Weitere sozialrechtliche Informationen sowie Ratgeber zum kostenlosen Download finden Sie stetig aktualisiert unter www.betanet.de.

© 2025 beta Institut gemeinnützige GmbH | Kobelweg 95, 86156 Augsburg | www.betanet.de

Gesetzliche Krankenversicherung

1. Das Wichtigste in Kürze

Die **gesetzliche** Krankenversicherung (Krankenkasse) finanziert Leistungen, welche die Gesundheit erhalten oder wiederherstellen oder den Gesundheitszustand verbessern. Rechtsgrundlage ist das Sozialgesetzbuch Nr. 5 (SGB V). Arbeitnehmer (außer Beamte) bis zu bestimmten Einkommensgrenzen, Arbeitslose, Rentner und viele Selbstständige sind in der Krankenversicherung pflichtversichert. Der Beitragssatz beträgt seit 2015 14,6 %. Darüber hinaus erheben die Krankenkassen einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag.

In Deutschland besteht seit 2009 eine **allgemeine** Krankenversicherungspflicht, d.h.: Jeder Einwohner Deutschlands **muss** eine Krankenversicherung haben. Nachfolgende Informationen beziehen sich auf die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkasse), in der viele Arbeitnehmer pflichtversichert sind, nicht auf die allgemeine Versicherungspflicht.

2. Versicherte

Der gesetzlichen Krankenversicherung können Personen als Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte oder Familienversicherte angehören.

Wer nicht dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet ist, muss sich seit 2009 **privat** versichern. Dies gilt **nicht** für Personen, die einen **anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall** haben, z.B. Anspruch auf freie Heilfürsorge (Soldaten, Polizisten), auf Beihilfe, auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz, auf Kranken- und Heilbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 193 Abs. 3 VVG).

Sozialhilfeempfänger, die trotz Versicherungspflicht **keinen** Krankenversicherungsschutz haben, und Asylbewerber erhalten die Kosten der Krankenbehandlung in der Regel vom Sozialamt erstattet, Näheres unter Gesundheitshilfe .

2.1. Pflichtversicherte

(§ 5 SGB V)

Versicherungspflicht besteht z.B. für folgende Personenkreise – aber Achtung, es gibt Ausnahmen für Menschen ab 55 (siehe unten bei Versicherungsfreiheit):

1. **Arbeiter, Angestellte** und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die regelmäßig nicht mehr als 73.800 € im Jahr bzw. 6.150 € pro Monat verdienen.
   Dazu zählen auch Azubis an außerbetrieblichen Einrichtungen, dual Studierende und Teilnehmende an praxisintegrierten Ausbildungen sowie Vorruheständler, wenn sie unmittelbar davor versicherungspflichtig waren und im Vorruhestandsgeld mindestens 65 % des vorherigen Gehalts bekommen.
2. **Arbeitslose** in der Zeit, in der sie Arbeitslosengeld , Bürgergeld (früher Arbeitslosengeld II , Hartz IV) oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung beziehen. Sie bleiben auch während Sperrzeiten oder Urlaubsabgeltung in der Krankenversicherung. Sie sind aber nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtig, wenn sie vor dem Empfang von Bürgergeld privat oder gar nicht versichert waren.
3. **Landwirte** und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen bei einer bestimmten Mindestgröße des Unternehmens und Altenteiler.
4. Freischaffende **Künstler** und Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz.
   Zuständig ist die Künstlersozialkasse, die auch detaillierte Auskünfte erteilt. Gökerstr. 14, 26384 Wilhelmshaven, Telefon 04421 9734051500, Mo–Fr, 9–16 Uhr, www.kuenstlersozialkasse.de .
5. Personen in Einrichtungen der **Jugendhilfe** , die für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen.
6. Teilnehmende an **Leistungen zur Teilhabe** (Berufliche Reha > Leistungen).
7. **Menschen mit Behinderungen,** die
   in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen ,
   in Blindenwerkstätten oder
   für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder
   bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX tätig sind.
   Näheres unter Alternativen zu Werkstätten für behinderte Menschen .
8. **Menschen mit Behinderungen** , die

in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit Leistungen erbringen, welche einem Fünftel der Leistung eines voll Erwerbsfähigen entsprechen.

