pflegeversicherung abschließen. Sie können kein Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung werden. Die Grundsätze der privaten Krankenversicherung gelten auch für die private Pflegeversicherung. Weitere Ausführungen zur privaten Krankenversicherung können Sie dem Lernbrief zum Thema „Privatkunden akquirieren und halten, dabei beraten“ entnehmen.

### Merke

Die zwei grundlegenden Prinzipien, nach denen die private Krankenversicherung arbeitet, heißen Äquivalenzprinzip und Kostenerstattungsprinzip.

## 4.2 Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung

Der größte Teil der Bevölkerung (etwa 90 %) ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. In den überwiegenden Fällen kommt das Versicherungsverhältnis nicht durch eine freiwillige Vereinbarung zustande, sondern die Personen werden beim Vorliegen bestimmter Voraussetzungen pflichtversichert. Der Wille der Beteiligten spielt grundsätzlich keine Rolle. Die Mitgliedschaft kommt u.a. mit der Aufnahme eines Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisses „automatisch“ zustande. Der Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, seine Auszubildenden und Arbeitnehmer bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu melden. Die Versicherung besteht aber auch ohne die aus technischen Gründen notwendige Anmeldung.

Das Eintreten der Versicherung, unabhängig vom Willen der Beteiligten, stellt zwar die Abwendung vom Prinzip der Eigenverantwortung des Einzelnen dar, wurde in der gesetzlichen Krankenversicherung aber bewusst vom Gesetzgeber gewählt. Wäre der Abschluss einer Krankenversicherung vom Willen der einzelnen Person abhängig, würden wahrscheinlich gerade wirtschaftlich schwächer gestellte Menschen keine ausreichende oder überhaupt keine Versicherung abschließen.

Im Krankheitsfall müsste dann die Gesellschaft über Steuerzahlungen für die Kosten aufkommen (Säule Soziale Hilfen). Aus diesem Grund hat sich der Gesetzgeber in der gesetzlichen Krankenversicherung – wie auch in allen anderen gesetzlichen Sozialversicherungszweigen – weitgehend für die Form der Pflichtversicherung entschieden.

Der Leistungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge (Ausnahme: Geldleistungen, wie z.B. Krankengeld und laufendes Mutterschaftsgeld – also die Entgeltersatzleistungen – richten sich nach der Höhe des entgangenen Arbeitsentgelts).

### Merke

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt der Grundsatz: Jede Person bekommt nach ihren Bedürfnissen und gibt nach ihrer finanziellen Leistungskraft. Also: Einer für alle – alle für einen!  
– Junge für Alte! Gesunde für Kranke!

§ 10 SGB V

Ist eine versicherte Person Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, so ist in der Regel auch die Familie (Ehegatte, bzw. Ehegattin und Kinder) im Krankheitsfall durch diese Krankenkasse finanziell abgesichert. Ein zusätzlicher Beitrag fällt nicht an. Der

Familienangehörige kann seine Ansprüche geltend machen, solange die Mitgliedschaft des „Stammkunden“ besteht.

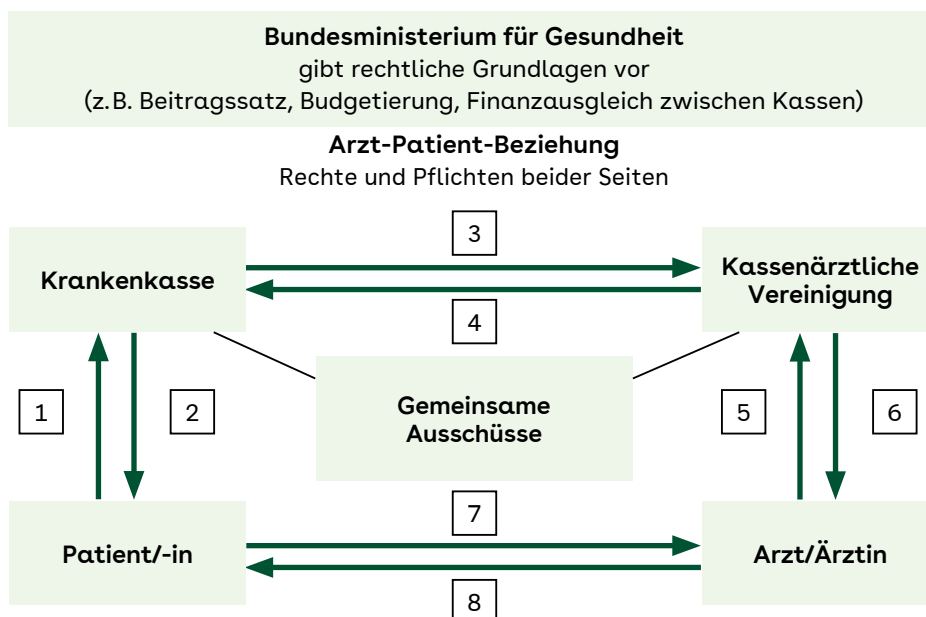
Auch für Krankheiten, die bereits bei Beginn der Versicherung bestehen, stellt die AOK Leistungen zur Verfügung, und selbst nach beendeter Mitgliedschaft bestehen unter bestimmten Voraussetzungen noch Leistungsansprüche.

§ 19 Abs. 2, 3  
SGB V

Kennzeichnend für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Naturalleistungsprinzip (Sachleistungsprinzip). Die Kunden erhalten die erforderlichen medizinischen Leistungen als Dienst- oder Sachleistungen. Die AOK schließt mit den sogenannten Leistungserbringern – mit Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken usw. – Verträge mit der Verpflichtung, die AOK-Kunden im Krankheitsfall zulasten der AOK zu behandeln. In der Praxis bedeutet das: Der Kunde legt dem Arzt nur seine elektronische Gesundheitskarte (eGK) vor, und der Arzt rechnet über seine Ver-

§ 2 Abs. 2,  
§ 15 Abs. 2  
SGB V

## Das Gesundheitssystem



## Arzt-Patient-Beziehung

### Rechte und Pflichten beider Seiten

- 1 Beitragszahlung des Versicherten
- 2 Leistungsanspruch
- 3 Entrichtung der Gesamtvergütung
- 4 Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, Übernahme der Gewähr
- 5 Teilnahmeberechtigung an vertragsärztlicher Versorgung, Vergütungsanspruch
- 6 Verträge für Arzt/Ärztin verbindlich, Disziplinarrecht
- 7 Behandlungsanspruch des Patienten/der Patientin, Sorgfaltspflicht
- 8 Vorlage eGK

## Gesetzliche und private Krankenversicherung

### Übersicht der Unterscheidungsmerkmale

#### Gesetzliche KV

- Grundlage: Gesetz
- Solidaritätsprinzip (Beitrag abhängig vom Arbeitsentgelt)
- keine Risikozuschläge für Vorerkrankungen
- Naturalleistungsprinzip
- Leistungen nach den jeweiligen Bedürfnissen
- Aufnahme von Kunden auch bei Vorerkrankungen
- Kostendeckung
- keine Provisionen oder Honorare für Abschlüsse; kostenlose Beratung

#### Private KV

- Grundlage: Vertrag
- Äquivalenzprinzip (Prämie abhängig vom Versicherungsrisiko)
- Risikozuschläge für Vorerkrankungen bis zu 100 % des Beitrags
- Kostenerstattungsprinzip
- Leistungen nach der vertraglichen Gestaltung
- Aufnahme von Kunden darf ggf. bei Vorerkrankungen verweigert werden
- Gewinn soll erzielt werden
- Makler und Vermittler erhalten bis zu zwei Jahresbeiträge als Provision

## 5 Aufbau und Aufgaben der Sozialversicherung

rechnungsstelle (Kassenärztliche Vereinigung) mit der Krankenkasse ab.

### Merke

Kennzeichnend für die gesetzliche Krankenversicherung sind das Solidaritätsprinzip und das Naturalleistungsprinzip.

### 4.3 Übung zum Lernabschnitt 4

#### Übung 3

##### Sachverhalt

Sie arbeiten in der Kundenberatung. Monika Zitter fragt bei Ihnen nach, welche Kriterien dort für eine Beitragsberechnung zugrunde gelegt werden. Sie möchte dabei möglichst umfassend über die Unterschiede zur Prämiengestaltung in der privaten Krankenversicherung informiert werden.

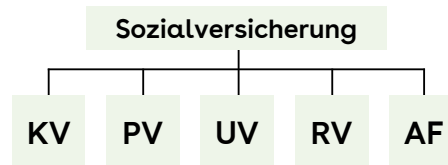
##### Hinweis

Arbeiten Sie mindestens drei Unterschiede zur Prämiengestaltung in der privaten Krankenversicherung heraus.

##### Aufgabe

Beraten Sie Monika Zitter über die Beitragsberechnung der AOK und die Prämiengestaltung der privaten Krankenversicherung. Gehen Sie dabei von den Angaben des Beispiels auf Seite 18 aus.

### 5.1 Träger der Sozialversicherung



Die fünf Zweige, in die sich die Sozialversicherung gliedert, werden von verschiedenen sozialen Institutionen ausgestaltet. Das Sozialgesetzbuch bezeichnet diese Institutionen als Leistungsträger. Die Vorschriften des Sozialgesetzbuchs gelten für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich haben.

§ 3, § 4  
Abs. 2,  
§§ 12, 30  
SGB I

#### Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist in eine Vielzahl von Krankenkassen gegliedert:

§ 21 Abs. 2  
SGB I,  
§ 4 Abs. 2  
SGB V





Dabei ist die „AOK – Die Gesundheitskasse.“ grundsätzlich die richtige Krankenkasse für alle Personenkreise. Bei ihr sind vor allem Angestellte, Auszubildende, Selbstständige, Unternehmer/-innen, Studierende, Arbeitslose und Rentenbezieher „unter einem Dach“ krankenversichert. Die AOK versichert den größten Teil der gesetzlich Krankenversicherten. Ein Drittel der Bevölkerung ist bei ihr versichert. Sie ist regional gegliedert, d.h., die AOK ist die zuständige „Gesundheitskasse“ für ihrer Region.

Die Gesundheitskasse legt besonders großen Wert auf die Förderung der Gesundheit ihrer Versicherten, u.a. durch Aufklärung über gesundheitliche Gefahren, Leistungen, die den Gesundheitszustand ihrer Versicherten verbessern und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die Gesundheitskasse steht für eine eigene Gesundheitsphilosophie, mit der sich die AOK in der Öffentlichkeit aus dem Kreis der Krankenversicherer deutlich abhebt.

### Merke

Die „AOK – Die Gesundheitskasse.“ ist die richtige Krankenkasse für alle Personenkreise.

§ 173 SGB V

Seit 01. 01. 1996 können auch Beschäftigte eines Betriebs, für den eine BKK errichtet ist, die „AOK – Die Gesundheitskasse.“ wählen.

Dies gilt ebenso für Beschäftigte eines Innungsbetriebs, für den eine IKK errichtet ist.

Betriebs- und Innungskrankenkassen können in ihrer Satzung vorsehen, dass sie sich öffnen. Dann können sich auch andere wahlberechtigte Mitglieder der Region dort versichern. Eine Beschränkung des Wahlrechts auf bestimmte Personenkreise ist dann nicht mehr zulässig.

Zum 01. 01. 1996 mussten sich die Ersatzkassen für alle Personenkreise öffnen. Eine Begrenzung des aufnahmeberechtigten Personenkreises durch die Satzung ist nicht mehr zulässig, denn die unterschiedlichen Wahlrechte von Arbeitern und Angestellten waren sozialpolitisch nicht mehr zu rechtfertigen.

Der Kassenwechsel von Mitgliedern erfolgt grundsätzlich nach vorheriger Kündigung. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich. Bei einem Wechsel in eine andere Krankenkasse ersetzt die Meldung der neuen Krankenkasse die Kündigungserklärung des Mitglieds. Die Bindungsfrist an die gewählte Krankenkasse beträgt 12 Monate, dies gilt jedoch nicht bei Ende der Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Erhebt die Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitrag kann die Kündigung der Mitgliedschaft bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der Zusatzbeitrag erstmals erhöht wird.

§ 175 Abs. 4  
SGB V

Zeitlich unabhängig von der 12-monatigen Bindungsfrist sind Versicherte, die einen Wahltarif mit ihrer Krankenkasse abschließen. Diese sind dann je Wahltarif bis zu drei Jahre an ihre Krankenkasse gebunden.

§ 53 Abs. 8  
Satz 1, 2  
SGB V

### Merke

Seit Januar 1996 können die Pflichtversicherten und die freiwillig Versicherten durch Ausüben ihres Wahlrechts nahezu völlig frei entscheiden, bei welcher Krankenkasse sie versichert sein möchten. Damit entsteht unter den Krankenkassen eine verschärfte Wettbewerbssituation, in der sich die AOK behaupten muss.

Seit dem Jahr 2005 werden die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherung unter dem einheitlichen Namen „Deutsche Rentenversicherung“ (DRV) durch die Bundesträger und den Regionalträger wahrgenommen. Die Bundesträger setzen sich aus der DRV Bund und der DRV Knappschaft Bahn-See zusammen. Die 14 Regionalträger erhalten im Namen den Zusatz ihrer regionalen Zuständigkeit. Die Träger sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und tragen alle ein gemeinsames Logo.

### Pflegeversicherung

§ 21a Abs. 2 SGB I,  
§ 1 Abs. 3,  
§ 46 Abs. 1 SGB XI

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen wahrgenommen. Bei Ihrer AOK ist also eine Pflegekasse eingerichtet, die die soziale Pflegeversicherung durchführt.

### Unfallversicherung

§ 22 Abs. 2 SGB I,  
§ 114 Abs. 1 SGB VII

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind insbesondere die Berufsgenossenschaften.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften gliedern sich nach Wirtschaftszweigen (z.B. die Maschinenbau-Berufsgenossenschaft). Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gliedern sich nach Regionen und die gemeinsamen Unfallkassen in den Landes- und kommunalen Bereich.

### Rentenversicherung

Die Rentenversicherung wird von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, den Rentenversicherungsträgern, durchgeführt.

#### Bundesträger

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

#### Regionalträger

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

Für Versicherte, an die seit dem 01. 01. 2005 erstmalig eine Rentenversicherungsnummer vergeben wird, ergibt sich der zuständige Rentenversicherungsträger aus folgender Quotierung:

- |   |                     |
|---|---------------------|
| • 55 % der Versicherten werden den Regionalträgern, | § 127 Abs. 2 SGB VI |
|---|---------------------|

- 40 % der Versicherten werden der Deutschen Rentenversicherung Bund und
- 5 % der Versicherten werden der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zugeordnet.

Das gesetzlich vorgeschriebene Leistungsspektrum der Rentenversicherung umfasst die Zahlung von Altersrenten, Erwerbsminderungsrente, Witwen-, Witwer- und Waisenrenten, die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen und Beratung und Information für Versicherte und Betriebe.

### Arbeitsförderung

§ 19 Abs. 2  
SGB I,  
§ 367  
Abs. 1, 2, 4  
SGB III

Zuständig sind die Agenturen für Arbeit und die sonstigen Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit. Die Bundesagentur für Arbeit ist eine rechtsfähige bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sitz der Bundesagentur für Arbeit ist Nürnberg.

#### 5.1.1 Stellung der AOK auf dem Krankenversicherungsmarkt

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen nahm seit 1970 deutlich ab. 1970 gab es noch 1.815 Krankenkassen, im Januar 2025 noch 94. Hier zeigt sich der politisch gewollte Konzentrationsprozess, insbesondere verursacht durch Zusammenschlüsse. Der Anteil der gesetzlich versicherten Personen teilen sich auf die Kassenarten im Januar 2025 wie folgt auf:

Die AOK-Gemeinschaft versichert ca. 36,94 % aller GKV-Versicherten in Deutschland.

