

Fachinformationen für Arbeitgeber 2019

gesundes
unternehmen

AOK
Die Gesundheitskasse.



**Mehr
News &
Infos**

aok-business.de

Das Arbeitgeber-
portal Ihrer AOK

Existenzgründer



MERKBLATT



SCHRITTE IN DIE SELBSTSTÄNDIGKEIT

Wer sich selbstständig macht und einen Betrieb neu gründet, startet bei null. Viele Überlegungen und auch realistische Einschätzungen der künftigen Entwicklung sind notwendig, wie etwa die Standortwahl, die Konkurrenzbeobachtung oder die Verkehrsanbindung. Aber auch die persönlichen Voraussetzungen des Existenzgründers spielen eine entscheidende Rolle.

Übernahme oder Nachfolge: Voraussetzungen für Existenzgründer

In Deutschland suchen heute so viele Unternehmer wie nie zuvor einen Nachfolger. Das sind ideale Voraussetzungen für den Schritt in die Selbstständigkeit. Unter mehreren Betrieben kann derjenige gewählt werden, der den eigenen Vorstellungen und den Ertragserwartungen am ehesten entspricht. Gemeinsam mit der KfW Mittelstandsbank und dem Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) hat der Zentralverband des Deutschen Handwerks eine Unternehmensnachfolgebörse unter www.nexxt-change.de ins Leben gerufen.

Erforderliche Schritte bei der Existenzgründung

Steht das Konzept, sind zahlreiche Arbeiten für die Anmeldeprozedur des Unternehmens erforderlich:

- › Ausstellung eines Gewerbescheins
- › Vergabe einer Betriebsnummer
- › Anmeldung bei der Berufsgenossenschaft (BG)
- › Anmeldung (der Arbeitnehmer) bei der Krankenkasse
- › Eintragung ins Handelsregister
- › Auswahl eines Steuerberaters und
- › Suche nach Fördermöglichkeiten.

Rechtsform des Unternehmens

Die Wahl der Rechtsform des neuen Unternehmens ist eine wichtige Entscheidung und sollte auf die vorhandenen Rahmenbedingungen abgestimmt sein. Einfluss hat die Rechtsform auf die steuerlichen Belastungen, auf das Haftungsrisiko bei eintretenden Verlusten, aber auch auf das äußere Erscheinungsbild des Unternehmens und die Akzeptanz bei potenziellen Geldgebern.

Fördermöglichkeiten

Oftmals ist zum Zeitpunkt der Existenzgründung kein ausreichendes Eigenkapital vorhanden. Umso wichtiger ist es daher, zusätzliche Geldquellen zu erschließen, um die Gründung tragfähiger zu machen. Die gezielte Suche nach Fördermöglichkeiten ist einer der wichtigsten Schritte beim Aufbau des eigenen Unternehmens. Neben der öffentlichen Förderung kommt auch Unterstützung aus Mitteln der Bundesagentur für Arbeit (BA) infrage, wenn die Gründung aus der Arbeitslosigkeit heraus erfolgt.

Öffentliche Förderung

Bund und Länder stellen Fördermittel über eine Vielzahl von Programmen bereit. Mittel der EU ergänzen diese Programme. Die Finanzsituation junger Unternehmen können über Mikrodarlehen (Kleinkredite bis 25.000 Euro), StartGeld (Kredite für Gründer, deren Vorhaben nicht mehr als 100.000 Euro kostet) oder durch Unternehmerkredite stabilisiert werden. Informationen gibt es bei der KfW Bankengruppe, Palmengartenstraße 5–9, 60325 Frankfurt am Main. Das Infocenter ist unter der Telefonnummer 069 7431-0 zu erreichen.

Gründungszuschuss

Selbstständig statt arbeitslos: Wer den Schritt in die Selbstständigkeit aus der Arbeitslosigkeit heraus wagt, kann von der Bundesagentur für Arbeit mit dem Gründungszuschuss gefördert werden, der insgesamt bis zu 15 Monate gezahlt werden kann.

Phase 1: Für die Dauer von sechs Monaten wird der Gründungszuschuss in Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengelds gewährt, zuzüglich einer Pauschale von 300 Euro als Zuschuss für die soziale Absicherung.