9. **Studierende** , die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, längstens bis zum 30. Geburtstag, aber auch dann, wenn die Art der Ausbildung, persönliche und familiäre Gründe eine höhere Altersgrenze rechtfertigen. Näheres unter Krankenversicherung für Studierende .
10. **Praktikanten** , die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, Auszubildende ohne Gehalt sowie Auszubildende des zweiten Bildungswegs.
11. **Rentner** und Rentenantragsteller (unter bestimmten Voraussetzungen), Näheres unter Rentnerkrankenversicherung .
12. Personen **ohne Krankenversicherungsschutz** , die zuletzt gesetzlich krankenversichert oder bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und nicht aufgrund ihres beruflichen Status, z.B. als hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind (sog. Auffangversicherung).

2.2. Familienversicherte

(§ 10 SGB V)

Kinder und Ehepartner, die nicht selbst hauptberuflich erwerbstätig sind, haben in der Regel als sog. Familienversicherte, Anspruch auf die vollen Leistungen der Krankenkasse. Näheres unter Familienversicherte .

2.3. Freiwillig Versicherte

(§ 9 SGB V)

Folgende Personen haben die Möglichkeit, sich freiwillig bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern:

- Personen, die aus der **Pflichtversicherung ausgeschieden** sind, z.B. wegen Versicherungsfreiheit (s.u.) oder aus anderen Gründen, z.B. durch Aussteuerung, Näheres unter Krankengeld > Keine Zahlung . Diese Mitgliedschaft muss vor dem Ausscheiden ununterbrochen 12 Monate gedauert oder in den 5 Jahren davor mindestens 24 Monate betragen haben.
- Personen, deren **Familienversicherung erlischt** oder nur deswegen nicht besteht, weil der höher verdienende Elternteil nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Person oder der gesetzlich versicherte Elternteil müssen die o.g. Vorversicherungszeit erfüllen. Näheres auch unter Krankenversicherung für Studierende .
- Personen, die erstmals eine Beschäftigung in Deutschland aufnehmen, wenn sie oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdienen.
- **Schwerbehinderte Menschen** , wenn sie, ein Elternteil, ihr Ehe- oder Lebenspartner in den letzten 5 Jahren vor dem Beitritt mindestens 3 Jahre versichert waren, außer wenn sie wegen ihrer Behinderung diese Voraussetzung nicht erfüllen konnten. Die Satzung der Krankenkasse kann für den Beitritt eine Altersgrenze festsetzen.
- Arbeitnehmer, deren Mitgliedschaft durch **Beschäftigung im Ausland** endete, wenn sie innerhalb von 2 Monaten nach ihrer Rückkehr wieder eine Beschäftigung aufnehmen.
- Spätaussiedler und ihre Ehepartner und Kinder innerhalb von 6 Monaten nach der Umsiedlung oder innerhalb von 3 Monaten nach Bezugsende von Bürgergeld, wenn sie vor der Aussiedlung bei einer dortigen gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren.
- Zeitsoldaten, die ab 31.12.2018 aus dem Dienst ausgeschieden sind.

Der Beitritt muss innerhalb von 3 Monaten (Ausnahme Spätaussiedler) nach dem Eintritt der jeweiligen Voraussetzung erklärt werden.

2.3.1. Praxistipps

- Wer aus der Pflicht- oder Familienversicherung ausscheidet, aber **nicht** freiwillig versichert werden möchte, muss innerhalb von 2 Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeit ausdrücklich seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären **und** einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung. Liegt kein Nachweis vor, wird der Versicherte automatisch am Tag nach dem Ende der bisherigen Versicherung als freiwilliges Mitglied weiterversichert (obligatorische Anschlussversicherung, § 188 Abs. 4 SGB V).
- Wer sich freiwillig bei der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, muss sich automatisch auch bei der gesetzlichen Pflegeversicherung versichern (§ 20 Abs. 3 SGB XI). Wer **nicht** Mitglied der gesetzlichen Pflegeversicherung werden möchte, muss einen gleichwertigen privaten Versicherungsschutz nachweisen (§ 22 SGB XI).

3. Versicherungsfreiheit

Bestimmte Personen sind von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht befreit oder können sich auf Antrag von dieser befreien lassen.