Die Gesamtheit der Ersatzkassen versichert ca. 38,64 % der GKV-Versicherten.

Betriebs- und Innungskrankenkassen haben einen Marktanteil von ca. 15,25 % und ca. 6,78 %.

Ziel der AOK ist es, ihre Marktposition zu erhalten und perspektivisch weiter auszubauen.

Die Knappschaft-Bahn-See weist einen Marktanteil von 1,73 %, die Landwirtschaftliche Krankenkasse einen Anteil nach Versicherten i. H. v. 0,66 % auf.

Die „AOK – Die Gesundheitskasse.“ hat gerade in den letzten Jahren viele Aktivitäten entfaltet, um dieses Ziel zu erreichen. Aufgrund der hohen Dynamik in der gesetzlichen Krankenversicherung und dem starken Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist es erforderlich, das Erreichte zu sichern und neue Handlungsfelder aktiv anzugehen. Dabei hat sich die AOK an organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu orientieren.

#### 5.1.2 Rechtsstellung der AOK

Die Sozialversicherungsträger – und damit auch die AOK – sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. „Öffentlich-rechtlich“ bedeutet, dass es sich weder um private noch um staatliche Einrichtungen handelt. Körperschaften des öffentlichen Rechts nehmen die ihnen übertragenen staatlichen Aufgaben eigenverantwortlich im Rahmen der mittelbaren Staatsverwaltung wahr.

§ 29 Abs. 1  
SGB IV,  
§ 4 Abs. 1  
SGB V,  
§ 46 Abs. 2  
Sätze 1 – 3  
SGB XI

§ 29 Abs. 3  
SGB IV

Die Sozialversicherungsträger erfüllen die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben im Rahmen des Gesetzes und des sonstigen für sie maßgebenden Rechts in eigener Verantwortung. Das bedeutet insbesondere für die AOK ein weites Wirkungsfeld zur eigenverantwortlichen Erledigung. Als selbstständige Körperschaft führt die AOK die ihr gesetzlich zugewiesenen Aufgaben aus eigenem Recht (Satzungsautonomie) durch.

Die gesetzlichen Regelungen geben der AOK das Recht zur Selbstorganisation.

Außerdem hat die AOK eine eigene Personalhoheit und ist damit für die Festlegung des Personalbedarfs und der Personalentwicklung selbst zuständig.

Auch auf die Ausgestaltung des Leistungsrahmens kann die AOK durch ihre Satzung in einem gewissen Umfang selbst Einfluss nehmen.

### **Merke**

Die AOK erfüllt ihre Aufgaben innerhalb des gesetzlich festgelegten Rahmens und innerhalb ihres eigenen Satzungsrechts in eigener Verantwortung.

„Selbstverwaltung“ heißt, die AOK wird verwaltet von

- den AOK-Privatkunden,
- den Firmenkunden, deren Beschäftigte bei der AOK versichert sind.

Damit wirken diejenigen bei der Ausgestaltung des gesetzlichen Rahmens mit, die auch an der Beitragsaufbringung beteiligt sind. Die Prinzipien der Demokratie wirken also in der Selbstverwaltung der AOK.

Selbstverwaltungsorgan der AOK ist der Verwaltungsrat (ehrenamtliche Mitglieder – AOK-„Parlament“). Der Verwaltungsrat ist paritätisch durch Vertreter der Privatkunden und der Firmenkunden besetzt. Er überwacht den hauptamtlichen Vorstand und entscheidet über Fragen, die grundsätzliche Bedeutung haben. Er bestimmt die sozial- und unternehmenspolitische Ausrichtung der AOK.

Die Mitglieder des Vorstands üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus (AOK-„Regierung“). Sie werden vom Verwaltungsrat für eine Amtszeit von sechs Jahren gewählt. Dabei treffen sie eigenverantwortlich alle Entscheidungen, die vom Verwaltungsrat bestimmten Grundsätze und Ziele umzusetzen.

Um sicherzustellen, dass die Krankenkassen/Pflegekassen Gesetz und sonstiges Recht einhalten, stehen sie unter der Aufsicht des Staats. Die Aufsicht dient dem Schutz der Kunden, aber auch dem Schutz der Krankenkassen/Pflegekassen vor einem Fehlverhalten ihrer Selbstverwaltungsorgane.

Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Selbstverwaltung und Aufsicht“.

### **Merke**

Die AOK ist eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

### 5.1.3 AOK als Arbeitgeber und Ausbildungsbetrieb

Die „AOK – Die Gesundheitskasse.“ ist nicht nur eine Krankenversicherung im Wettbewerb, sondern auch Arbeitgeber und oft Ausbildungsbetrieb. Dabei sind sowohl auf der Seite des Arbeitgebers als auch auf der Seite der bei ihr beschäftigten Arbeitnehmer bzw. Auszubildenden rechtliche Vorgaben zu beachten.

Hier wird ein Überblick über wichtige Institutionen und Organisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie deren Aufgaben gegeben. Lesen Sie hierzu auch die Ausführungen im Lernbrief zum Thema „Arbeitsrecht, Berufsbildung und Personalwesen“.

§ 611 BGB

Die rechtlichen Grundlagen des Arbeitsrechts ergeben sich aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB).

Ein Arbeitsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande.

Die Vertragsparteien des Arbeitsvertrags sind dabei an die Regelungen des Tarifvertrags gebunden. Individuelle Regelungen für den Arbeitnehmer im Arbeitsvertrag können nur aufgenommen werden, wenn sie günstiger sind als im Tarifvertrag. Die Tarifverträge werden von dem Arbeitgeberverband und den Gewerkschaften abgeschlossen.

Das Recht der Ausbildungsverhältnisse ist im Berufsbildungsgesetz (BBiG) geregelt. Damit die Ausbildung einheitlich und ordnungsgemäß durchgeführt werden kann, werden die Grundlagen in einer Ausbildungsordnung

festgelegt. Für die Ausbildung zum/ zur Sozialversicherungsfachangestellten gilt beispielsweise die „Verordnung über die Berufsausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten/ zur Sozialversicherungsfachangestellten“.

Die Berufsausbildung erfolgt bei der AOK im sogenannten „dualen System“, d.h., die Ausbildung ist in einen betrieblichen und einen schulischen Teil gegliedert. Die betriebliche Berufsausbildung findet in der Fachpraxis einer AOK am Arbeitsplatz durch einen Ausbilder oder Ausbilderin und in einer Bildungseinrichtung durch praxis- und handlungsorientierten Unterricht durch Lehrpersonal statt. Die schulische Ausbildung erfolgt in den örtlich zuständigen Berufsschulen, deren Grundlage der entsprechende Rahmenlehrplan des jeweiligen Bundeslandes ist.

§ 2 BBiG

Durch die zuständigen Stellen nach dem BBiG wird der Ausbildungsbetrieb AOK bei der Ausbildung beraten und überwacht.

§ 76 BBiG

Im öffentlichen Dienst und für die der Aufsicht unterstehenden Körperschaften werden die zuständigen Stellen durch die Länder bestimmt. Dadurch sind die zuständigen Stellen für den Ausbildungsberuf des Sozialversicherungsfachangestellten in den zuständigen Landesministerien für Gesundheit oder auch bei der AOK angesiedelt.

§ 73 BBiG

Diese Stellen organisieren insbesondere die Zwischen- und Abschlussprüfungen für den Ausbildungsberuf des Sozialversicherungsfachangestellten.

§§ 48, 37 BBiG

## 5.2 Versicherte Personen

§ 2 Abs. 1  
SGB IV

Der Kreis der in den fünf Zweigen der Sozialversicherung versicherten Personen ist im Wesentlichen identisch. Bei den Sozialversicherten wird zwischen Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten (freiwillig Versicherten) unterschieden.

Alle Personen, die in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis stehen, sind grundsätzlich gesetzlich versichert, und zwar in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung. Es handelt sich um eine Pflichtversicherung, d.h., die Versicherung tritt unabhängig vom Willen der Beteiligten ein. Sie kann weder schriftlich noch mündlich ausgeschlossen werden (Verbot nachteiliger Vereinbarungen). Jeder, der die im Gesetz beschriebenen Voraussetzungen erfüllt, ist versicherungspflichtig, auch wenn absichtlich der AOK keine Angaben (Meldungen) gemacht und keine Beiträge gezahlt werden.

§ 32 SGB I

### Merke

Die Versicherungspflicht kann weder schriftlich noch mündlich ausgeschlossen werden. Sie tritt kraft Gesetzes ein.

Der Gesetzgeber unterstellt bei Arbeitnehmern und Auszubildenden grundsätzlich ein besonderes Schutzbedürfnis. Auch andere Personenkreise (z.B. Studierende, Rentenbezieher, Arbeitslosengeldbezieher usw.) sind unter bestimmten Voraussetzungen versicherungspflichtig. Die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht

dieser anderen Personen sind allerdings innerhalb der fünf Sozialversicherungszweige sehr unterschiedlich geregelt. Für die Pflegeversicherung gilt generell der Grundsatz: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Das bedeutet hier, dass Personen, die krankenversicherungspflichtig sind, auch pflegeversicherungs-pflichtig sind.

§ 20 Abs. 1  
Satz 1  
SGB XI

### Merke

Für den versicherten Personenkreis in der Pflegeversicherung gilt der Grundsatz: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung.“

In allen fünf Versicherungszweigen sind auch Ausnahmen von der Versicherungspflicht festgelegt. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Freiwillig Versicherte beraten“.

Welche Personen sich freiwillig versichern können, ist in den einzelnen Versicherungszweigen unterschiedlich geregelt.

In der Rentenversicherung kann sich beispielsweise jeder mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland freiwillig versichern. Nach dem Recht der Arbeitsförderung ist eine freiwillige Versicherung unter bestimmten Voraussetzungen für

- Pflegepersonen,
- selbstständig Tätige und
- Auslandsbeschäftigte

möglich.

§ 6 Abs. 1  
Nr. 1, Abs. 6  
SGB V

In der gesetzlichen Krankenversicherung gehören Arbeiter und Angestellte, deren Arbeitsentgelt mehr als 73.800 € im Jahr 2025 beträgt (Jahresarbeitsentgeltgrenze) und auch die Grenze des nächsten Jahres überschreiten, nicht mehr zum Kreis der pflichtversicherten Personen. Sie sind krankenversicherungsfrei.

§ 6 Abs. 7  
SGB V

Zusätzlich gibt es eine besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze in Höhe von 66.150 €. Diese gilt für Arbeitnehmer, die am 31. 12. 2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze krankenversicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert waren.

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze wird zum 01. 01. eines jeden Jahres angepasst. Sie ändert sich in dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorangegangenen Kalenderjahr stehen.

Der Gesetzgeber hat diese Arbeitnehmer als nicht mehr schutzbedürftig angesehen und es in ihre Eigenverantwortung gestellt, sich um ihren Krankenversicherungsschutz selbst zu kümmern. Diese „gut verdienenden“ Arbeitnehmer haben nun zwei Möglichkeiten, sich gegen das Risiko „Krankheit“ abzusichern:

1. freiwillige Krankenversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (z.B. bei der AOK)
2. Krankenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

Sie kennen nun die Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Ihre Aufgabe in der Kundenberatung ist es jetzt,

dem betroffenen Angestellten die Unterschiede zwischen beiden Krankenversicherungssystemen aufzuzeigen und ihn von den Vorteilen einer AOK-Mitgliedschaft zu überzeugen. Denn gerade bei diesem Personenkreis handelt es sich um eine – auch von den Mitbewerbern – stark umworbene Zielgruppe.

## 5.3 Leistungen

In den nachfolgenden Punkten erhalten Sie einen Überblick über Leistungen der Sozialversicherungszweige.

### 5.3.1 Krankenversicherung

Sozialgesetzbuch (SGB)

#### Fünftes Buch (V)

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 1

#### Solidarität und Eigenverantwortung

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 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, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter

Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Der Gesetzestext in § 1 SGB V macht deutlich, welcher hohen Anspruch der Gesetzgeber an die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch an die Eigenverantwortung des Einzelnen, stellt.

Es ist Aufgabe der AOK, alles daran zu setzen, um diesem Anspruch gerecht zu werden. Ein wesentlicher Aspekt – auch im Hinblick auf den Markterfolg der AOK – sind dabei die Erwartungen der Kunden an das Unternehmen AOK.

Marktforschungsstudien haben gezeigt, dass die Kunden an den AOK-Service vor allem folgende Erwartungen haben:

- bequeme Inanspruchnahme von Leistungen/Erreichbarkeit
- Kompetenz
- individuelle Beratung
- aufmerksame Begleitung

Wenn die Kunden die AOK brauchen, soll alles möglichst reibungslos ablaufen, d.h., Lösungen sollen individuell, unbürokratisch und schnell zur Verfügung gestellt werden. Daneben legt der Kunde besonderen Wert darauf, Auskünfte zu erhalten, auf die er sich verlassen kann. Außerdem soll die AOK den Kunden von sich aus an alle wichtigen Termine, Fristen und Unterlagen erinnern. Es ist also gerade der alltägliche Service, dem die Kunden besondere Bedeutung beimessen.

Daher muss es zu den vorrangigen Aufgaben der AOK – und damit zu Ihren Aufgaben in der Funktion der Kundenberatung – gehören, eine solche Kundenbetreuung gerade im täglichen Service zur Zufriedenheit der Kunden sicherzustellen.

Die AOK hat sich entsprechend dieser Kundenwünsche positioniert und folgende Servicestandards verabschiedet:

- Wir arbeiten schnell und zuverlässig.
- Wir bieten eine hohe Beratungsqualität.
- Wir kümmern uns um Ihre Anliegen. Mit uns können Sie rechnen.
- Die Qualität unserer Arbeit ist hoch und wird systematisch weiterentwickelt.
- Wir vermarkten unsere Leistungen offensiv.
- Mit Ablehnung gehen wir sorgsam um.
- Wir nehmen die Beschwerden unserer Kunden ernst.
- Wir halten unsere Kunden auf dem Laufenden.

Diese Anforderungen jeden Tag neu zu erfüllen, ist eine wesentliche Voraussetzung für ein marktorientiertes Leistungsangebot der AOK.

Die AOK hat im Rahmen ihrer Leistungserbringung folgende Aufgaben zu bewältigen:

- die Gesundheit der Kunden zu erhalten (Prävention)
- die Gesundheit der Kunden wiederherzustellen (Kuration)
- den Gesundheitszustand der Kunden zu verbessern (Rehabilitation)

§ 21 Abs. 1  
SGB I



Um diese Aufgaben zu erfüllen, erbringt die AOK insbesondere folgende Leistungen:

### Krankenversicherungsleistungen

Förderung der Gesundheit/Verhütung von Krankheiten

Früherkennung von Krankheiten

Krankenbehandlung

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Hilfe zur Familienplanung/Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch

Für sämtliche Leistungen der Krankenversicherung gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Dieser Maßstab darf von den Krankenkassen nicht überschritten werden. Schließlich werden die Leistungen aus den Beiträgen der Privat- und Firmenkunden finanziert. Beiträge dürfen somit nicht für unnötige oder unwirtschaftliche Leistungen verwendet werden. Von diesem Grundsatz können die Krankenkassen nicht abweichen.

Verschiedene Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geben der AOK hierbei Hilfestellung. Die Beurteilung der Zweckmäßigkeit in Abwägung zur Wirtschaftlichkeit kann je nach Sachverhalt und ärztlicher Indikation unterschiedlich ausfallen. Im Einzelfall ist bei der Kundenberatung sehr viel Sachverstand und Fingerspitzengefühl erforderlich.

### Förderung der Gesundheit

Der Grundgedanke bei der Gesundheitsförderung ist, den Kunden wirksam zu helfen, ihre Gesundheit zu erhalten. Inzwischen ist erwiesen, dass das Gesamtbefinden eines Menschen den Ausschlag für Gesundheit oder Krankheit gibt.