Phase 2: Weist der Existenzgründer seine Geschäftstätigkeit anhand geeigneter Unterlagen nach, kann er für weitere neun Monate 300 Euro monatlich für seine soziale Absicherung erhalten.

Anträge sind vor der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit bei der für den Wohnort zuständigen Agentur für Arbeit zu stellen.



SOZIALVERSICHERUNG

Krankenversicherung

Bei allen Entscheidungen, die Selbstständige gerade in der Phase der Existenzgründung zu treffen haben, sollte auch die Absicherung gegen das Risiko Krankheit einen hohen Stellenwert haben.

Im Gegensatz zu Arbeitnehmern sind Selbstständige im Regelfall nicht krankenversicherungspflichtig. Sie haben aber meist die Möglichkeit, eine freiwillige Mitgliedschaft bei der AOK zu wählen oder eine private Krankenversicherung abzuschließen.

Selbstständige: gesetzlich oder privat?

Sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch in der privaten (PKV) schließen sich Menschen zu Gemeinschaften zusammen, um einen gegenseitigen Risikoausgleich zu schaffen, z. B. bei Krankheit. Die angebotenen Leistungen der GKV sichern unabhängig vom Einkommen für alle Mitglieder der Solidargemeinschaft ein gleich hohes Niveau der gesundheitlichen Betreuung.

Anders sieht es in der PKV aus. Hier richtet sich die Versicherungsprämie (Beitrag) nach dem finanziellen Risiko, welches das PKV-Unternehmen durch den Abschluss des Versicherungsvertrags übernimmt. Soziale Aspekte und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherungsnehmers werden weniger berücksichtigt. Prämienbeeinflussend sind neben dem Leistungstarif noch besondere Risiken des Versicherungsnehmers, z. B. Alter und Gesundheitszustand.

Für Familienangehörige sind eigene Prämien zu zahlen. Nach kostenintensiven Leistungen folgen oftmals höhere Prämien. Einige Leistungen werden erst nach Erfüllung einer Wartezeit gewährt.

Die Entscheidung für eine private Krankenversicherung kann später, wenn die Prämien steigen, kaum rückgängig gemacht werden. Sie ist quasi eine Entscheidung fürs Leben und will deshalb wohlüberlegt sein.

Natürlich unterstützt die AOK alles, was notwendig ist, um eine Krankheit schnell zu überwinden: ambulante und stationäre Behandlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel usw. Bei schweren oder langwierigen Erkrankungen koordinieren besonders ausgebildete AOK-Mitarbeiter die Rehabilitationsmaßnahmen. Und: Die AOK nimmt Sie so, wie Sie sind. Gesundheitsprüfungen gibt es bei uns nicht, ebenso Leistungsausschlüsse für bestimmte Krankheiten oder gar einen zusätzlichen Beitrag, weil man einer bestimmten Risikogruppe zugeordnet ist. Das ändert sich auch nicht mit zunehmendem Alter oder nach teuren und schweren Operationen. Wartezeiten existieren bei der AOK nicht.

Die Familienangehörigen der AOK-Versicherten erhalten – ohne jeden eigenen Beitrag – die gleichen Sachleistungen wie der Versicherte selbst, auch wenn sie ein eigenes Einkommen bis zu 445 Euro monatlich haben (bei Minijobs bis zu 450 Euro monatlich). Das entlastet das Familienbudget des Existenzgründers.

Selbstständig und beschäftigt

Wenn eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird, endet die gesetzliche Krankenversicherung, die aufgrund einer bisher ausgeübten Beschäftigung bestand.

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird zwischen zwei Beitragssätzen unterschieden. Selbstständige können bei der Krankenkasse einen gesetzlichen Krankengeldanspruch (ab Beginn der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit) wählen. Dann gilt für sie der allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent, ansonsten der ermäßigte Satz von 14,0 Prozent (jeweils zuzüglich des Zusatzbeitrags der Krankenkasse).

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung werden ab 2019 aus dem 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße (= 1.038,33 Euro) bemessen. Daraus ergibt sich ein Beitrag von 145,37 Euro plus individueller Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkasse.