3.1. Versicherungsfreiheit kraft Gesetz

(§ 6, 7 SGB V)

Versicherungsfrei ist z.B., wer

- ein regelmäßiges Arbeitsentgelt erhält, das über der Versicherungspflichtgrenze liegt.
- geringfügig beschäftigte ist (Minijobs Geringfügige Beschäftigung).
- als Privatversicherter nach dem 55. Geburtstag versicherungspflichtig wird
  und
  in den 5 Jahren davor nicht gesetzlich versichert war
  und
  in diesem Zeitraum mindestens 2 1/2 Jahre versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder hauptberuflich selbstständig erwerbstätig oder mit einer solchen Person verheiratet oder verpartnert war.
- unmittelbar vor dem Bezug von Bürgergeld privat krankenversichert war (§ 5 Abs. 5a SGB V).
- Beamter ist oder ähnlich wie Beamte bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe hat, z.B. Richter und Soldaten.
- als Werkstudent beschäftigt ist.

3.2. Versicherungsfreiheit auf Antrag

(§ 8 SGB V)

Folgende Personen können sich z.B. von einer neu entstehenden Versicherungspflicht auf Antrag befreien lassen:

- Arbeitnehmer,
  - die durch Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze wieder versicherungspflichtig werden
  - die während der Elternzeit teilweise erwerbstätig sind
  - die ihre regelmäßige Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit oder Familienpflegezeit reduzieren
  - die in den letzten 5 Jahren nicht gesetzlich versichert waren und ihre Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vollbeschäftigter Arbeitnehmer reduzieren und deren Einkommen deshalb unter der Versicherungspflichtgrenze liegt, z.B. bei Teilzeitbeschäftigung oder Altersteilzeit
  - die eine Tätigkeit in einer Einrichtung für behinderte Menschen aufnehmen
  - die als Arzt im Praktikum beschäftigt sind
- Privat versicherte Arbeitslose, die Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (früher: Unterhaltsgeld) beziehen und in den letzten 5 Jahren nicht gesetzlich versichert waren
- Rentner und Rentenantragsteller (unter bestimmten Voraussetzungen), Näheres unter Rentnerkrankenversicherung
- Rehabilitanden, die an einer Beruflichen Reha-Leistung (Teilhabe am Arbeitsleben) teilnehmen
- Studierende, Berufspraktikanten
- Beschäftigte in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen

Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse gestellt werden. Der Antragsteller muss nachweisen, dass er im Krankheitsfall anderweitig abgesichert ist.

Die Befreiung kann nicht widerrufen werden, d.h. die Versicherungsfreiheit besteht, solange die zur Befreiung führenden Voraussetzungen erfüllt sind, z.B. für die gesamte Dauer des Studiums.

Für landwirtschaftliche Unternehmer und Künstler gelten Sondervorschriften.

4. Beiträge zur Krankenversicherung

(§§ 241 ff. SGB V)

4.1. Beitragssatz

Seit 2015 beträgt der einheitliche Beitragssatz 14,6 %, der ermäßigte Beitragssatz für freiwillig Versicherte ohne Krankengeldanspruch 14 %.

4.1.1. Beiträge für freiwillig Versicherte

(§ 240 SGB V)

Freiwillig Versicherte zahlen normalerweise ihren Beitrag auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze (2025: 5.512,50 € monatlich), also 909,56 € (Berechnung mit 16,6 %, 14,0 % ohne Krankengeld plus 2,5 % durchschnittlicher Zusatzbeitrag). Wenn sie weniger verdienen und dies gegenüber der Krankenkasse nachweisen, zahlen sie entsprechend weniger, allerdings gibt es einen Mindestbeitrag. Selbstständige mit einem geringen Einkommen von bis zu 1.248,33 €, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, müssen 2025 bei Berechnung mit 16,6 %, 14,0 % ohne Krankengeld plus 2,5 % durchschnittlichem Zusatzbeitrag nur einen Beitrag von 205,97 € monatlich zahlen.

Die tatsächliche Höhe des Beitrags ist jeweils abhängig vom kassenindividuellen Zusatzbeitrag und davon, ob ein

Krankengeldanspruch besteht.

4.1.2. Praxistipp

Da ein geringerer Verdienst auch mit geringeren Beiträgen verbunden ist, sollten Sie Einkünfte unter 5.512,50 € unbedingt der Krankenkasse melden. Ihre Beiträge können bis zu 12 Monate rückwirkend korrigiert werden (§ 240 Abs. 1 SGB V). Das kann besonders für Existenzgründer interessant sein, da am Anfang, wenn Sie noch kein nachgewiesenes Einkommen haben, die angegebenen Einkünfte angenommen werden.