#### Merke

Gesundheit ist nicht alles – aber ohne Gesundheit ist alles nichts!

Diesen Grundsatz hat sich die AOK mit ihrer Philosophie „AOK – Die Gesundheitskasse.“ schon 1987 zu Eigen gemacht. Sie ist unter den gesetzlichen Krankenkassen Vorreiter auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und positioniert sich damit auf dem Krankenversicherungsmarkt.

Ein großer Teil des AOK-Angebots der Gesundheitsförderung (z.B. Raucherentwöhnungskurse, Lauftreffs, Beratung zur gesunden Ernährung) wurde seinerzeit vom Gesetzgeber zum 01. 01. 1997 durch eine Änderung des § 20 SGB V gestrichen bzw. eingegrenzt.

Seit dem Jahr 2000 hat die Prävention durch den Gesetzgeber wieder einen hohen Stellenwert erhalten. Die damalige Bundesregierung hatte schnell erkannt, dass das Gesundheitssystem nicht nur ein Reparaturbetrieb für bereits entstandene Krankheiten sein dürfe. Seitdem kann die AOK ihren Versicherten wieder Angebote zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung unterbreiten. Die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen beschlossen in Kooperation mit anderen Akteuren der Gesund-

§ 20 Abs. 1  
SGB V

heitsförderung Handlungsfelder und Qualitätskriterien für die Präventionsangebote der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich. Damit wird dafür gesorgt, dass nur wirksame und qualitativ hochwertige Angebote erbracht werden.

Es ist bereits seit langem Tradition, dass die AOK über gesundheitliche Gefahren aufklärt. In den letzten Jahren hat sie darüber hinaus die Sekundär- und Tertiärprävention stark ausgebaut. Mit Innovationen im Gesundheitsmanagement festigt die AOK ihre Position als Gesundheitskasse.

In der Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ fasst die AOK bewährte und innovative Angebote für Kinder und Jugendliche zusammen. Alle AOKs bieten ihren Versicherten das AOK-Familienprogramm, eine kontinuierliche Beratung und Betreuung vom Kinderwunsch bis zum 16. Lebensjahr. Am „AOK-Baby-Telefon“ können junge Eltern verständliche Informationen von Ärzten, Krankenschwestern und Krankenpflegern zu Kinderkrankheiten und empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen bekommen. Mit dem Bonusprogramm werden Eltern mit umfangreichen Leistungen für Vorsorge und Bewegung unterstützt. In vielen Projekten wirken die AOKs auf gesundheitsförderliche Strukturen in Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten hin. Die AOKs unterstützen Kultusbehörden und Schulen bei der Gestaltung attraktiver Schulsportangebote, um die Fitness der Kinder zu erhöhen. Andere Angebote der AOKs vor Ort fördern die Bewegung im Kleinkind- und Schulalter durch Kurse („Abenteuer Bewegung“, „Felix Fit“), helfen beim Stressabbau im Kindesalter oder beugen Haltungsschäden vor.

Viele dieser Angebote sind auch schon digital über einen App-Store erhältlich.

Außerdem fördert die AOK bestimmte Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten (festgeschriebenen) Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, durch Zuschüsse.

Das Verzeichnis der dafür infrage kommenden Erkrankungen wird von Ärzten, Krankenkassen und Selbsthilfeorganisationen gemeinsam erstellt. Verschiedene Gutachten machen deutlich, Selbsthilfe leistet einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität von kranken und behinderten Menschen. Selbsthilfegruppen von chronisch Kranken tragen dazu bei, Klinikeinweisungen zu vermeiden.

Schließlich verfügt die AOK auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung über fundierte Erfahrungen und Kenntnisse. Die AOK wird initiativ tätig, um den Gesundheitszustand und die Krankheitsursachen ihrer Kunden zu untersuchen. Dabei arbeitet sie eng mit den Berufsgenossenschaften zusammen. Denn Erkrankungen und Fehlzeiten sind für alle Beteiligten ein Problem. Sie beeinträchtigen die Gesundheit der Beschäftigten, führen zu Produktivitätsverlusten der Unternehmen und erhöhen die Lohnzusatzkosten.

AOK und Berufsgenossenschaften bieten den Firmen ihre Mitarbeit an, um sie bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen zu unterstützen. Umsetzung und Finanzierung von Gesundheitsmaßnahmen (z.B. arbeitsplatzbezogene Rückenschule,

§ 20h SGB V

§§ 20a, 20c SGB V

Kantinenaktionen) sind seit 01. 01. 2000 grundsätzlich auch wieder durch die AOK möglich. Der GKV-Spitzenverband beschließt hierzu unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes, prioritäre Handlungsfelder und einheitliche Kriterien für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

§ 20i SGB V

Die primäre Prävention wird für die Versicherten der AOK auch durch die Kostenübernahme von Schutzimpfungen sichergestellt. Selbst zu zahlen sind jedoch Impfungen, die im Zusammenhang mit einer Urlaubsreise erforderlich sind.

#### Merke

In den Bereichen Primärprävention, Förderung der Selbsthilfe, betriebliche Gesundheitsförderung sowie Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, bietet die AOK ihren Versicherten umfangreiche Leistungen an. Die AOK ist „AOK – Die Gesundheitskasse.“

#### Verhütung von Krankheiten

Die AOK klärt ihre Versicherten über gesundheitliche Gefahren und die Verhütung von Krankheiten auf. Damit hat die AOK die Chance und die Aufgabe, auf das Umfeld der Entstehung von Krankheiten verstärkt einzuwirken.

§§ 21, 22 SGB V

Besonders erfolgversprechend sind Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Zahnprophylaxe). Aber auch die ärztliche Behandlung soll möglichst früh einsetzen, und zwar schon dann, wenn eine Schwächung der Gesundheit vorliegt, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde.

Zu diesem Zweck erbringt die AOK Vorsorgeleistungen. Zu den Vorsorgeleistungen der AOK gehören insbesondere ambulante und stationäre Vorsorgekuren und Vorsorgekuren für Mütter und Väter.

§§ 23, 24 SGB V

Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage: „Was ist Krankheit?“

#### Definition des Begriffs „Krankheit“

Krankheit ist ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Leistungen – insbesondere Leistungen der Krankenbehandlung – erfordert. Diese versicherungsrechtliche Definition des Begriffs Krankheit geht zurück auf ein Urteil des preußischen Obergerichtes, das durch Urteile der Sozialgerichtsbarkeit fortentwickelt wurde.

#### Früherkennung von Krankheiten

Zu den Leistungen zur Krankheitsfrüherkennung gehören:

§§ 25, 26 SGB V

- allgemeine Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Erkrankungen wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes
- die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (viele Krebsarten sind heute heilbar, wenn sie früh genug erkannt werden)
- die Kinderuntersuchungen. Sie stellen ein Früherkennungsprogramm für Säuglinge und Kleinkinder sowie für Jugendliche mit insgesamt zehn ärztlichen Untersuchungen dar und sichern die gesunde, altersmäßige Entwicklung des Kindes. Je früher

Krankheiten und Entwicklungsfehler in den ersten Lebensjahren erkannt werden, desto größer ist die Chance einer Heilung oder Korrektur.

### Krankenbehandlung

Den meisten Menschen vermittelt die AOK das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit – und zwar auch dann, wenn sie nicht mehr jung oder wenn sie einmal krank sind. Dieses grundsätzliche Vertrauen in die AOK hat sich entwickelt, weil sie von den Menschen als starke, fürsorgliche, erfahrene und solidarische Gemeinschaft empfunden wird. Dies ist das Ergebnis einer umfassenden Stärken-/ Schwächen-Analyse der AOK aus Kundensicht.

§ 27 Abs. 1  
Satz 1 SGB V

Kunden erhalten Krankenbehandlung, wenn eine Krankheit vorliegt, die „behandelt“ werden muss. Dieser Bereich der Kuration zielt darauf ab, die Gesundheit der Versicherten wiederherzustellen oder eine Verschlimmerung der Erkrankung zu verhüten. Dazu kommt die Aufgabe, den Gesundheitszustand zu verbessern (Rehabilitation).

### Lernbeispiel

Rita Roscher, langjährige AOK-Kundin, kommt mit ihrer Tochter in Ihre Geschäftsstelle und erkundigt sich, welche Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten die AOK anbietet.

### Aufgabe

Welche Leistungen können durch die AOK zur Verfügung gestellt werden?

### Die Krankenbehandlung umfasst: (vgl. § 27 Abs.1 Satz 2 SGB V)

- ärztliche Behandlung, Psychotherapie
- zahnärztliche Behandlung
- Zahnersatz, kieferorthopädische Behandlung
- Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
- Krankenhausbehandlung
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen

Eine wichtige Leistung ist die ärztliche/ zahnärztliche Behandlung, deren Kosten von der AOK übernommen werden. Die Versicherten haben dabei die freie Arztwahl und können sich den Arzt ihres Vertrauens aussuchen. „Bezahlt“ wird mit der elektronischen Gesundheitskarte, die in der Arztpraxis vorgelegt wird.

Wenn das ärztliche Fachpersonal ein Rezept ausstellt und Arzneimittel oder z.B. Krankengymnastik verschreibt, werden die Kosten grundsätzlich von der AOK übernommen. Dies gilt auch, wenn der Arzt eine Krankenhausbehandlung als notwendig erachtet. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung werden von der AOK gezahlt. Die Krankenhauskosten sind dabei der dickste Brocken im Etat der Krankenkassen. Sie machen rund ein Drittel aller Ausgaben aus.

Für die wirtschaftliche Absicherung während der Krankheit zahlt die AOK den Kunden, die infolge Krankheit arbeitsunfähig sind, Krankengeld zum Ausgleich des Verdienstaufschlags.

### Zum Lernbeispiel

Folgende Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten sollten Sie in Ihrem Beratungsgespräch mit Rita Roscher ansprechen:

- ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit („Check-up“)
- Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- Kinder- und Jugenduntersuchungen

§ 62 SGB V

Kunden haben sich bei fast allen Leistungen mit Zuzahlungen zu beteiligen. Diese können allerdings – gemessen an ihrem Einkommen – zu einer unzumutbaren Härte führen. Zuzahlungen sind deshalb nicht mehr zu leisten, wenn der Kunde durch die Eigenbeteiligungen die persönliche Belastungsgrenze erreicht hat. Diese beträgt 2 % seiner jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Für chronisch kranke Versicherte, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine Belastungsgrenze von 1 % der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

§ 137f SGB V

Bereits mehr als sieben Millionen Patientinnen und Patienten profitieren bereits von einer strukturierten Behandlung. Um die Gesundheitsversorgung chronisch Kranker zu verbessern, bietet die AOK bundesweit Disease-Management-Programme an. Der Begriff „Disease-Management“ stammt aus den USA und bedeutet wörtlich übersetzt „Krankheits-Management“. Von Disease-Management wird dann gesprochen, wenn Ärzte, Krankenhäuser,

Therapeuten, Pflegedienste und andere Leistungserbringer koordiniert zusammenarbeiten, um insbesondere chronisch Kranke besser zu betreuen. Das setzt eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten voraus. Trotz einer hervorragenden Akutversorgung in der Bundesrepublik ist die Betreuung dieser Patienten jedoch schlecht organisiert. Das will die „AOK – Die Gesundheitskasse.“ ändern.

Mitte 2003 starteten die ersten Programme und Versicherte können sich hierfür einschreiben. Für die AOK zahlt es sich jetzt aus, dass sie sich schon seit Jahren in Projekten zur Versorgung chronisch kranker Menschen, insbesondere im Bereich Diabetes, engagiert.

### Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

- ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
- stationäre Entbindung (Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung für die Zeit nach der Entbindung),
- häusliche Pflege,
- Haushaltshilfe,
- Mutterschaftsgeld für die Zeit der Schutzfristen.

Während der Schwangerschaft gehören zur ärztlichen Betreuung insbesondere Vorsorgeuntersuchungen. Die Schwangere erhält von ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin einen sogenannten Mutterpass, der einen Terminplan für die Vorsorgeuntersuchungen enthält.

§ 21 Abs. 1  
Nr. 3 SGB I,  
§ 24c – 24i  
SGB V

**Merke**

Durch vollständige Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen werden die Gefahren für Mutter und Kind während der Schwangerschaft und Geburt verringert.

**Hilfe zur Familienplanung**

- § 24a SGB V AOK-Kunden haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der erforderlichen Untersuchung und der Verordnung von Verhütungsmitteln. Ärztlich verordnete Verhütungsmittel (in der Regel die Antibabypille) erhalten Kundinnen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr – bis auf die gesetzliche Zuzahlung – kostenlos.

**Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch**

- § 24b SGB V Die erforderlichen Leistungen werden bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (wenn eine medizinische oder kriminologische Indikation – § 218a Abs. 2, 3 StGB – vorliegt) erbracht. Liegt dagegen ein rechtswidriger, aber straffreier Abbruch der Schwangerschaft vor – § 218a Abs. 1 StGB – (bei Nachweis der Beratung durch eine anerkannte Konfliktberatungsstelle und wenn seit der Empfängnis höchstens 12 Wochen vergangen sind), sind die Leistungen, die die Krankenkasse erbringen darf, eingeschränkt. In diesem Fall darf die Krankenkasse keine Leistungen für die ärztliche Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs selbst sowie die medizinische Nachsorge bei komplikationslosem Verlauf übernehmen.

**Verbraucher- und Patientenberatung**

- Durch die Gesundheitsreform 2000 wurde die Verbraucher- und Patientenberatung gestärkt. § 65b SGB V

Das deutsche Gesundheitswesen war bisher hauptsächlich auf Leistungserbringer und Kostenträger ausgerichtet. Patienten tauchten meist nur als Objekt der Fürsorge auf. Verschiedene Institutionen arbeiten bereits im Sinne der Patienten. Im Rahmen von Modellvorhaben fördert der GKV-Spitzenverband gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben.

Die AOK nimmt die Verbraucher- und Patientenberatung sehr ernst. Aus dem Grund bietet sie ihren Kunden in allen Bundesländern medizinische Informationen am Telefon und in den meisten Bundesländern auch per Internet an – z.B. „AOK-Clarimedis“. AOK-Versicherte können medizinische Fragen am Telefon stellen. Ärzte und medizinische Fachkräfte stehen 365 Tage in der Regel rund um die Uhr für Fragen zur Verfügung. Dieser Service wird jährlich von ca. 300.000 AOK-Versicherten in Anspruch genommen.

- Die AOK unterstützt ihre Kunden darüber hinaus seit 2002 intensiv durch Service-Teams bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen aufgrund von Behandlungs- und Pflegefehlern. Dabei ist sehr viel Fingerspitzengefühl den Kunden und den Vertragspartnern gegenüber erforderlich. § 66 SGB V

### Elektronische Patientenakte (ePA) – AOK Mein Leben

Mit der ePA bietet die AOK eine moderne, sichere und komfortable App-Lösung (AOK Mein Leben) für die digitale Verwaltung wichtiger Gesundheitsdaten. Seit dem 1. Januar 2021 können AOK-Versicherte die ePA freiwillig nutzen, und seit dem 15. Januar 2025 wird sie automatisch für alle gesetzlich Versicherten angelegt – es sei denn, sie widersprechen.

In der ePA können unter anderem Arztbefunde, Röntgenbilder, Medikationspläne, Impfungen und Notfalldaten gespeichert werden. Zusätzlich können Versicherte ihre E-Rezepte mit der „AOK Mein Leben“-App in der Apotheke einlösen. Versicherte entscheiden selbst, welche Informationen hinterlegt und mit welchen Ärzten oder Einrichtungen sie geteilt werden.