Finanzierung der Krankenversicherung

Die Beiträge zur Krankenversicherung werden zu gleichen Teilen vom Arbeitgeber und von den Arbeitnehmern aufgebracht. Dabei gelten gesetzlich festgelegte Beitragssätze. Sie betragen 14,6 Prozent oder 14,0 Prozent (allgemeiner bzw. ermäßigter Beitragssatz). Als Selbstständiger zahlen Sie Ihren Beitrag allein. Beiträge werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze berechnet (2019 = 4.537,50 Euro monatlich). Sofern eine Krankenkasse mit den Zuweisungen, die sich aus der Anwendung der gesetzlichen Beitragssätze ergeben, ihre Ausgaben nicht vollständig decken kann, muss sie einen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen.

Pflegeversicherung

Die gesetzliche Pflegeversicherung sieht Leistungen für Pflegebedürftige vor. Die Pflegeversicherung folgt in vielen Regelungen der Krankenversicherung. Das gilt auch für den Kreis der Versicherten. Wer gesetzlich krankenversichert ist, gehört auch der sozialen Pflegeversicherung an. Für Pflichtversicherte und freiwillige Mitglieder der AOK gilt: wer krankenversichert ist, ist zugleich Mitglied der AOK-Pflegekasse. So bietet die AOK ihren Versicherten einen umfassenden Versicherungsschutz „aus einer Hand“.

Sollte bereits vor Beginn einer freiwilligen Krankenversicherung ein Vertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen bestanden haben, kann eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Pflegeversicherung beantragt werden. Dies gilt aber nur, wenn dieser Vertrag gleichwertige Leistungen nach Art und Umfang der gesetzlichen Leistungen einschließlich der Absicherung der Familienangehörigen ohne eigene Versicherung umfasst.

Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge finanziert. Der Beitragssatz beträgt 3,05 Prozent der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen. Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen jeweils 1,525 Prozent. Eine Ausnahme gilt in Sachsen: Hier zahlt der Arbeitnehmer 2,025 Prozent, der Arbeitgeber 1,025 Prozent.

Kinderlose ab 23 Jahre tragen 0,25 Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens zusätzlich. Alle Jahrgänge vor 1940 bleiben davon ausgenommen. Der Arbeitgeber entrichtet die Beiträge zur Pflegeversicherung zum Fälligkeitstag mit den übrigen Beiträgen an die jeweilige Krankenkasse. Es gilt die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese beträgt im Jahr 2019 bundesweit monatlich 4.537,50 Euro.

Rentenversicherung

Eine wesentliche Aufgabe der Rentenversicherung ist es, die Versicherten und ihre Familien bei verminderter Erwerbsfähigkeit, Alter und Tod durch Renten abzusichern. In bestimmten Fällen zahlt die gesetzliche Rentenversicherung auch Leistungen zur Rehabilitation. Die Zuordnung der Versicherten erfolgt nach regionalen Gesichtspunkten, lediglich besondere Berufsgruppen bleiben einem Sondersystem zugeordnet. In der gesetzlichen Rentenversicherung gibt es verschiedene Träger, die unter dem Namen „Deutsche Rentenversicherung“ zusammengefasst sind. Die Deutsche Rentenversicherung Bund z. B. erfüllt zentrale Aufgaben und steuert die Finanzflüsse. Außerdem fällt sie Entscheidungen in grunds. Fragen der Rentenversicherung. Die regionalen Träger sind für den Service aller Versicherten und der Rentner vor Ort zuständig. Für besondere Berufsgruppen ist die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig. Die Altersversorgung der Landwirte wird durch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau durchgeführt.

Finanzierung der Rentenversicherung

Auch in der gesetzlichen Rentenversicherung tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge je zur Hälfte. Das sind im Jahr 2019 zusammen 18,7 Prozent des Bruttoentgelts bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 6.700 Euro monatlich in den alten bzw. 6.150 Euro in den neuen Bundesländern. Übersteigt das Bruttoentgelt diese Grenzen, werden darüber hinaus keine Beiträge berechnet.