4.2. Zusatzbeitrag

Seit 2015 können die Krankenkassen einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag erheben, wenn das Geld aus dem Gesundheitsfonds für die Leistungen nicht ausreicht. Erhebt eine Krankenkasse diesen Zusatzbetrag oder erhöht ihn, dann kann der Versicherte vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen. Details zur Kündigung unter Krankenkassen .

Der Zusatzbeitrag wird von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu gleichen Teilen bezahlt. Er beträgt 2025 nach Prognose der Bundesregierung durchschnittlich 2,5 %.

4.2.1. Praxistipp

Alle Krankenkassen erheben einen Zusatzbeitrag. Eine offizielle Übersicht über die Höhe der Beiträge und Zusatzbeiträge finden Sie beim GKV-Spitzenverband: www.gkv-spitzenverband.de > Service > Krankenkassenliste.

4.3. Säumige Beitragszahler

Versicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen (Rückstand mindestens so hoch wie 2 Monatsbeiträge, § 16 SGB V), obwohl sie dazu in der Lage wären, erhalten nur noch Leistungen für unaufschiebbare Behandlungen, z.B. akute Krankheiten und Schmerzen sowie Behandlung bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Der Anspruch auf alle sonstigen Krankenversicherungsleistungen ruht so lange, bis die rückständigen Beiträge samt Säumniszuschlägen (1 % der Beitragsschulden, § 24 SGB IV) ausgeglichen sind.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Familienversicherte . Sie erhalten weiterhin alle Leistungen.

Privat Versicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen, werden in den Notlagentarif umgestuft, Näheres unter Private Krankenversicherung > Notlagentarif .

4.4. Beitragsübernahme bei Sozialhilfe und Bürgergeld

In der Regel übernimmt das Sozialamt im Rahmen der Sozialhilfe auch die Beiträge zur Krankenversicherung. Näheres unter Kranken- und Pflegeversicherung Sozialhilfe .

Beim Bürgergeld zahlen die Jobcenter je nach Situation selbst die Krankenversicherungsbeiträge, gewähren Zuschüsse dafür oder erkennen die Kosten als notwendige Abzüge von anzurechnenden Einkommen an. Näheres unter Bürgergeld > Umfang und Höhe .

4.5. Nachzahlung für Nichtversicherte

(§ 256 a SGB V)

Wer der **gesetzlichen** Versicherungspflicht unterliegt, sich aber bisher noch bei keiner Krankenkasse angemeldet hat, muss beim Eintritt in eine Krankenkasse für jeden Monat, den er seit Einführung der Versicherungspflicht am 1.4.2007 unversichert war, rückwirkend die Beiträge nachzahlen.

Seit 1.1.2014 wird die Nachzahlung der versäumten Beiträge ermäßigt, wenn das (neue) Mitglied schriftlich erklärt, für den Zeitraum der Ermäßigung keine Leistungen in Anspruch genommen zu haben und auch nachträglich auf eine Kostenerstattung für Rechnungen zu verzichten.

Der ermäßigte Beitrag wird wie folgt berechnet: Als Berechnungsgrundlage werden die fiktiven beitragspflichtigen Einnahmen in Höhe von 10 % der jährlich neu festgelegten Bezugsgröße angenommen. Davon wird der ermäßigte Beitragssatz von 14 % + dem Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkasse berechnet. Bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 2,5 % wären also 2025 Beiträge von monatlich 61,79 € für die nachzuzahlenden Monate fällig.

4.6. Anwartschaftsversicherung

Wenn der Versicherungsschutz vorübergehend nicht benötigt wird, z.B. bei einem längeren Auslandsaufenthalt, kann er für eine gewisse Zeit ruhen. Wenn der Versicherte für diese Zeit eine Anwartschaftsversicherung abschließt, bleibt er Mitglied bei seiner Krankenkasse, zahlt stark reduzierte Beiträge (Höhe wie Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte, siehe oben. § 240 Abs. 4b SGB V) und hat aber keinen Anspruch auf Leistungen. Das Versicherungsverhältnis wird anschließend zu den gleichen Konditionen weitergeführt.