Die ePA erleichtert den Austausch zwischen medizinischen Fachkräften, verbessert die Behandlungsqualität und hilft, unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Gleichzeitig sind Datenschutz und Sicherheit zentral: Alle Zugriffe werden protokolliert und nur mit Zustimmung des Versicherten ist ein Zugriff möglich.

#### Merke

Die Gesundheitskasse AOK bedient ihre Kunden in allen gesundheitsrelevanten Bereichen mit den gewünschten Informationen (Therapien, Diagnosen, Medikamenten, Patientenrechte usw.). Sie ist die kompetente Instanz im Gesundheitswesen und geleitet ihre Kunden durch das Gesundheitssystem, ohne sie zu bevormunden, und stärkt so ihre Eigenverantwortung.

### 5.3.2 Pflegeversicherung

Durch die Soziale Pflegeversicherung wird der Einzelne nicht mehr mit dem Risiko, pflegebedürftig zu werden, allein gelassen. Beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit haben die Versicherten einen Rechtsanspruch auf die erforderlichen Leistungen.

Die soziale Pflegeversicherung wird von einem ganz bedeutsamen Grundsatz geprägt: „Rehabilitation vor Pflege“. D.h.: Auf Pflege angewiesen zu sein, ist nicht in jedem Fall Schicksal. Die Pflegebedürftigkeit kann vielmehr zurückgedrängt, verhindert oder vermindert werden – durch Vorbeugung und Rehabilitation.

Der Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung umfasst sowohl Leistungen bei häuslicher (ambulanter) als auch bei stationärer Pflege. Durch den zweiten Grundsatz der Pflegeversicherung, der lautet „ambulant vor stationär“, hat die häusliche Pflege Vorrang vor der stationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung/einem Pflegeheim. Dadurch können die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben.

Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“ wird im SGB XI folgendermaßen definiert:

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, und mit einer festgelegten Schwere (Grad der Pflegebedürftigkeit) bestehen.

§ 14 SGB XI

Dabei richtet sich die Art und Form der Leistungen nach den fünf Pflegegraden, in die der Pflegebedürftige durch den Medizinischen Dienst nach einer Untersuchung zugeordnet wird. Die Pflegegrade sind abhängig von der Häufigkeit des Hilfebedarfs.

Im Jahr 2023 erhielten mehr als 5,6 Millionen Versicherte Monat für Monat Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung, davon 4,89 Millionen Pflegebedürftige in ihrer häuslichen Umgebung; 800.000 im Pflegeheim. 3,1 Millionen stellen ausschließlich mit Pflegegeld ihre häusliche Pflege u.a. durch Angehörige oder Bekannte selbst sicher. Zwei Drittel der Leistungsempfängenden sind mit der Art und der Höhe ihrer Pflegeleistungen zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Diese positive Wertung geht einher mit einer zunehmenden Sensibilität der Öffentlichkeit für fachlich korrektes Pflegen.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz greifen in der Pflege seit 01. 01. 2017 weitere grundlegende Änderungen. Es gibt fünf Pflegegrade. Der Pflegebedarf wird daran gemessen, wie alltagsfähig ein Mensch noch ist. Pflegebedürftige werden durch die Einteilung individueller und bedarfsge-rechter unterstützt.

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten die Pflegekassen die Möglichkeit, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln. Die Pflegekassen wurden verpflichtet, die Beratung der Pflegebedürftigen zu vertiefen und die unterschiedlichen Leistungen der verschiedenen Leistungsträger zu koordinieren. Dazu wurden Pflegeberater beschäftigt, die in den neu eingerichteten örtlichen Pflegestützpunkten arbeiten.

Beschäftigte haben nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) das Recht, bis zu zehn Arbeitstage von der Arbeit freigestellt zu werden, um die Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. In dieser Zeit sichert das Pflegeunterstützungsgeld – eine Entgeltersatzleistung der Pflegekasse – den Verdienstausschlag ab.

Für eine längere Pflegezeit können Beschäftigte bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise von der Arbeit freigestellt werden.

Die AOK unterstützt ihre Versicherten mit individueller Beratung und hilft, die beste Lösung für die persönliche Pflegesituation zu finden.

### 5.3.3 Unfallversicherung

Im Jahr 2023 ereigneten sich in der Bundesrepublik Deutschland 783.426 meldepflichtige Arbeitsunfälle, 381 endeten tödlich. Wer kümmert sich darum, dass Unfälle im Betrieb vermieden werden? Wer kommt für die Schäden auf?

Eigentlich hätte eine bei einem Arbeitsunfall verletzte Person Ansprüche gegen den Arbeitgeber. Die verletzte Person müsste diesem aber Vorsatz oder Fahrlässigkeit nachweisen. Die notwendige Beweiserbringung wird teilweise schwierig oder ganz unmöglich sein. Damit wäre die Durchsetzbarkeit der Schadenersatzansprüche für die verletzte Person infrage gestellt. Bei einem selbst(mit)verschuldeten Arbeitsunfall könnte der Arbeitnehmer keine Ansprüche gegen den Unternehmer geltend machen.



Könnte dem Unternehmer ein Verschulden nachgewiesen werden, wäre er mit den finanziellen Forderungen der verletzten Person höchstwahrscheinlich schnell überfordert. Deshalb hat der Gesetzgeber die gesetzliche Unfallversicherung geschaffen. Sie tritt somit an die Stelle der Unternehmerhaftung.

§ 1 Nr. 1  
SGB VII

Primäre Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Das ergibt sich nicht nur aus der Reihenfolge, nach der die Leistungen der Unfallversicherung aufgezählt werden, sondern auch aus wirtschaftlichen Gründen; getreu dem Motto: Vorbeugen ist besser (und wirtschaftlicher) als Heilen.

§§ 20a, 20b  
SGB V,  
§ 14 Abs. 2  
SGB VII

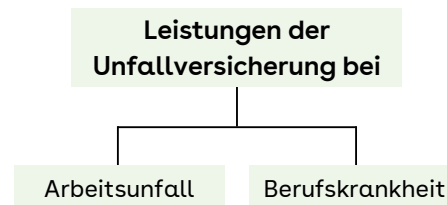
Grundlage für die Unfallverhütung sind Unfallverhütungsvorschriften, die von den Unfallversicherungsträgern erlassen werden. Maßnahmen zur Unfallverhütung hat der Unternehmer zu treffen. Die AOK unterstützt die Unternehmer dabei. Sie wirkt bei Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit. Die betriebliche Gesundheitsförderung entspricht der Unternehmensphilosophie „AOK – Die Gesundheitskasse“. Die AOK unterrichtet auch die Unfallversicherungsträger über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen hat. Sie arbeitet in der betrieblichen Gesundheitsförderung eng mit den Unfallversicherungsträgern zusammen. Gerade Unternehmen mit überproportionalem Krankenstand sind an branchenspezifischen Lösungen durch speziell zugeschnittene Programme der AOK sehr interessiert.

Neben der Unfallverhütung ist die Erste Hilfe bei Arbeitsunfällen eine wichtige Aufgabe, bei der die Unfallversicherungsträger die Unternehmen durch die Ausbildung von Ersthelfern unterstützen.

### Merke

Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.

Ist ein Arbeitsunfall eingetreten, hat die Unfallversicherung die Folgen zu mindern oder zu beseitigen.



§ 7 – 9  
SGB VII

Ein Arbeitsunfall ist grundsätzlich ein Unfall, den eine versicherte Person während ihrer beruflichen Tätigkeit (während der Arbeitszeit) erleidet.

### Beispiel

Beim Arbeiten im Lagerhaus wird Hektor Hektisch von einem Gabelstapler angefahren und verletzt.

### Folge

Es handelt sich um einen Arbeitsunfall, der Leistungsansprüche der Unfallversicherung auslöst.

Der Unfallversicherungsschutz ist jedoch nicht nur auf Unfälle im Zusammenhang mit der Berufsausübung beschränkt. Auch in vielen Alltagssituationen ist man bei einem Unfall geschützt. So sind zum Beispiel Schüler und Schülerinnen während des Schulbesuchs und Kinder im Kindergarten unfallversichert. Auch für Tätigkeiten, die dem Allgemeinwohl dienen, besteht in aller Regel ein Unfallversicherungsschutz.

### 1. Beispiel

Norbert Nadel wird beim Blutspenden geschädigt (infiziert).

#### Folge

Norbert Nadel ist als Blutspender unfallversichert. Er hat Ansprüche auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

### 2. Beispiel

Der Student Paul Pfiffig stolpert in der Mensa des Universitätsgebäudes. Er stürzt mit seinem Tablett zu Boden und bricht sich den rechten Arm.

#### Folge

Als Student ist Paul Pfiffig gesetzlich unfallversichert. Er kann Leistungen aus dem Zweig der gesetzlichen Unfallversicherung beanspruchen.

Ein Arbeitsunfall liegt auch vor, wenn eine versicherte Person auf dem direkten Weg von oder zur Arbeitsstätte einen Unfall erleidet (Wegeunfall).

Eine Krankheit, die aufgrund besonders gesundheitsgefährdender beruflicher Tätigkeit entsteht, ist eine Berufskrankheit (z.B. Staublung, Bleivergiftung). Für die Anerkennung als Berufskrankheit muss die Bundesregierung sie durch Rechtsverordnung als Berufskrankheit bezeichnen.

Nach eingetretenem Arbeitsunfall (auch Wegeunfall, Berufskrankheit) erbringt die Unfallversicherung insbesondere folgende Leistungen:

§ 22 Abs. 1  
SGB I

- Heilbehandlung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie zur Erleichterung der Verletzungsfolgen einschließlich wirtschaftlicher Hilfen
- Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit
- Leistungen an Hinterbliebene

### 5.3.4 Rentenversicherung

Oberster Grundsatz der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Aussage „Rehabilitation vor Rente“. Daraus lässt sich bereits ableiten, dass es in der Rentenversicherung zwei große Leistungsbereiche gibt:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Renten

§ 23 Abs. 1  
Nr. 1 SGB I

#### Merke

In der gesetzlichen Rentenversicherung gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“.

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

§§ 15, 16  
SGB VI

Die Rentenversicherung stellt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung. Dabei verfolgt sie das Ziel der Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten im Berufsleben. Die bekannteste Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist die „Kur“. Die Rentenversicherungsträger übernehmen hierbei die Kosten für ärztliche Behandlung, Heil- und Hilfsmittel sowie Unterkunft und Verpflegung in aller Regel für drei Wochen. Während Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, wird den Betroffenen als ergänzende Leistung zur wirtschaftlichen Absicherung Übergangsgeld gezahlt.

### **Renten**

In der Rentenversicherung gilt der Generationenvertrag, d.h., dass von den laufenden Beitragseinnahmen auch immer die laufenden Renten im Umlageverfahren gezahlt werden. Für spätere Renten werden aus den Beitragszahlungen also keine Rücklagen gebildet. Jede zahlende Generation von Erwerbstätigen vertraut darauf, dass die nachfolgende Generation ihre Renten tragen wird. Die Bevölkerungsentwicklung stellt dieses System jedoch vor ein Problem. Die höhere Lebenserwartung und die abnehmende Zahl der Geburten stellen die Bevölkerungspyramide auf den Kopf. Immer weniger Erwerbsfähige müssen für immer mehr Rentner und Pensionäre aufkommen.

Tatsächlich tragen heute die Steuerzahler fast ein Viertel der Rentenausgaben. Auch in Zukunft wird der Betrag, der im Bundeshaushalt für die Renten reserviert werden muss, nicht nennenswert sinken können. Denn die damalige Regierung hat versprochen, die Beitragssätze zur Rentenversicherung stabil zu halten. Dafür hat sie die Ökosteuer eingeführt. Diese Querbeziehungen zwischen Staat und Rentenversicherung sind für Versicherte und Steuerzahler nicht leicht zu durchschauen. Eines ist jedoch sicher – die Milliardenausgaben für die Renten werden weiter steigen. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber die Altersvorsorge ab 01. 01. 2002 neu geordnet. Die gesetzliche Rentenversicherung wird mit dem sogenannten Altersvermögensgesetz um eine private, staatlich geförderte Altersvorsorge ergänzt („Riester-Rente“). Damit wird die künftig in der gesetzlichen Rentenversicherung durch staatliches Absenken des Rentenniveaus entstehende Versorgungslücke ausgeglichen.

Folgende Möglichkeiten einer betrieblichen Altersversorgung können Arbeitnehmer abschließen:

### **Wege betrieblicher Altersversorgung**

#### **Direktversicherung**

Die Direktversicherung ist eine besondere Form der Lebensversicherung, die der Arbeitgeber auf das Leben des Arbeitnehmers abschließt. Bezugsberechtigt sind der Arbeitnehmer oder die Hinterbliebenen.

### **Direktzusage (auch Pensions- oder unmittelbare Versorgungszusage)**

Die unmittelbare Versorgungszusage ist eine Verpflichtung des Arbeitgebers, dem Arbeitnehmer oder dessen Angehörigen Versorgungsleistungen zu gewähren.

### **Pensionskasse**

Die Pensionskasse ist eine rechtlich selbstständige Versorgungseinrichtung, die von einem oder mehreren Unternehmen getragen wird. In der Pensionskasse sind die Arbeitnehmer selbst Mitglieder, weshalb sie auch zur Beitragszahlung mit herangezogen werden können.

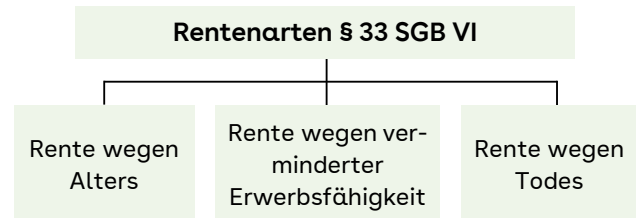
### **Unterstützungskasse**

Die Unterstützungskasse ist eine mit einem Sondervermögen ausgestattete, rechtlich selbstständige Versorgungseinrichtung, die von einem oder mehreren Unternehmen getragen wird. Die Unterstützungskasse zahlt die Versorgungsleistungen, der Arbeitgeber trägt das Versorgungsrisiko.

### **Pensionsfonds**

Ihr Vorteil: Sie bieten gute Renditechancen, gleichzeitig sind jedoch auch die Risiken hoch. Der Staat überwacht die Pensionsfonds, um die Sicherheit des angelegten Kapitals zu gewährleisten.

Die Hauptaufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung besteht aber weiterhin in der Sicherung des Lebensunterhalts im Alter und bei verminderter Erwerbsfähigkeit durch Zahlung von Renten an die Versicherten und beim Tod eines Versicherten durch Zahlung von Renten an die Hinterbliebenen.



Die Höhe der Rente richtet sich grundsätzlich nach den Beiträgen, die während des Erwerbslebens an die Rentenversicherung gezahlt wurden und der Beitragszeit.