Rentenversicherung der Selbstständigen

Mit Ausnahme weniger pflichtversicherter Personen (z. B. eingetragene Handwerksmeister, Künstler, Lehrer, arbeitnehmerähnliche Selbstständige) sind Selbstständige für ihre Rentenabsicherung selbst verantwortlich. Nicht pflichtversicherte Selbstständige können die Versicherungspflicht innerhalb von fünf Jahren nach Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit beantragen und auf

diese Weise bestimmte Leistungsansprüche (z. B. auf Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) erwerben. Eine besondere Regelung gilt für Handwerker. Sie sind pflichtversichert, sobald sie in die Handwerksrolle eingetragen sind. Für Selbstständige ist auch eine freiwillige Rentenversicherung möglich. Der monatliche Beitrag kann dabei innerhalb bestimmter Grenzen selbst bestimmt werden. Wer einen Gründungszuschuss von der Bundesagentur für Arbeit erhält, wird aufgrund dieser Leistung nicht rentenversicherungspflichtig.

Arbeitslosenversicherung

Durch die Leistungen der Arbeitsförderung sollen Zeiten der Arbeitslosigkeit sowie des Bezugs von Arbeitslosengeld vermieden oder verkürzt werden. Auch arbeitssuchende Arbeitnehmer, die an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung teilnehmen, erhalten Arbeitslosengeld. Das Kurzarbeitergeld und Saison-Kurzarbeitergeld in der Bauwirtschaft und ähnlichen Branchen bieten Einkommensersatz für Arbeitnehmer, die infolge eines Arbeitsausfalls weniger Entgelt erhalten haben. Arbeitslosenversicherungspflichtig sind Personen, die gegen Arbeitsentgelt oder zur Berufsausbildung beschäftigt sind.

Auch Selbstständige können die Arbeitslosenversicherung beantragen, wenn sie in den letzten zwei Jahren vor der Existenzgründung mindestens zwölf Monate pflichtversichert oder Leistungsbezieher waren und der Umfang der Tätigkeit nicht unter 15 Wochenstunden liegt. Der Antrag muss bis spätestens drei Monate nach Beginn der Selbstständigkeit gestellt werden. Die Beiträge werden im ersten Jahr nach der Existenzgründung aus einem Betrag nach der halben Bezugsgröße und danach aus der vollen Bezugsgröße berechnet (2019: 38,94 Euro bzw. 77,88 Euro alte und 35,88 Euro bzw. 71,75 Euro neue Bundesländer).

Finanzierung der Arbeitslosenversicherung

Auch hier tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge je zur Hälfte. Das sind im Jahr 2019 zusammen 2,5 Prozent des Bruttolohns oder -gehalts bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung. Interessant für Arbeitgeber: Die Bundesagentur für Arbeit unterstützt in vielen Fällen die Einstellung von Mitarbeitern z. B. mit Lohnzuschüssen.

Unfallversicherung: auch für Selbstständige

Bei Unfällen am Arbeitsplatz, auf dem Weg zur Arbeitsstätte und nach Hause zurück sowie bei Berufskrankheiten tritt für Arbeitnehmer die gesetzliche Unfallversicherung an die Stelle der Krankenversicherung. Unabhängig davon, wer den Unfall verschuldet hat, übernimmt sie zunächst u. a. die Kosten für Arzt, Krankenhaus, Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel. Nach schweren Arbeitsunfällen ist sie auch für die Rehabilitation eines Arbeitnehmers oder eventuell für eine Rentenzahlung (z. B. bei Tod infolge eines Arbeitsunfalls) zuständig. Während des Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit zahlt sie ein sog. Verletztengeld. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind in erster Linie die Berufsgenossenschaften (BG). Das sind Zusammenschlüsse innerhalb bestimmter Berufsgruppen (z. B. die Bau-BG).