Bei gesetzlich Versicherten kann dies z.B. sinnvoll sein, wenn sie ohne Anwartschaftsversicherung nach einem Auslandsaufenthalt nicht in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren könnten oder wenn sie die Anwartschaftszeiten als Mitgliedszeiten für eine spätere Rentnerkrankenversicherung brauchen. Auch in der privaten Krankenversicherung gibt es eine Anwartschaftsversicherung. Um die Voraussetzungen zu prüfen und die Anwartschaftsversicherung herzustellen, muss die Krankenkasse informiert werden.

4.7. Praxistipps

- Nichtversicherte, die **nicht** (mehr) der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet werden, **müssen** sich **privat** versichern. Betroffene sollten deshalb unverzüglich eine Krankheitskostenversicherung abschließen, da bei verspätetem Abschluss ein einmaliger Prämienzuschlag gezahlt werden muss. Dieser Zuschlag beträgt für jeden Monat der Nichtversicherung eine Monatsprämie, ab dem 6. Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren Monat 1/6 der Monatsprämie (§ 193 Abs. 3 VVG).
- Unter bestimmten Voraussetzungen haben Nichtversicherte, die der **privaten** Krankenversicherung zugeordnet werden, Anspruch auf den Basistarif der Privaten Krankenversicherung (PKV). Die Leistungen des Basistarifs sind in Art, Umfang und Höhe mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar, Näheres unter Private Krankenversicherung > Basistarif .
- Patienteninfo zu **Beitragsschulden** unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Grundprinzipien > Finanzerung > Beitragsbemessung > Einheitliche Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden .
- Wenn Sie vorhaben, „später“ wieder gesetzlich krankenversichert zu sein, sollten Sie rechtzeitig auf Ihre Versicherungszeiten achten. Ab dem 55. Geburtstag kann nur noch in die gesetzliche Krankenversicherung zurück, wer in den fünf Jahren davor mindestens zweieinhalb Jahre gesetzlich versichert war.

5. Wer hilft weiter?

Fragen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zum Versicherungsschutz beantwortet das Bürgertelefon des Gesundheitsministeriums: Telefon 030 3406066-01, Mo–Mi 8–16 Uhr, Do 8–18 Uhr, Fr 8–12 Uhr.

6. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Den Leistungsumfang und die von den Krankenkassen anerkannten Behandlungsmethoden legt der gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien fest.

Näheres zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung finden Sie unter:

Akupunktur bei chronischem Schmerz

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Anschlussrehabilitation - Anschlussheilbehandlung

Arbeitstherapie und Belastungserprobung

Arznei- und Verbandmittel

Auslandsbehandlung

Auslandsschutz

Begleitperson

Berufliche Reha > Leistungen

Beschneidung

DIGA - Digitale Gesundheitsanwendungen

Eignungsabklärung und Arbeitserprobung

Elektronische Patientenakte

Entwöhnungsbehandlung

Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Fahrtkosten Krankenbeförderung

Fehlgeburt und Totgeburt

Früherkennung von Krankheiten

Frühförderung von Kindern mit Behinderungen

Genetische Beratung

Hausarztmodell

Haushaltshilfe

Häusliche Krankenpflege

Heilmittel

Hilfsmittel

Kinderpflege-Krankengeld

Kompaktkur

Krankenbehandlung

Krankengeld

Krankenhausbehandlung

Kryokonservierung > Kostenübernahme

Künstliche Befruchtung

Medizinische Rehabilitation

Reha und Kur für Mütter und Väter

Mutterschaftsgeld

Prävention

Psychotherapie

Psychosomatische Grundversorgung

Schwangerschaft Entbindung

Schwangerschaftsabbruch

Schwangerschaftsverhütung

Sozialmedizinische Nachsorge

Sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen

Soziotherapie

Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung SAPV

Stationäre Hospize

Stufenweise Wiedereingliederung

Terminservicestellen

Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren

Zahnbehandlung

Zahnersatz

7. Verwandte Links

Versicherungspflichtgrenzen

Beitragsbemessungsgrenzen Beitragssätze

Rentnerkrankenversicherung

Krankenversicherung für Studierende

Krankenkassen

Pflegeversicherung

Patientenrechte

Rechtsgrundlagen: SGB V