#### **Merke**

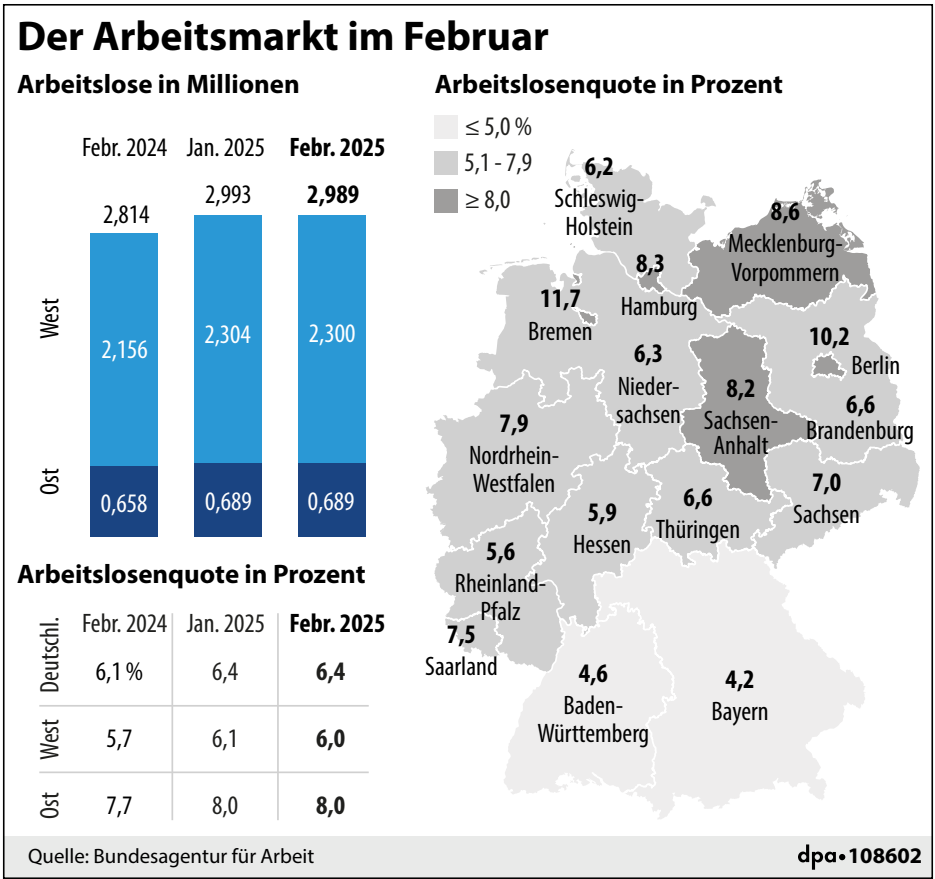
Die Zahlung von Renten macht den größten Anteil der Leistungsausgaben der gesetzlichen Rentenversicherung aus.

Die Rentenversicherung zahlt den Rentnern neben ihrer Rente auch den halben Beitrag zu ihrer Krankenversicherung (sozusagen als „Arbeitgeberanteil“). Seit 01. 04. 2004 zahlen Rentner den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung.

### **5.3.5 Arbeitsförderung**

Seit der Einführung des SGB III zum 01. 01. 1998 sind die Instrumente der Arbeitsförderung stärker auf eine gestalterische, aktive Arbeitsvermittlung hin orientiert. Sie sind „Brücken“ hin zum regulären Arbeitsplatz. Dabei sind Politik und Wirtschaft ebenfalls weiterhin gefordert.

Die Zahl der Arbeitslosen betrug im Februar 2025 2,99 Millionen.



Aus wirtschaftlicher Sicht entsteht Arbeitslosigkeit durch ein zu großes Angebot an Beschäftigten bzw. eine zu geringe Nachfrage der Arbeitgeber nach Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt. In der Regel ist für einen Arbeitnehmer sein Arbeitsverhältnis auch seine Existenzgrundlage. Entfällt diese Grundlage durch Arbeitslosigkeit, ist seine wirtschaftliche Existenz gefährdet. Für die Volkswirtschaft bedeutet der Anstieg von Arbeitslosigkeit ein Nachlassen der Kaufkraft, zurückgehende Umsätze und eine dadurch beeinflusste geringere Investitionsneigung der Unternehmer und ggf. weitere Entlassungen.

Ein Ansteigen der Arbeitslosenquote hat auch gesellschaftliche Auswirkungen, u.a. steigende Kriminalität, Alkoholismus, Familienzerrüttung, sozialer Abstieg.

Oberstes Ziel der Arbeitsförderung ist deshalb

- Verhinderung von Arbeitslosigkeit und
- existenzielle Sicherung von Arbeitslosen.

### Merke

Vorrangiges Ziel der Arbeitsförderung ist es, die Chancen des einzelnen Arbeitnehmers auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern und ihm bei drohender oder eingetretener Arbeitslosigkeit die individuell erforderlichen Hilfen zu vermitteln.

§ 19 Abs. 1  
Nr. 1 SGB I

Die Agenturen für Arbeit als zuständige Leistungsträger erbringen insbesondere folgende Leistungen, um die beiden vorher genannten Ziele zu erreichen:

- Berufsberatung
- Arbeitsmarktberatung
- Entgeltersatzleistungen, insbesondere
  - 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

§ 3 Abs. 4  
SGB III

## 5.4 Antrag auf Sozialleistungen

In der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung ist es notwendig, einen Antrag zu stellen, um Leistungen zu erhalten. Die gesetzliche Unfallversicherung erbringt Leistungen auch ohne Antrag. Sie wird „von Amts wegen“ tätig.

§ 19 SGB IV,  
§ 323 Abs. 1  
Satz 1 SGB III

Anträge auf Sozialleistungen sind beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Sie werden aber auch von allen anderen Leistungsträgern, von allen Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen.

§ 16 SGB I

Mit der Vollendung des 15. Lebensjahres können Anträge auf Sozialleistungen von den Betroffenen selbstständig gestellt und verfolgt werden bzw. die Sozialleistungen entgegengenommen werden. Das Sozialgesetzbuch verwendet hierfür den Begriff „Handlungsfähigkeit“. Bei jüngeren Personen ist der Antrag auf die Sozialleistung durch den gesetzlichen Vertreter zu stellen.

§ 36 Abs. 1  
Satz 1 SGB I

### Beispiel

Bodo Pieper, 17 Jahre alt, stellt seinen Antrag auf Halbwaisenrente am 03. 08. nicht beim Rentenversicherungsträger, sondern bei der AOK. Die AOK leitet den Rentenantrag an den zuständigen Träger der Rentenversicherung weiter. Dort geht er aber erst am 05. 09. ein.

### Frage

Ist der Rentenantrag rechtsgültig gestellt, ggf. mit welchem Tag?

### Lösung

Bodo Pieper hat seinen Rentenantrag am 03. 08. bei der AOK rechtsgültig gestellt.

### Begründung

Leistungsanträge sind grundsätzlich beim zuständigen Leistungsträger zu stellen (§ 16 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

§ 35 Abs. 1  
Satz 1 SGB I

Für alle Sozialleistungsbereiche des Sozialgesetzbuchs können sich die Bürger darauf verlassen, dass die Sozialdaten, die sie betreffen, von den Leistungsträgern nicht unbefugt verarbeitet werden. Diese Garantie wird mit „Sozialgeheimnis“ gezeichnet.

## 5.5 Aufklärung, Beratung, Auskunft

In der Kundenberatung sind Kenntnisse über die anderen Sozialleistungssysteme nicht nur deshalb von Bedeutung, weil Sie so Ihre Arbeit besser verstehen und einordnen können. Insbesondere sind für Sie auch Kenntnisse über die Zuständigkeit und das Leistungsangebot der anderen Sozialleistungsträger wichtig, damit Sie Ihren Kunden detailliert Auskunft geben können, wenn diese bei dem zum Teil komplizierten Geflecht von Zuständigkeiten die Übersicht verloren haben.

Der Gesetzgeber hat die Sozialleistungsträger verpflichtet, die Bevölkerung über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären, den einzelnen Menschen zu beraten und Auskünfte zu erteilen.

§§ 13 – 15  
SGB I

Dabei ist unter Aufklärung die allgemeine Unterrichtung zu verstehen, die sich, losgelöst vom Einzelfall, an alle wendet. Die Einzelperson hat kein Recht auf Aufklärung. Im Rahmen ihrer Zuständigkeit hat die AOK die Bevölkerung über ihre sozialen Rechte und Pflichten aufzuklären. Die Aufklärung muss allgemein verständlich sein und nach Inhalt und Form alle ansprechen.

§ 13 SGB I

Die AOK nimmt diesen Auftrag sehr ernst. Sie versorgt daher ihre Versicherten regelmäßig mit aktuellen Informationen und Tipps, u.a. durch ihre Zeitschriften „Das Gesundheitsmagazin“ und „Jolichen“. Daneben informiert sie die Firmenkunden der Region, u. a. mit der Arbeitgeberzeitschrift „gesundes Unternehmen“. Jede AOK hält eine große Auswahl von Informationsbroschüren zur Gesundheitsförderung, über Sozialleistungen und aktuelle Gesundheitsthemen bereit. Schließlich betreibt die AOK

Aufklärung über Plakataktionen, Informationsveranstaltungen Social Media, Youtube, Newsletter und Apps.

einer kundenorientierten Beratung die Zufriedenheit der Privat- und Firmenkunden zu erzielen.

**Merke**

Unter Aufklärung ist die allgemeine Unterrichtung der Bevölkerung zu verstehen. Sie bezieht sich nicht auf den Einzelfall, sondern richtet sich an alle.

**Merke**

Jeder Mensch hat einen Rechtsanspruch auf Beratung. Der Anspruch richtet sich immer gegen den zuständigen Leistungsträger.

§ 14 SGB I

Unter Beratung ist das Gespräch mit der einzelnen Person zu verstehen, durch das eine gezielte und umfassende Unterrichtung über ihre Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch erfolgen soll.

Es steht nicht im Ermessen des Sozialleistungsträgers, ob er eine Beratung durchführen will oder nicht. In der Regel treten die Versicherten mit dem Wunsch nach Beratung an die AOK heran. In bestimmten Fällen kann es aber auch vorkommen, dass die AOK z.B. aufgrund eines Leistungsantrags die Beratung von sich aus anbietet und den Versicherten auf Wunsch auch zu Hause berät.

Der Anspruch auf Beratung richtet sich gegen den zuständigen Leistungsträger. Das heißt, die AOK berät also in Angelegenheiten, die die Kranken-/Pflegeversicherung betreffen. Die Beratung sollte möglichst mündlich, kann aber auch schriftlich erfolgen.

Unabhängig vom gesetzlichen Auftrag muss eine gute und umfassende Beratung von Privat- und Firmenkunden als Serviceleistung der AOK verstanden werden, die der AOK die Akzeptanz in der Öffentlichkeit sichert. Gerade unter Wettbewerbsgesichtspunkten ist es für die AOK besonders wichtig, mit

Weniger umfangreich als die Beratung ist die Auskunft. Die Krankenkassen sind durch das Sozialgesetzbuch zu zentralen Auskunftsstellen für den gesamten Sozialleistungsbereich eingesetzt worden. Die AOK erteilt Auskünfte in allen sozialen Angelegenheiten. Die Auskunft erstreckt sich auf die Benennung der zuständigen Sozialleistungsträger (mit Name und Adresse) sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für den Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die AOK imstande ist. Die AOK ist nicht verpflichtet, ihrerseits Ermittlungen anzustellen. Aus ihrem Selbstverständnis von Kundenservice und Betreuungsarbeit heraus leistet die AOK jedoch ihr Möglichstes, um dem „Ratsuchenden“ eine umfassende Auskunft zu geben.

§ 15 SGB I

**Merke**

Die Auskunft erstreckt sich mindestens auf die Benennung der zuständigen Sozialleistungsträger.



§ 93 SGB IV Zu den Auskunft erteilenden Stellen gehören auch die im gesamten Bundesgebiet eingerichteten Versicherungsämter. Sie müssen Leistungsanträge aus der Sozialversicherung entgegennehmen und Unterlagen unverzüglich an den zuständigen Versicherungsträger weiterleiten.

§ 15 Abs. 3 SGB I Um eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen, arbeiten die Auskunftsstellen untereinander und mit den anderen Leistungsträgern zusammen.

## 5.6 Zusammenarbeit der AOK mit anderen Sozialleistungsträgern

§ 17 SGB I Zum Wohle der Versicherten wirken die AOK und die anderen Sozialleistungsträger darauf hin – auch in der Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen –, dass sich ihre Tätigkeiten wirksam ergänzen.

Die AOK sowie die anderen Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass

- jede berechnigte Person die ihr zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,
- die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen,
- der Zugang zu den Sozialleistungen möglichst einfach gestaltet wird, insbesondere durch Verwendung allgemein verständlicher Antragsvordrucke und
- ihre Verwaltungs- und Dienstgebäude frei von Zugangs- und Kommunikationsbarrieren sind und Sozialleistungen in barrierefreien Räumen und Anlagen ausgeführt werden.

Auch bei der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen arbeiten die Leistungsträger eng zusammen, denn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Bestandteile des Leistungskatalogs der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung. Wenn die Pflegekasse feststellt, dass solche Leistungen erforderlich sind, teilt sie dies dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich mit. Die Maßnahmen sollen sich zu einem Netz ergänzen, das alle Sozialversicherten auffängt. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht von den gesetzlichen Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern und Rentenversicherungsträgern; außerdem von den Trägern der Kriegsopferversorgung/-fürsorge, der öffentlichen Jugendhilfe und der Sozialhilfe. Bis auf die gesetzlichen Krankenkassen, sind die vorher genannten Rehabilitationsträger auch Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Zusätzlich ist auch noch die Bundesagentur für Arbeit Träger dieser Leistungen (§§ 5, 6 SGB IX). Soweit es im Einzelfall geboten ist, prüft der zuständige Rehabilitationsträger gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

§ 14 SGB IX      Werden Leistungen zur Teilhabe beantragt, stellt der Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang fest, ob er für die Leistung zuständig ist. Stellt er fest, dass er nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger zu.

§ 23 SGB IX      Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen.

Die Zusammenarbeit der AOK mit anderen Sozialleistungsträgern ergibt sich insgesamt recht häufig; denn die AOK ist durch ihre regionale Struktur und ihr gut ausgebautes Geschäftsstellennetz für Privat- und Firmenkunden fast immer schneller und besser zu erreichen als Einrichtungen der Rentenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitsförderung oder der Sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden. Dazu kommt ihre koordinierende Funktion für die von Behinderung betroffenen oder bedrohten Menschen als Anlaufstelle, um bei Anträgen zu helfen und in Zweifelsfällen den zuständigen Kostenträger für die notwendige Rehabilitationsmaßnahme zu ermitteln. Damit nimmt die AOK im System der sozialen Sicherung eine ganz besondere Stellung ein. Zusätzlich übernimmt die AOK eine Vielzahl von Auftragsgeschäften für die anderen Sozialleistungsträger. So stellt sie bei Arbeitsunfällen unter bestimmten Voraussetzungen den Unfallverletzten im Auftrag der Unfallversicherung Verletztengeld zur Verfügung, arbeitet im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eng mit den Berufsgenossenschaften zusammen, unterstützt die Versorgungsämter bei

der Durchführung der Heilbehandlung und zahlt auftragsweise Versorgungskrankengeld aus.

#### **Merke**

Die AOK nimmt im System der sozialen Sicherung eine besondere Stellung ein. Sie übernimmt eine Vielzahl von Auftragsgeschäften für andere Sozialleistungsträger. Von diesem Service profitieren ihre Versicherten.

### **5.7 Wichtige Institutionen für die AOK**

Die AOK arbeitet nicht nur mit anderen Sozialleistungsträgern zusammen, sondern auch mit anderen Institutionen wie z.B. Aufsichtsbehörden, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden, politischen Parteien und Berufsverbänden. Das Handeln und die Aufgaben dieser Institutionen haben vielfach direkt oder indirekt Auswirkungen auf die Krankenkassen. Aus diesem Grund steht die AOK mit diesen Institutionen im ständigen Dialog, um Abstimmungsprozesse voranzubringen und die eigene Position zu festigen.

Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände sind im Selbstverwaltungsorgan „Verwaltungsrat“ der AOK vertreten und gestalten dadurch aktiv die AOK-Politik mit. Die Gewerkschaften sind außerdem häufig „Verbündete“ der gesetzlichen Krankenkassen bei den Bemühungen, ein Aushöhlen des Solidaritätsprinzips durch politische Aktivitäten zu verhindern. Außerdem spielen sie beim Abschluss von Tarifverträgen eine wichtige Rolle für die Interessen der AOK-Beschäftigten. Die AOK ist auch beschäftigungspolitisch

eine wichtige Größe. Sie übernimmt Verantwortung für den Arbeitsmarkt, indem sie vielen Jugendlichen die Chance auf einen Ausbildungsplatz eröffnet. Die Ausbildung bei der AOK wird im Rahmen des dualen Systems durchgeführt. Die praktische Ausbildung findet in der AOK-Praxis vor Ort zumeist in der Privat- und Firmenkundenbetreuung statt. Dabei unterstützen die AOK-eigenen Bildungseinrichtungen den Lernprozess durch Vertiefung der einzelnen Themenkomplexe und Stärkung der Methoden- und Sozialkompetenz. Die schulische Ausbildung wird in den Berufsschulen sichergestellt. Im Zusammenhang mit der Ausbildung arbeitet die AOK auch mit der zuständigen Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) zur Durchführung der Zwischen- und Abschlussprüfung zusammen. Die zuständige Stelle nach dem BBiG ist außerdem zur Überwachung der Berufsausbildung eingesetzt und steht für die Ausbildungsberatung zur Verfügung.

Um auf Bundesebene die öffentliche Verantwortung und die Verantwortung der an der beruflichen Bildung Beteiligten für die Gestaltung und Durchführung der beruflichen Bildung besser miteinander zu verbinden, gibt es das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Gleichzeitig sollen neue Entwicklungen in der beruflichen Bildung rechtzeitig erkennbar werden und unverzüglich die notwendigen bildungspolitischen Maßnahmen getroffen werden. Das BIBB ist eine gemeinsame Adresse für alle an der beruflichen Bildung Beteiligten, für Bund und Länder, Arbeitgeber und Gewerkschaften. Sie alle tragen diese Einrichtung gleichgewichtig und gleichberechtigt.

Die AOKs unterliegen der Rechtsaufsicht der Länder. Die Aufsicht hat für die AOK Bedeutung bei der Änderung ihrer Satzung und im Zusammenhang mit Wettbewerbsgrundsätzen und -verstößen.

Die AOK nutzt ihre Kontakte, insbesondere zu politischen Parteien, Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften und Ministerien, für eine Lobbyarbeit zum Wohle ihrer Versicherten und zur Sicherung der Eckpunkte der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. ihrer Position auf dem Markt der Krankenversicherung. Die Diskussionen um die künftige Organisationsstruktur und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung haben die Bedeutung und Notwendigkeit eines intensiven Dialogs erneut deutlich gemacht.

Nur wenn die AOK einen direkten Draht zu den oben genannten Institutionen besitzt, kann sie ihre Interessen und die ihrer Kunden wirksam vertreten und auf politische Entwicklungen Einfluss nehmen (z.B. Verhinderung einer Zwei-Klassen-Medizin).

Die Öffentlichkeitsarbeit der AOK steht damit immer im Spannungsfeld zwischen Lobbyarbeit und Marktbearbeitung. Die AOK muss dabei ihre Versicherten im Auge haben, ohne die Politik aus den Augen zu verlieren.

## 5.8 Finanzierung

Das Gesundheitswesen steht nicht nur in Deutschland, sondern weltweit vor der schwierigen Aufgabe, die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung dauerhaft zu gewährleisten. Hierbei stellt sich zunächst einmal die Frage: Wie finanziert sich unsere Sozialversicherung? Denn sie benötigt natürlich Geld, um ihre Aufgaben erfüllen zu können.

Wie Sie bereits erfahren haben, wird die Finanzierung der Sozialversicherung insbesondere durch Beiträge sichergestellt. Die Gestaltung des Beitrags richtet sich in den Zweigen

- Krankenversicherung,
- Pflegeversicherung,
- Rentenversicherung und
- Arbeitsförderung

grundsätzlich nach einheitlichen Prinzipien:

Der Beitrag bemisst sich nach einem bestimmten Prozentsatz vom Lohn oder Gehalt.

Die Bundesregierung legt seit 01. 01. 2009 auch in der Krankenversicherung den Beitragssatz fest. Zwischen den Krankenkassen gibt es einen Finanzausgleich, der das Krankheitsrisiko der Versicherten berücksichtigt. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken, haben einen Zusatzbeitrag zu erheben. Die Krankenkasse hat dann in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird.

Der Beitragssatz (Stand Januar 2025) beträgt in der

- gesetzlichen Krankenversicherung
  - allgemeiner Beitragssatz 14,6 %
  - ermäßigter Beitragssatz 14,0 %
  - individueller Zusatzbeitrag
- sozialen Pflegeversicherung (Elterneigenschaft mit einem Kind nachgewiesen) 3,6 %

- sozialen Pflegeversicherung (Kinderlose) Beitragszuschlag von 0,6 %
- sozialen Pflegeversicherung (Elterneigenschaft mit zwei bis fünf Kindern unter 25 Jahren nachgewiesen) → je Kind wird ein Beitragsabschlag von 0,25 % gewährt
- gesetzlichen Rentenversicherung 18,6 %
- Arbeitsförderung 2,6 %

Für die soziale Pflegeversicherung gilt, dass der Beitragszuschlag bzw. Beitragsabschlag (in Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren) nur Auswirkungen auf den Versichertenanteil hat. Der Arbeitgeberanteil beträgt immer 1,8 %.

Für die Beitragsberechnung wird das Bruttoeinkommen bis höchstens zur Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt. Die Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich entsprechend der Entwicklung der durchschnittlichen Bruttolöhne angehoben. Sie beträgt im Jahr 2025 in der Kranken- und Pflegeversicherung für die alten und neuen Bundesländer einheitlich 66.150 €. In der Rentenversicherung und zur Arbeitsförderung gilt seit dem 01.01.2025 auch eine einheitliche Beitragsbemessungsgrenze von 96.600 €.

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

Vom Lohn- oder Gehaltsanteil, der jeweils über diesen Grenzen liegt, werden keine Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Arbeitsförderung mehr berechnet.

§§ 159, 160  
Nr. 2, 275a  
SGB VI,  
§ 341 Abs. 4  
SGB III

**Merke**

In der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie nach dem Recht der Arbeitsförderung wird der Verdienst als Grundlage für die Berechnung der Beiträge höchstens bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze herangezogen.

§§ 28d, 28h  
Abs. 1 SGB IV

Für den Einzug der Beiträge sind die Krankenkassen – also die AOK für die bei ihr versicherten Beschäftigten – zuständig, und zwar nicht nur für die Krankenversicherungsbeiträge, sondern auch für die Pflege- und Rentenversicherungsbeiträge sowie die Beiträge zur Arbeitsförderung. Die Beiträge der Versicherten werden bei der Lohn- bzw. Gehaltszahlung einbehalten und vom Arbeitgeber an die AOK abgeführt. Diese Beiträge werden als Gesamtsozialversicherungsbeitrag bezeichnet.

Die den Krankenkassen entstehenden Ausgaben müssen grundsätzlich durch die Zuweisung des Geldes vom Bundesamt für Soziale Sicherung gedeckt werden. Diese Beiträge sind als Ausgaben für die Leistungsaufwendungen, für die Verwaltung und für die Rücklage zu verwenden. Für andere Zwecke dürfen die Krankenkassen kein Geld ausgeben.

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen seit 2004 einen Zuschuss (aus der Tabaksteuer) in den Gesundheitsfonds der GKV. Im Jahr 2025 beträgt der Bundeszuschuss 14,5 Mrd. €.

An der Finanzierung der Rentenversicherung und der Arbeitsförderung beteiligt sich der Staat durch einen Zuschuss. Reichen z.B. die Beiträge zusammen mit dem Bundeszuschuss nicht aus, um die Ausgaben der Rentenversicherung für die Dauer des nächsten Jahres zu decken, müssen die erforderlichen finanziellen Mittel vom Bund aufgebracht werden (Bundesgarantie).

In der gesetzlichen Unfallversicherung werden die Beiträge vom Arbeitgeber allein aufgebracht, da diese Versicherung in der Regel an die Stelle der Arbeitgeberhaftung tritt. Die Gesamtkosten des Unfallversicherungsträgers werden auf die Unternehmer umgelegt.

In welcher Höhe von den einzelnen Unternehmen Beiträge zur Unfallversicherung zu zahlen sind, richtet sich nach

- der Gefahrenklasse des Betriebs (das ist der ermittelte Grad der Unfallgefahr nach Zahl und Schwere der vorgekommenen Arbeitsunfälle),
- der Lohnsumme des Unternehmens,
- dem Umlagesoll (das ist die Höhe der Vorjahresausgaben dieses Unfallversicherungsträgers).

In der Konsequenz bedeutet das: Betriebe mit einer hohen Unfallgefahr zahlen einen entsprechend hohen Teil der Umlage.

### **Merke**

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag wird grundsätzlich vom Beschäftigten und Arbeitgeber je zur Hälfte getragen.

Außerdem fällt in der sozialen Pflegeversicherung ein Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 % für Kinderlose an.

In der gesetzlichen Unfallversicherung trägt der Arbeitgeber die Beiträge immer alleine.

## **5.9 Übungen zum Lernabschnitt 5**

### **Übung 4**

In welche Kassenarten ist die gesetzliche Krankenversicherung gegliedert? Nennen Sie die Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung. Recherchieren Sie die entsprechende Anzahl der Versicherten.

### **Übung 5**

Beschreiben Sie drei Kriterien, die die Pflichtversicherung von der freiwilligen Versicherung unterscheiden.

### **Übung 6**

#### **Sachverhalt**

Sie arbeiten in der Kundenberatung der AOK und beraten eine angestellte Person, die seit Jahren krankenversicherungspflichtig beschäftigt war. Da sie sich selbstständig machen möchte, informieren sie sich bei Ihnen über ihren künftigen Krankenversicherungsschutz.

### **Aufgabe**

Zeigen Sie der beschäftigten Person vier Vorteile auf, die eine freiwillige AOK-Mitgliedschaft gegenüber einer Mitgliedschaft bei einer privaten Krankenversicherung bietet.

### **Übung 7**

#### **Sachverhalt (Abwandlung des Beispiels von Seite 45)**

#### **Hinweis**

Begründen Sie Ihre Auffassung auf der Grundlage der anzuwendenden Gesetzesvorschrift.

#### **Frage**

Welche Rechtswirkung wäre eingetreten, wenn Bodo Pieper den Rentenantrag am 03. 08. in der deutschen Botschaft in Spanien gestellt hätte?

## 6 Zusammenfassende Selbstkontrolle

### Aufgabe 1

Erläutern Sie die „soziale Frage“ des 19. Jahrhunderts.

### Aufgabe 2

Erläutern Sie, worauf sich die staatliche Sozialpolitik begründet.

### Aufgabe 3

Nennen Sie die im Sozialgesetzbuch aufgeführten sozialen Rechte.

### Aufgabe 4

Nennen Sie die Grundpfeiler der sozialen Sicherung, die der Staat der Bevölkerung bietet.

### Aufgabe 5

Nennen Sie die Zweige der Sozialversicherung in Deutschland und welche Risiken in den einzelnen Zweigen hauptsächlich abgesichert werden.

### Aufgabe 6

Nennen Sie die Voraussetzungen, nach denen der Staat Versorgungsleistungen erbringt.

### Aufgabe 7

Welcher Träger ist für das Erbringen von Versorgungsleistungen zuständig?

### Aufgabe 8

Nennen Sie die Formen der sozialen Hilfen für Erwerbslose.

### Aufgabe 9

Erläutern Sie, wie die drei Säulen der sozialen Sicherung finanziert werden.

### Aufgabe 10

Warum reicht Sparen des Einzelnen allein nicht aus, um eine funktionsfähige soziale Absicherung zu erreichen?

### Aufgabe 11

Grenzen Sie die gesetzliche Krankenversicherung anhand von fünf verschiedenen Kriterien von der privaten Krankenversicherung ab.

### Aufgabe 12

Erklären Sie die beiden Begriffe Solidaritätsprinzip und Äquivalenzprinzip.

### Aufgabe 13

Nennen Sie die Träger der sozialen Pflegeversicherung.

### Aufgabe 14

Erläutern Sie die Bedeutung der Selbstverwaltung für die AOK und wie sie organisiert ist.

### Aufgabe 15

Erläutern Sie die Zielsetzung, die die AOK mit der Philosophie „AOK – Die Gesundheitskasse.“ verfolgt und welche Aktivitäten sich daraus für die AOK ableiten.

### Aufgabe 16

Welche Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und Prävention kennen Sie?

### Aufgabe 17

Welche Leistungen gehören zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung? Kreuzen Sie die infrage kommenden Leistungen an.

- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- med. Vorsorgeleistungen
- Schlankheitstropfen
- Mutterschaftsgeld
- Verhütungsmittel (für Kunden bis zum vollendeten 20. Lebensjahr)
- Schönheitsoperation
- Reisetabletten
- Hustensaft
- Krankenhausbehandlung
- Unfallverhütung
- Arbeitsvermittlung
- Haushaltshilfe (wenn die Weiterführung des Haushalts aus bestimmten Gründen nicht möglich ist)
- Schutzimpfungen
- Versorgungskrankengeld
- Pflegekurse für Angehörige
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

### Aufgabe 18

Nennen und erläutern Sie kurz die beiden Grundsätze, die die soziale Pflegeversicherung prägen.

### Aufgabe 19

Durch welche Ereignisse werden Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung ausgelöst? Bilden Sie für jedes Ereignis ein Beispiel.

### Aufgabe 20

Erläutern Sie die beiden „großen“ Leistungsbereiche der gesetzlichen Unfallversicherung.

### Aufgabe 21

Nennen Sie vier Leistungen aus dem Bereich der Arbeitsförderung zur Verhinderung/Beseitigung von Arbeitslosigkeit.

### Aufgabe 22

Grenzen Sie die Aufgaben Aufklärung, Beratung und Auskunft voneinander ab. Entwickeln Sie hierzu ein Schema.

### Aufgabe 23

Nennen Sie vier Beispiele für die Zusammenarbeit der AOK mit anderen Sozialleistungsträgern.

### Aufgabe 24

Rudi Reich verdient ab 01. 07. 2025 als Ingenieur monatlich 6.000 € brutto. Die Satzung seiner Krankenkasse sieht einen individuellen Zusatzbeitragssatz i. H. v. 2,6 % vor.

Nennen Sie die Faktoren, die für die Beitragsberechnung seines Krankenversicherungsbeitrages herangezogen werden.

Berechnen Sie den Beitrag für den Monat Juli 2025.

### Aufgabe 25

In welchen Fällen kann die AOK für die Versicherten auch Leistungen bei einem Aufenthalt im Ausland übernehmen, obwohl das Territorialitätsprinzip gilt?



## Aufgabe 26

Ergänzen Sie die folgenden Tabellen, um einen Überblick über die im Jahr 2025 relevanten Rechengrößen zu erhalten.