Beiträge zur Unfallversicherung

Anders als in der Kranken-, Pflege-, Renten- oder Arbeitslosenversicherung werden die Beiträge zur Unfallversicherung allein von den Unternehmen getragen. Denn jeder Arbeitgeber übernimmt die Haftpflicht für Unfälle in seinem Betrieb bzw. auf dem Weg dorthin. Der Beitrag der einzelnen Betriebe ist von der Höhe der Lohn- und Gehaltssumme der pflichtversicherten Beschäftigten abhängig und richtet sich nach dem Unfallrisiko in der jeweiligen Branche. Dazu müssen Angaben zur zuständigen BG, zur Gefahreinstufung sowie zu den Arbeitszeiten und unfallversicherungspflichtigen Entgelten der Beschäftigten gemeldet werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Die AOK bietet – zum Teil in Kooperation mit BGs – vielerorts interessante Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung an, z. B. Krankenstandsanalysen und Gesundheitszirkel. Darüber hinaus werden gezielte Gesundheitsmaßnahmen (z. B. zum richtigen Sitzen, Heben und Tragen) empfohlen. Dies alles erfolgt in Zusammenarbeit mit der Unternehmensleitung – mit dem Ziel, den Krankenstand im Betrieb zu senken und Lohnzusatzkosten zu reduzieren. Möchten Sie mehr Informationen über die AOK-Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung? Ihr AOK-Firmenkundenberater hilft Ihnen gern weiter.



ARBEITNEHMERBESCHÄFTIGUNG

Wenn Sie als Unternehmer Mitarbeiter einstellen, kommt eine Reihe von Arbeitgeberpflichten auf Sie zu, wie z. B.:

- › Beurteilung von Versicherungspflicht zur Sozialversicherung
- › Führung von Entgeltunterlagen
- › Entgeltfortzahlung an erkrankte Arbeitnehmer
- › Abgabe von Meldungen zur Sozialversicherung
- › Berechnung, Nachweis und Abführung der Beiträge zur Sozialversicherung

Meldungen

Welche Arbeitnehmer sind bei einer Krankenkasse zu melden?

Im Allgemeinen sind Arbeitnehmer und Auszubildende in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung pflichtversichert. Liegen die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht vor, kommt die Versicherung kraft Gesetzes zustande – unabhängig vom Willen der Beteiligten. Arbeitnehmer sind grds. krankenversicherungspflichtig, wenn ihr regelmäßiges Arbeitsentgelt die sog. Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE-Grenze) – im Jahr 2019 bundesweit 60.750 Euro – nicht übersteigt. Für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 aufgrund der damals geltenden Regelung wegen Überschreitens der JAE-Grenze versicherungsfrei und zu diesem Zeitpunkt mit einer privaten Krankheitskostenvollversicherung abgesichert waren, gilt 2019 eine besondere JAE-Grenze von 54.450 Euro. Versicherungspflichtige Arbeitnehmer sind bei der zuständigen Krankenkasse anzumelden.

Die Beschäftigten können ihre Krankenversicherung frei wählen. Anders als beim Betriebsinhaber geht es nicht um die Frage „gesetzlich oder privat“ versichert, sondern darum Mitglied der AOK oder Mitglied einer anderen Krankenkasse zu werden. Ein Entscheidungskriterium kann der Preis sein, den eine Krankenkasse verlangt, viel wichtiger aber ist, welchen Service sie bietet. Nicht nur für Sie als Selbstständigen, sondern für alle Ihre Beschäftigten bietet die AOK mit ihrer Beratungskompetenz, ihrer Ortsnähe und ihren vielen zusätzlichen Angeboten (z. B. mit individuell gestalteten Wahlтарifen) große Vorteile im Vergleich zu anderen Kassen.

Arbeitnehmer können eine neue Krankenkasse wählen, wenn sie bei der bisherigen Kasse eine Bindungsfrist von 18 Monaten eingehalten haben. Zudem ist eine Kündigung bei der bisherigen Krankenkasse erforderlich. Die Mitgliedschaft endet zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied kündigt. Das Ende wird mit einer Kündigungsbestätigung bescheinigt. Als Bestätigung der Rechtmäßigkeit der Anmeldung zur AOK erhält man eine Mitgliedsbescheinigung für die Entgeltunterlagen.

Eine Ausnahme von der 18-monatigen Bindungsfrist kann bei Abschluss eines Wahlтарifes bestehen. Nimmt ein Arbeitnehmer zum ersten Mal eine Beschäftigung auf oder war er in den letzten 18 Monaten nicht selbst versichert, kann er sofort Mitglied der AOK werden. Außerdem kann

ein Arbeitnehmer bei Unterbrechung der Mitgliedschaft von mindestens einem Kalendertag unmittelbar bei Beschäftigungsaufnahme zur AOK wechseln.