### Rechengrößen im Versicherungs- und Beitragsrecht für das Jahr 2025

Angaben in Euro	jährlich	monatlich	täglich
Bezugsgröße in KV und PV			
Einkommensgrenze für die Familienversicherung			
Beitragsbemessungsgrenze KV/PV RV/ALV			
allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze			
besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze			

SV-Zweig	Beitragssätze	Tragung	
		Arbeitgeber	Arbeitnehmer
<b>Krankenversicherung</b> allgemein ermäßigt			
<b>Pflegeversicherung</b> (Elterneigenschaft nachgewiesen)			
<b>Pflegeversicherung</b> (Kinderlose ab Vollendung des 23. Lebensjahres)			
<b>Pflegeversicherung</b> (Versicherte mit 2 Kindern, die unter 25 Jahre alt sind)			
<b>Pflegeversicherung</b> (Versicherte mit 3 Kindern, die unter 25 Jahre alt sind)			
<b>Pflegeversicherung</b> (Versicherte mit 4 Kindern, die unter 25 Jahre alt sind)			
<b>Pflegeversicherung</b> (Versicherte mit 5 Kindern, die unter 25 Jahre alt sind)			
<b>Rentenversicherung</b>			
<b>Arbeitsförderung</b>			
<b>Pauschalbeitrag</b> Krankenversicherung Rentenversicherung			

**Rechengrößen im Leistungsrecht** – Zuzahlung ab Vollendung des 18. Lebensjahres (ausgenommen bei Fahrkosten)

Leistung	Zuzahlung
stationäre Vorsorgemaßnahme (§ 23 Abs. 6 SGB V)	
medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 3 SGB V)	
Arzneimittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)	
Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)	
Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)	
Hilfsmittel (§ 33 Abs. 2 SGB V)	
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (§ 33 Abs. 2 SGB V)	
Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 5 SGB V)	
Soziotherapie (§ 37a SGB V)	
Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 5 SGB V)	
Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V)	
ambulante/stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 SGB V)	
ambulante/stationäre Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 SGB V)	
stationäre Rehabilitationsmaßnahme (§ 40 Abs. 7 SGB V)	
medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V)	
Fahrkosten (§ 60 Abs. 1 SGB V)	

**Rechengrößen in der Pflegeversicherung für das Jahr 2025**

Angaben in Euro monatlich	
<b>Pflegesachleistungen</b>	
Pflegegrad 1	
Pflegegrad 2	
Pflegegrad 3	
Pflegegrad 4	
Pflegegrad 5	
<b>Pflegegeld</b>	
Pflegegrad 1	
Pflegegrad 2	
Pflegegrad 3	
Pflegegrad 4	
Pflegegrad 5	
<b>Verhinderungspflege</b>	
<b>durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder</b>	
Pflegegrad 1	
Pflegegrad 2	
Pflegegrad 3	
Pflegegrad 4	
Pflegegrad 5	
<b>durch sonstige Personen</b>	
Pflegegrad 1	
Pflegegrad 2	
Pflegegrad 3	
Pflegegrad 4	
Pflegegrad 5	

Angaben in Euro monatlich	
<b>Kurzzeitpflege</b>	
Pflegegrad 1	
Pflegegrad 2	
Pflegegrad 3	
Pflegegrad 4	
Pflegegrad 5	
<b>Teilstationäre Tages- und Nachtpflege</b>	
Pflegegrad 1	
Pflegegrad 2	
Pflegegrad 3	
Pflegegrad 4	
Pflegegrad 5	
<b>Vollstationäre Pflege</b>	
Pflegegrad 1	
Pflegegrad 2	
Pflegegrad 3	
Pflegegrad 4	
Pflegegrad 5	

## 7 Lösungen zu den Übungen im Text

### Lösung zu 1

Die Zeit des 19. Jahrhunderts, der Geburtsstunde der Sozialversicherung, war geprägt durch die industrielle Revolution und die damit einhergehende soziale Verelendung der Bevölkerung. Die soziale Absicherung war Aufgabe der einzelnen Person, die diese nur unzureichend lösen konnte. Eine gesamtgesellschaftliche Lösung hatte damit höchste Priorität für die Bevölkerung. Heute liegt dagegen ein weitgehend funktionierendes Sozialleistungssystem vor, bei dem zahlreiche Maßnahmen zur Sicherung des Lebens, der Gesundheit und des Lebensstandards vom Einzelnen auf die Solidargemeinschaft übertragen worden sind.

### Lösung zu 2

Als mögliche Abgrenzungskriterien können angeführt werden:

	Sozialversicherung	Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden	soziale Hilfe
Leistungsansprüche sind abhängig von einer Gegenleistung	ja (Beitragszahlung)	ja (besondere Dienstleistung)	nein
Voraussetzung für Leistungsansprüche ist die Bedürftigkeit des Betroffenen	nein	nein	ja
Anspruch ist subsidiär	nein	nein	ja
Finanzierung erfolgt durch	Beiträge und Steuermittel	Steuermittel	Steuermittel

Es sind auch andere sinnvolle Abgrenzungen möglich.

### Lösung zu 3

Kriterien für die Beitragsberechnung der AOK:	Prämiengestaltung der PKV:
Der Beitrag ist abhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kunden. Für Monika Zitter würde die AOK den Beitrag auf der Grundlage ihres Bruttoeinkommens von 1.900 € monatlich berechnen.	Die PKV legt ihre Versicherungsprämie unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit ihrer Versicherungsnehmer fest.
Das vermutliche Risiko, das die Kundin für die AOK darstellt, spielt für die Beitragsberechnung keine Rolle. Für die Beitragsberechnung der AOK ist unerheblich, dass Monika Zitter bereits 45 Jahre alt ist und an einer Herzkrankheit leidet.	Die Versicherungsprämie wird nach dem Umfang des vermuteten Risikos festgelegt. Das bedeutet, dass die Prämie von Monika Zitter auf der Grundlage der Risikofaktoren 1. Alter 45 Jahre 2. Risikozuschlag für Herzkrankung festgesetzt wird.
Die Beitragshöhe ist unabhängig von der Zahl der familienversicherten Angehörigen. Monika Zitter zahlt für die AOK-Versicherung ihrer beiden Kinder keinen zusätzlichen Beitrag.	Die PKV berechnet für jeden zu versichernden Familienangehörigen eine separate Prämie, also auch für die beiden Kinder von Monika Zitter.
Der Beitrags(vomhundert)satz wird so festgesetzt, dass die geschätzten Leistungsausgaben für alle gesetzlich Krankenversicherte abgedeckt sind. Dieser Beitrags(vomhundert)satz wird auch für die Beitragsberechnung von Monika Zitter zugrunde gelegt.	Die Versicherungsprämie soll die voraussichtlichen Ausgaben für die jeweils versicherte Person, hier also konkret für Monika Zitter und jedes ihrer beiden Kinder, decken.

### Hinweis

Es waren mindestens drei Unterschiede herauszuarbeiten.

## Lösung zu 4

Die gesetzliche Krankenversicherung ist in folgende Kassenarten gegliedert (§ 21 Abs. 2 SGB I, § 4 Abs. 2 SGB V):

1. Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK – Die Gesundheitskasse.)	ca. 27,43 Millionen Versicherte
2. Betriebskrankenkassen	ca. 11,33 Millionen Versicherte
3. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See	ca. 1,29 Millionen Versicherte
4. Ersatzkassen (Arbeiter- und Angestellten-ersatzkassen)	ca. 28,69 Millionen Versicherte
5. Innungskrankenkassen	ca. 5,04 Millionen Versicherte
6. Landwirtschaftliche Krankenkassen	ca. 0,49 Millionen Versicherte

Januar 2025, Mitgliederstatistik KM1

## Lösung zu 5

Kriterien, die die Pflichtversicherung von der freiwilligen Versicherung unterscheiden:

- Die Pflichtversicherung tritt unabhängig vom Willen der Beteiligten ein. Sie kann nicht vertraglich ausgeschlossen werden. Die freiwillige Versicherung kommt nur durch eine Willenserklärung (Antragstellung) der Beitrittsberechtigten zustande.
- Der Eintritt der Pflichtversicherung ist nicht davon abhängig, dass die Beiträge rechtzeitig gezahlt werden. Die pünktliche Beitragszahlung ist für den Bestand der freiwilligen Versicherung eine notwendige Voraussetzung.
- Eine Anmeldung ist keine Voraussetzung für den Eintritt der Versicherungspflicht.

Eine (An-)Meldung ist notwendige Voraussetzung für das Zustandekommen der freiwilligen Versicherung.

### Hinweis

Es waren drei Kriterien zu beschreiben.

## Lösung zu 6

Für eine AOK-Mitgliedschaft können Sie in der Kundenberatung folgende Argumente anführen:

- Sie erhalten alle Leistungen von Ihrer AOK, die Sie benötigen. Ihr Leistungsanspruch ist unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge.
- Ihre Familie ist in der AOK mitversichert, d.h., Ihre Angehörigen haben grundsätzlich den gleichen Leistungsanspruch wie Sie selbst. Ein zusätzlicher Beitrag ist hierfür nicht zu zahlen.
- Wenn Sie Leistungen benötigen, legen Sie der ärztlichen Praxis oder zahnärztlichen Praxis nur Ihre elektronische Gesundheitskarte vor. Die Praxis rechnet (über die Verrechnungsstelle) mit der AOK ab. Sie brauchen für anfallende Kosten nicht in Vorleistung zu treten.
- Die AOK stellt Ihnen die benötigten Leistungen für jede Krankheit zu jeder Zeit zur Verfügung. Auch für Krankheiten, die bei Versicherungsbeginn bereits bestehen, tritt die AOK mit Leistungen ein.
- Die AOK ist „Die Gesundheitskasse.“. Dahinter steht eine ganz besondere Philosophie, mit der sich die AOK für ihre Versicherten einsetzt.

### Hinweis

Es waren vier Vorteile aufzuzeigen.

## Lösung zu 7

Wenn Bodo Pieper seinen Rentenantrag am 03. 08. bei der deutschen Botschaft in Spanien gestellt hätte, wäre der Antrag ebenfalls an diesem Tag rechtsgültig gestellt.

### Begründung

Anträge auf Sozialleistungen werden bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen (§ 16 Abs. 1 Satz 2 SGB I). Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei der amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland eingegangen ist (§ 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I).



## 8 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

### Lösung zu 1

Die „soziale Frage“ des 19. Jahrhunderts war die Forderung der Bevölkerung nach Befriedigung ihrer sozialen Bedürfnisse. Im Zeitalter der industriellen Revolution setzte eine völlige Abhängigkeit der Arbeiter von ihren Arbeitgebern ein. Durch zunehmende Kinderarbeit wurde der Bildungsstand der nachwachsenden Generationen immer schlechter. Es kam zu einer sozialen Verelendung der Bevölkerung. Die Arbeiter begannen, sich zu organisieren. Der Staat erkannte die unbedingte Notwendigkeit zu handeln, und durch die „Kaiserliche Botschaft“ wurde der Grundstein für die soziale Absicherung der Bevölkerung gelegt.

### Lösung zu 2

Die Grundlage für die staatliche Sozialpolitik ist das Grundgesetz. Die Art. 20 und 28 GG verpflichten den Staat, die Gedanken der sozialen Gerechtigkeit zu verwirklichen. Damit werden soziale Prinzipien für Staat und Gesellschaft festgelegt (Sozialstaatsprinzip). Näher konkretisiert wurde dieses Sozialstaatsprinzip in § 1 SGB I.

### Lösung zu 3

Die im Sozialgesetzbuch (§§ 3 bis 10 SGB I) aufgeführten sozialen Rechte sind:

- Bildungs- und Arbeitsförderung
- Sozialversicherung
- Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden
- Minderung des Familienaufwands
- Zuschuss für eine angemessene Wohnung
- Kinder- und Jugendhilfe
- Sozialhilfe
- Teilhabe behinderter Menschen

### Lösung zu 4

Der Staat hat das System der sozialen Sicherung auf grundsätzlich drei Pfeiler gestellt. Der erste Pfeiler ist die Sozialversicherung. Den zweiten Pfeiler bildet die Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden. Und einen weiteren Pfeiler stellen die sozialen Hilfen dar.

### Lösung zu 5

Die deutsche Sozialversicherung gliedert sich grundsätzlich in fünf Zweige:

1. Die gesetzliche Krankenversicherung. Sie sichert in erster Linie das Risiko „Krankheit“ ab.
2. Die soziale Pflegeversicherung. Sie dient der sozialen Absicherung des Risikos der „Pflegebedürftigkeit“.
3. Die gesetzliche Unfallversicherung. Sie sichert hauptsächlich das Risiko „(Arbeits-) Unfall“ ab.
4. Die gesetzliche Rentenversicherung. Sie zahlt hauptsächlich Renten wegen Alters (Risiko „Alter“).
5. Die Arbeitsförderung (sie ist historisch gesehen kein Teil der Sozialversicherung). Sie deckt in erster Linie das Risiko „Arbeitslosigkeit“ ab.

### Lösung zu 6

Voraussetzung für den Anspruch auf Versorgungsleistungen:

entweder:

- Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis, für den der Staat eine Fürsorgepflicht übernommen hat (z.B. Beamte)

oder:

- Personen sind bei staatlicher Pflichterfüllung zu Schaden gekommen (z.B. bei militärischer Dienstleistung oder dem Versuch, eine Gewalttat zu verhindern)

## Lösung zu 7

Für das Erbringen von Versorgungsleistungen sind die Versorgungsämter zuständig.

## Lösung zu 8

Soziale Hilfen für Erwerbslose werden geleistet durch:

- die Grundsicherung für Arbeitsuchende
- Sozialhilfe

## Lösung zu 9

- Die Sozialversicherung finanziert sich über Beiträge, die in aller Regel von den Privat- und Firmenkunden getragen werden (Ausnahme: Gesetzliche Unfallversicherung). An der Finanzierung der Rentenversicherung und der Arbeitsförderung beteiligt sich der Staat sowie an kassenfremden Leistungen der Krankenversicherung.
- Die Soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden wird aus Steuermitteln finanziert.
- Die sozialen Hilfen werden ebenfalls durch Steuermittel finanziert.

## Lösung zu 10

Durch das Sparen verzichtet der Sparer darauf, seinen Verdienst komplett auszugeben, und bildet Rücklagen für gewisse Notfälle. Ob das Ersparte dann im „Ernstfall“ wirklich ausreicht,

um den eingetretenen Schaden finanziell abzusichern, hängt von verschiedenen Faktoren ab, und zwar davon,

- wie stark der Wille zum Sparen ist,
- in welchem Umfang die Möglichkeit zum Sparen besteht,
- in welchem Zeitraum Rücklagen angespart werden konnten,
- wie sich der Geldwert entwickelt,
- wie hoch der abzudeckende Schaden ist.

Die hohen Behandlungskosten, z.B. bei längerem Krankenhausaufenthalt, können dabei sehr schnell das angesparte Budget übersteigen; ganz zu schweigen von einem längeren Verdienstausfall durch Arbeitsunfähigkeit.

Als Ergebnis wird klar, dass Sparen allein keine verlässliche Absicherung für die Wechselfälle des Lebens ist. Das Restrisiko ist so hoch, dass keine funktionsfähige soziale Absicherung zustande kommt.

## Lösung zu 11

Unterscheidungskriterien (Es sind fünf Kriterien zu nennen):

gesetzliche Krankenversicherung	private Krankenversicherung
Grundlage: Gesetz	Grundlage: Vertrag
Solidaritätsprinzip	Äquivalenzprinzip
Sach(Natural)-leistungsprinzip	Kostenerstattungsprinzip
Leistungen nach den jeweiligen Bedürfnissen	Leistungen nach der vertraglichen Gestaltung
arbeitet kosten-deckend	Gewinnstreben

## Lösung zu 12

Solidaritätsprinzip bedeutet: Die Beiträge werden, unabhängig vom individuellen Versicherungsrisiko, nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten bemessen. Sie werden nach einem Vomhundertsatz des Arbeitsentgelts berechnet.

Äquivalenzprinzip bedeutet: Die Versicherungsprämie ist abhängig vom Versicherungsrisiko. Die Beiträge der Versicherten in der PKV errechnen sich nach:

- dem Lebensalter der zu versichernden Person
- den gewünschten Versicherungsleistungen
- dem Gesundheitszustand
- dem Familienstand

Die Versicherungsprämie soll die voraussichtlichen Ausgaben für die jeweils versicherte Person decken.

## Lösung zu 13

Die soziale Pflegeversicherung wird von den Pflegekassen durchgeführt. Die Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse errichtet. Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die

- AOKs,
- Betriebskrankenkassen,
- Innungskrankenkassen,
- landwirtschaftlichen Krankenkassen,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
- Ersatzkassen.

## Lösung zu 14

Selbstverwaltung bedeutet für die AOK, dass sie die ihr gesetzlich zugewiesenen Aufgaben innerhalb des gesetzlich festgelegten Rahmens in eigener Verantwortung übernimmt.

Die AOK wird von den AOK-Privatkunden und den AOK-Firmenkunden, deren Beschäftigte bei der AOK versichert sind, verwaltet. Das bedeutet für die AOK, dass sie von den Personen verwaltet wird, die die Beiträge aufbringen.

Die Selbstverwaltung der AOK setzt sich aus einem Selbstverwaltungsorgan, und zwar dem Verwaltungsrat (AOK-Parlament), zusammen. Der Verwaltungsrat ist paritätisch (zu je 50 %) mit AOK-Privat- und Firmenkunden besetzt.

Der hauptamtliche Vorstand bildet die „AOK-Regierung“.

## Lösung zu 15

Die AOK macht mit ihrer Philosophie „AOK – Die Gesundheitskasse.“ deutlich, dass für sie der Bereich der Gesundheitsförderung/Prävention einen besonderen Stellenwert einnimmt. Sie klärt über gesundheitliche Gefahren auf und verfolgt damit das Ziel, ihren Versicherten zu helfen, ihre Gesundheit zu erhalten und damit die Lebensqualität zu verbessern. Sie engagiert sich im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und mit Innovationen im Gesundheitsmanagement. Außerdem ist die AOK im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung mit eigenen Maßnahmen aktiv und beteiligt sich mit Zuschüssen

an Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben. Die Gesundheit ihrer Versicherten bedeutet für die AOK eine Ersparnis bei den Leistungsausgaben, und für die Versicherten bedeutet das im Ergebnis einen niedrigeren Krankenversicherungsbeitrag.

### Lösung zu 16

Zu den Leistungen zur Verhütung von Krankheiten gehören u.a:

- Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung, Selbsthilfe, Impfungen
- Verhütung von Zahnerkrankungen (Zahnprophylaxe)
- ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen
- medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

### Lösung zu 17

Es sind die Leistungen anzukreuzen, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (Diese werden allerdings von der Pflegekasse der AOK angeboten.)
- ☒ med. Vorsorgeleistungen
- Schlankheitstropfen
- ☒ Mutterschaftsgeld
- ☒ Verhütungsmittel (für Kunden bis zum vollendeten 20. Lebensjahr)
- Schönheitsoperation
- Reisetabletten
- Hustensaft

- ☒ Krankenhausbehandlung
- Unfallverhütung
- Arbeitsvermittlung
- ☒ Haushaltshilfe (wenn die Weiterführung des Haushalts aus bestimmten Gründen nicht möglich ist)
- ☒ Schutzimpfungen
- Versorgungskrankengeld
- Pflegekurse für Angehörige (Diese werden allerdings von der Pflegekasse der AOK angeboten.)
- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

### Lösung zu 18

Die soziale Pflegeversicherung wird zum einen von dem Grundsatz geprägt: „Rehabilitation vor Pflege“. Damit wird ausgedrückt, dass rechtzeitig und umfassend Leistungen zur Rehabilitation (in der Regel durch die Krankenkasse oder den Rentenversicherungsträger) zur Verfügung gestellt werden, um Pflegebedürftigkeit erst gar nicht eintreten zu lassen oder zu vermindern.

Der zweite tragende Grundsatz der sozialen Pflegeversicherung lautet: „Ambulant vor stationär“. Damit wird der häuslichen (ambulanten) Pflege durch Angehörige, Nachbarn oder professionelle ambulante Pflegedienste der Vorrang vor der Pflege in vollstationären Einrichtungen gegeben. Das hat für die Pflegebedürftigen den Vorteil, dass sie möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Deshalb bilden die Leistungen zur Erhaltung der häuslichen Pflege den Schwerpunkt des SGB XI.

## Lösung zu 19

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung werden ausgelöst durch

- Eintritt eines Arbeitsunfalls (hier ist ein Beispiel für einen Unfall zu bilden, den die versicherte Person während ihrer Arbeitszeit, ihres Weges zur oder von der Arbeit bzw. bei einer Tätigkeit, die dem Allgemeinwohl dient, erleidet),
- Vorliegen einer Berufskrankheit (z.B. Silikose oder eine im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit entstandene und anerkannte Allergie).

## Lösung zu 20

Primäre Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Grundlage der Unfallverhütung sind Unfallverhütungsvorschriften, die von den Berufsgenossenschaften erlassen werden. Darüber hinaus hat der Unternehmer für die Ausbildung von Ersthelfern Sorge zu tragen; damit soll im Ernstfall eine wirksame Erste Hilfe sichergestellt werden.

Der zweite Leistungsbereich der gesetzlichen Unfallversicherung umfasst die Leistungen, die nach Eintritt eines Arbeitsunfalls bzw. einer Berufskrankheit erbracht werden. Dazu gehören u.a.:

- Heilbehandlung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und andere Leistungen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie zur Erleichterung der Verletzungsfolgen
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit
- Leistungen an Hinterbliebene

## Lösung zu 21

Die Arbeitsförderung erbringt u.a. folgende Leistungen zur Verhinderung/Beseitigung von Arbeitslosigkeit (es sind vier Leistungen zu nennen):

- Berufsberatung
- Arbeitsvermittlung
- Kurzarbeitergeld
- Arbeitslosengeld bei Arbeitslosigkeit

## Lösung zu 22

Eine mögliche Abgrenzung von Aufklärung, Beratung und Auskunft:

	Aufklärung (§ 13 SGB I)	Beratung (§ 14 SGB I)	Auskunft (§ 15 SGB I)
Sozialleistungsträger wird tätig	von sich aus	auf Veranlassung des Nachfragenden	auf Veranlassung des Nachfragenden
Informationspartner	Allgemeinheit	Einzelperson/ konkrete Gruppen von Ansprechpartnern	Einzelperson/ konkrete Gruppen von Ansprechpartnern
Informationsumfang	allgemeine Aufklärung im Rahmen der Zuständigkeit	umfassend, genau, alles Erdenkliche u. Mögliche in Betracht ziehen, was für den einzelnen von Bedeutung sein könnte	allgemein (hängt aber vom Einzelfall ab); zuständiger Leistungsträger muss genau genannt werden
Informationsart	u.a. Merkblätter, Broschüren, Presse, Massenmedien, Internet	mündliche o. schriftliche Beratung	mündliche o. schriftliche Beratung
Zuständigkeit	zuständiger Sozialleistungsträger	zuständiger Sozialleistungsträger	jeder Sozialleistungsträger, Kreise, kreisfreie Städte, Gemeinden

## Lösung zu 23

Die AOK arbeitet in vielen Situationen eng mit den anderen Sozialleistungsträgern zusammen. Beispiele für die Zusammenarbeit sind u.a.:

- Auszahlen von Verletztengeld im Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung
- Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Aufnahme von Reha-Anträgen für die gesetzliche Rentenversicherung (Zusammenarbeit im Bereich der medizinischen Rehabilitation)
- Auszahlen von Versorgungskrankengeld für die Versorgungsämter

- Unterstützen der Versorgungsämter bei der Durchführung der Heilbehandlung
- Auftragsweise Leistungserbringung (z.B. Krankengeldzahlungen) für Versicherte der See-Krankenkasse
- Annehmen und Weiterleiten von Meldungen und Bescheinigungen an andere Sozialleistungsträger

(Es waren vier Beispiele zu nennen.)

## Lösung zu 24

Für Rudi Reich werden für die Berechnung seines AOK-Krankenversicherungsbeitrags folgende Faktoren herangezogen:

- die Beitragszeit; sie beträgt hier den Kalendermonat Juli 2025
- seine beitragspflichtigen Einnahmen bis zur monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, d.h. in seinem konkreten Fall 5.512,50 €
- der Beitragssatz, der in seinem Fall – allgemeiner Beitragssatz 14,6 % und Zusatzbeitrag 2,6 % – beträgt

Berechnung des Krankenversicherungsbeitrags:

Arbeitgeber-Anteil

$$5.512,50 \text{ €} \times 7,3 \% = 402,41 \text{ €}$$

Arbeitnehmer-Anteil

$$5.512,50 \text{ €} \times 7,3 \% = 402,41 \text{ €}$$

Arbeitgeber-Anteil

$$5.512,50 \text{ €} \times 1,3 \% = 71,66 \text{ €}$$

Arbeitnehmer-Anteil

$$5.512,50 \text{ €} \times 1,3 \% = 71,66 \text{ €}$$

KV-Beitrag gesamt

$$402,41 \text{ €} + 402,41 \text{ €} + 71,66 \text{ €} + 71,66 \text{ €} \\ = 948,14 \text{ €}$$

Der Krankenversicherungsbeitrag für Rudi Reich beträgt für den Monat Juli 2025 insgesamt 948,14 €.

## Lösung zu 25

Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt Leistungsansprüche im Rahmen der bestehenden Sonderregelungen (§§ 17, 18 SGB V). Außerdem bestehen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und verschiedenen Staaten für den Bereich der Krankenversicherung über- und zwischenstaatliche Regelungen. Bezieht sich die versicherte Person in einen Staat des Europäischen Wirtschaftsraums oder einen Staat mit dem ein Abkommen über soziale Sicherheit geschlossen wurde, das die Krankenversicherung einschließt, erhält sie dort die im Rahmen des EG- bzw. Abkommenrechts vorgesehenen Leistungen (zulasten der AOK). Dieses Land stellt auftragsweise sein Krankenversicherungssystem zur Verfügung.

Geldleistungen (z.B. Krankengeld und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) richten sich bei einem Aufenthalt in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraums oder einem Staat mit dem Deutschland ein Abkommen über soziale Sicherheit geschlossen hat allerdings immer nach deutschen Rechtsvorschriften. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass die bilateralen Abkommen über soziale Sicherheit keine Leistungen bei Pflege beinhalten.

## Lösung zu 26

### Rechengrößen im Versicherungs- und Beitragsrecht für das Jahr 2025

Angaben in Euro	jährlich	monatlich	täglich
Bezugsgröße	44.940,00	3.745,00	
Einkommensgrenze für die Familienversicherung		535,00 556,00 (bei Minijob)	
Beitragsbemessungsgrenze			
KV/PV	66.150,00	5.512,50	183,75
RV/ALV	96.600,00	8.050,00	268,33
allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze	73.800,00	6.150,00	
besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze	66.150,00	5.512,50	



SV-Zweig	Beitragssätze	Tragung	
		Arbeitgeber	Arbeitnehmer
<b>Krankenversicherung</b>			
allgemein	14,6 %	7,3 %	7,3 %
ermäßigt	14,0 %	7,0 %	7,0 %
	kassen-individueller Beitragssatz	50 % vom kassen-individuellen Zusatzbeitrag	50 % vom kassen-individuellen Zusatzbeitrag
<b>Pflegeversicherung</b> (Elterneigenschaft nachgewiesen)	3,6 %	1,8 %	1,8 %
<b>Pflegeversicherung</b> (Kinderlose ab Vollendung des 23. Lebensjahres)	4,2 %	1,8 %	2,4 %
<b>Pflegeversicherung</b> (Versicherte mit 2 Kindern, die unter 25 Jahre alt sind)	3,35 %	1,8 %	1,55 %
<b>Pflegeversicherung</b> (Versicherte mit 3 Kindern, die unter 25 Jahre alt sind)	3,1 %	1,8 %	1,3 %
<b>Pflegeversicherung</b> (Versicherte mit 4 Kindern, die unter 25 Jahre alt sind)	2,85 %	1,8 %	1,05 %
<b>Pflegeversicherung</b> (Versicherte mit 5 Kindern, die unter 25 Jahre alt sind)	2,6 %	1,8 %	0,8 %
<b>Rentenversicherung</b>	18,6 %	9,3 %	9,3 %
<b>Arbeitsförderung</b>	2,6 %	1,3 %	1,3 %
<b>Pauschalbeitrag</b>			
Krankenversicherung	13 %	13 %	
Rentenversicherung	15 %	15 %	

**Rechengrößen im Leistungsrecht – Zuzahlung ab Vollendung des 18. Lebensjahres (ausgenommen bei Fahrkosten)**

Leistung	Zuzahlung
stationäre Vorsorgemaßnahme (§ 23 Abs. 6 SGB V)	10 € je Kalendertag
medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 3 SGB V)	10 € je Kalendertag
Arzneimittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)	10 % des Abgabepreises je Medikament, mindestens 5 €, höchstens 10 €, allerdings nicht mehr als tatsächliche Kosten des Mittels
Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)	10 % des Abgabepreises je Mittel, mindestens 5 €, höchstens 10 €, allerdings nicht mehr als tatsächliche Kosten des Mittels
Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)	10 % der Kosten sowie 10 € je Verordnung
Hilfsmittel (§ 33 Abs. 2 SGB V)	10 % des Abgabepreises, mindestens 5 €, höchstens 10 € je Hilfsmittel, allerdings nicht mehr als tatsächliche Kosten des Mittels
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (§ 33 Abs. 2 SGB V)	10 % des Abgabepreises je Packung, höchstens 10 € für den Monatsbedarf je Indikation
Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 5 SGB V)	10 € je Verordnung sowie 10 % der Kosten, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten
Soziotherapie (§ 37a SGB V)	10 % des „Abgabepreises“, mindestens 5 €, höchstens 10 € je Kalendertag der Inanspruchnahme
Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 5 SGB V)	10 % des „Abgabepreises“, mindestens 5 €, höchstens 10 € je Kalendertag der Inanspruchnahme
Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V)	10 € je Kalendertag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr (Anrechnung von Anschlussrehabilitation/RV-Träger)
ambulante/stationäre Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 SGB V)	10 € je Kalendertag
ambulante/stationäre Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 SGB V)	10 € je Kalendertag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr (Anrechnung von Krankenhausbehandlung/RV)
stationäre Rehabilitationsmaßnahme (§ 40 Abs. 7 SGB V)	10 € je Kalendertag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr (Anrechnung von Krankenhausbehandlung/RV)
medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V)	10 € je Kalendertag
Fahrkosten (§ 60 Abs. 1 SGB V)	10 % der Fahrkosten je Fahrt, mindestens 5 €, höchstens 10 €; Zuzahlung ist auch von Kindern zu leisten.

**Rechengrößen in der Pflegeversicherung für das Jahr 2025**

Angaben in Euro monatlich	
<b>Pflegesachleistungen</b>	
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	796,00
Pflegegrad 3	1.497,00
Pflegegrad 4	1.859,00
Pflegegrad 5	2.299,00
<b>Pflegegeld</b>	
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	347,00
Pflegegrad 3	599,00
Pflegegrad 4	800,00
Pflegegrad 5	990,00
<b>Verhinderungspflege</b>	
<b>durch nahe Angehörige oder Haushaltsmitglieder</b>	
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	520,50
Pflegegrad 3	898,50
Pflegegrad 4	1.200,00
Pflegegrad 5	1.485,00
<b>durch sonstige Personen</b>	
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	1.685,00
Pflegegrad 3	1.685,00
Pflegegrad 4	1.685,00
Pflegegrad 5	1.685,00

Angaben in Euro monatlich	
<b>Kurzzeitpflege</b>	
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	1.854,00
Pflegegrad 3	1.854,00
Pflegegrad 4	1.854,00
Pflegegrad 5	1.854,00
<b>Teilstationäre Tages- und Nachtpflege</b>	
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	721,00
Pflegegrad 3	1.357,00
Pflegegrad 4	1.685,00
Pflegegrad 5	2.085,00
<b>Vollstationäre Pflege</b>	
Pflegegrad 1	Zuschuss 131,00
Pflegegrad 2	805,00
Pflegegrad 3	1.319,00
Pflegegrad 4	1.855,00
Pflegegrad 5	2.096,00