Was gilt für Aushilfen?

Aushilfen sind oft von der Versicherungspflicht ausgenommen. Hierzu gehören geringfügig entlohnte und kurzfristig Beschäftigte. Die Versicherungsfreiheit tritt – wie die Versicherungspflicht – kraft Gesetzes ein, wenn die hierfür geforderten Voraussetzungen erfüllt werden. Wichtig in diesem Zusammenhang: Der Gesetzgeber sieht eine pauschale Beitragszahlung des Arbeitgebers in der Kranken- und Rentenversicherung, eine Pauschsteuer von 2 Prozent sowie eine Grenze beim Arbeitsentgelt von bundesweit 450 Euro monatlich vor.

Welche Unterlagen braucht der Arbeitnehmer?

Bei Beginn der Beschäftigung muss der Arbeitnehmer bestimmte Unterlagen vorlegen. Dies sind:

- › Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse (die AOK sendet für ihre Versicherten die Mitgliedsbescheinigungen auch direkt dem Arbeitgeber zu)
- › Sozialversicherungsausweis, falls vorhanden (hieraus geht die Rentenversicherungsnummer hervor, die Sie für die Meldungen benötigen)

Welche Meldungen sind zu erstellen?

Das Meldeverfahren in der Sozialversicherung ist in der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) geregelt. Zu den Meldungen gehören die Anmeldung, Abmeldung, Jahresmeldung und weitere Meldungen.

Beiträge

Grundlagen für die Berechnung der Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung (Gesamtsozialversicherungsbeitrag) für versicherungspflichtige Arbeitnehmer sind das Arbeitsentgelt im Sinn der Sozialversicherung, der jeweilige Beitragssatz des Versicherungszweigs und die Beitragszeit. Beim Gesamtsozialversicherungsbeitrag wird der Versichertenanteil der Beiträge (Lohnabzug) grds. errechnet, indem das erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt mit der Hälfte des in Betracht

kommenden Beitragssatzes multipliziert wird. Der Gesamtbeitrag ergibt sich durch Verdoppelung des Versichertenanteils.

Welcher Beitragssatz ist maßgeblich?

In der Krankenversicherung gelten der gesetzlich festgelegte allgemeine Beitragssatz von 14,6 Prozent und der ermäßigte Beitragssatz von 14,0 Prozent. Dazu kommt der individuelle Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse.

In der Pflegeversicherung liegt der Beitragssatz bei 3,05 Prozent bzw. 3,3 Prozent für Kinderlose. Für die allgemeine Rentenversicherung gilt ein Beitragssatz von 18,6 Prozent, in der Arbeitslosenversicherung von 2,5 Prozent.

Wann werden die Beiträge fällig?

Die Gesamtsozialversicherungsbeiträge sind spätestens am drittletzten Bankarbeitstag eines Monats fällig. Da zu diesem Zeitpunkt die Entgeltabrechnung in aller Regel noch nicht erfolgt ist, muss die Höhe der fälligen Beiträge sorgfältig geschätzt werden bzw. auf Basis des Vormonats erfolgen. Differenzbeträge werden mit der nächsten Fälligkeit ausgeglichen.

Für die freiwillig versicherten Arbeitnehmer, ggf. auch für Ihre eigene freiwillige Krankenversicherung als Selbstständiger, werden die Beiträge am 15. des Folgemonats fällig. Werden diese Beiträge jedoch im sog. Firmenzahlverfahren zusammen mit den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen im Beitragsnachweis aufgeführt, gilt auch hier der drittletzte Bankarbeitstag als Fälligkeitstag.

Wie wird gezahlt?

Sie können die Beiträge überweisen oder per Scheck zahlen. Am einfachsten entrichten Sie Ihre Beiträge, wenn Sie der Krankenkasse eine Einzugsermächtigung erteilen. Mit der Einführung des SEPA-Verfahrens bedarf die Einzugsermächtigung der Schriftform und muss persönlich unterschrieben sein. Zum Fälligkeitstag werden die Beiträge von Ihrem Konto abgebucht. Damit ist eine verspätete Zahlung ausgeschlossen und Säumniszuschläge werden vermieden.