



Spitzenverband

## **Niederschrift**

**über die Fachkonferenz  
Leistungs- und Beziehungsrecht**

**am 18./19.06.2019 in Berlin**



<b>Inhaltsübersicht:</b>	<u>Seite</u>
1. Terminservice- und Versorgungsgesetz; hier: Gemeinsames Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Auswirkungen	5
2. § 13 SGB V – Kostenerstattung; hier: Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V	7
3. § 38 SGB V – Haushaltshilfe; hier: Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers zum Zwecke der Abrechnung von Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V	11
4. § 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, § 45 SGB VII – Voraussetzungen für das Verletztengeld; hier: Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII	13
5. § 60 SGB V – Fahrkosten, § 75 SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung, § 76 SGB V – Freie Arztwahl; hier: Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung, bei der der Behandlungstermin über eine Terminservicestelle vermittelt wurde	15
6. § 44 SGB V – Krankengeld, § 47 SGB V – Höhe und Berechnung des Krankengeldes, § 47 SGB VII – Höhe des Verletztengeldes; hier: Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und Verletztengelde	21



7. § 50 SGB X – Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen,  
§ 105 SGB X – Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers; 25  
hier: Wegfall der Leistungsaushilfe und Kostenabrechnung nach den Verord-  
nungen (EG) 883/04 und (EG) 987/09
8. § 55 SGB V – Leistungsanspruch [Zahnersatz],  
§ 62 SGB V – Belastungsgrenze; 31  
hier: Anpassung und Überarbeitung des Gemeinsamen Rundschreibens zu  
Einnahmen zum Lebensunterhalt aufgrund der Einführung eines bun-  
desweiten Baukindergeldes und wegen der Einführung einer Eigenheim-  
zulage, eines Landeserziehungs- und Landespflegegeldes im Freistaat  
Bayern



## **Niederschrift**

### **über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019 in Berlin**

#### **1. Terminservice- und Versorgungsgesetz; hier: Gemeinsames Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Auswirkungen**

#### **Sachstand:**

Am 10.05.2019 wurde das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) im Bundesgesetzblatt (BGBl 2019 Teil I Nr. 18, S. 646 ff.) veröffentlicht und ist in wesentlichen Teilen ab Tag nach der Verkündung, demnach dem 11.05.2019, in Kraft getreten.

Von den Änderungen im TSVG sind auch vielfältige Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen. Von diesen gesetzlichen Änderungen haben insbesondere folgende leistungsrechtlich Relevanz:

- § 13 SGB V – Kostenerstattung,
- § 27a SGB V – Künstliche Befruchtung,
- § 39 SGB V – Krankenhausbehandlung,
- § 40 SGB V – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- § 44 SGB V – Krankengeld,
- § 46 SGB V – Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld,
- § 48 SGB V – Dauer des Krankengeldes,
- § 49 SGB V – Ruhen des Krankengeldes,
- § 50 SGB V – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes,
- § 51 SGB V – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe,
- § 55 SGB V – Leistungsanspruch,
- § 73 SGB V – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung,
- § 74 SGB V – Stufenweise Wiedereingliederung sowie
- § 295 SGB V – Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen.

Fraglich war, inwieweit die gesetzlichen Neuerungen einer weiteren Diskussion und Auslegung bedürfen, um eine einheitliche praktische Umsetzung der Gesetzesänderungen zu gewährleisten. Eine



Erörterung der Thematik in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht war daher angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass die durch das TSVG eingeführten gesetzlichen Änderungen einer weitergehenden Diskussion und Auslegung bedürfen. Zur Sicherstellung einer einheitlichen praktischen Umsetzung werden die leistungsrechtlichen Änderungen sowie die in der Beratung erzielten Ergebnisse in einem gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) zusammengefasst. Das gemeinsame Rundschreiben ist als Anlage beigefügt.

Da zu einzelnen Vorschriften zum Teil schon von den dafür zuständigen Fachbereichen Aussagen zu den gesetzlichen Änderungen erfolgt sind (z. B. mit Rundschreiben 2019/200 des GKV-Spitzenverbandes zu den Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes [TSVG] auf die Genehmigungsverfahren für Heilmittel vom 12.04.2019) oder entsprechende Beratungen in den dafür zuständigen Fachkreisen erfolgen, haben sich die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer darauf verständigt, sich im gemeinsamen Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auf die in der Zuständigkeit der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht liegenden Themen zu beschränken. Die gesetzlichen Änderungen zu den §§ 44, 46, 49, 51, 73 und 295 SGB V werden nur der Vollständigkeit halber im gemeinsamen Rundschreiben aufgeführt, da die ausführliche Darstellung im gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII (s. Besprechungsergebnis zu TOP 6 der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019) erfolgt.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt.

### **Anlage**

**GKV–Spitzenverband<sup>1</sup>, Berlin**

**AOK–Bundesverband GbR, Berlin**

**BKK Dachverband e.V., Berlin**

**IKK e.V., Berlin**

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel**

**KNAPPSCHAFT, Bochum**

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin**

---

18./19.06.2019

**Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung –**

**Terminservice– und Versorgungsgesetz (TSVG);**

**hier: Gemeinsames Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vor–  
schriften**

---

<sup>1</sup> Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>4</b>
<b>§ 13 SGB V – Kostenerstattung</b> .....	<b>5</b>
1.Höhe der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 Sätze 3 bis 5 SGB V.....	5
<b>§ 27a SGB V – Künstliche Befruchtung</b> .....	<b>7</b>
1.Allgemeines .....	7
2.Voraussetzungen .....	7
2.1 Fertilitätsverlust durch Behandlung mit keimzellschädigender Therapie .....	7
2.2 Nicht abgeschlossene Familienplanung .....	8
2.3 Anspruch auf künstliche Befruchtung ist nicht ausgeschlossen .....	8
3.Anspruchsbeginn und –ende.....	9
4.Leistungsumfang.....	10
5.Übergangsfälle .....	10
<b>§ 39 SGB V – Krankenhausbehandlung</b> .....	<b>11</b>
1.Allgemeines .....	12
2.Rahmenvertrag zum Entlassmanagement .....	12
3.Anpassung der Krankentransport–Richtlinie .....	12
<b>§ 40 SGB V – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b> .....	<b>13</b>
1.Allgemeines .....	14
2.Entlassmanagement .....	14
3.Rahmenvertrag Entlassmanagement–Reha.....	15
4.Ausgleichszahlungen der Krankenkasse an die Pflegekasse .....	15
<b>§ 44 SGB V – Krankengeld</b> .....	<b>17</b>
1.Allgemeines .....	17
2.Weitergehende Informationen .....	18
<b>§ 46 SGB V– Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld</b> .....	<b>19</b>
1.Allgemeines .....	19
2.Weitergehende Informationen .....	19
<b>§ 48 SGB V – Dauer des Krankengeldes</b> .....	<b>20</b>
1.Allgemeines .....	20
2.Weitergehende Informationen .....	20
<b>§ 49 SGB V – Ruhen des Krankengeldes</b> .....	<b>24</b>
1.Allgemeines .....	24
2.Weitergehende Informationen .....	24

<b>§ 50 SGB V – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes.....</b>	<b>25</b>
1.Allgemeines .....	25
<b>§ 51 SGB V – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe .</b>	<b>26</b>
1.Allgemeines .....	26
2.Weitergehende Informationen .....	26
<b>§ 55 SGB V – Leistungsanspruch.....</b>	<b>27</b>
1.Erhöhung der Festzuschüsse.....	28
2.Bonusregelung .....	29
3.Härtefallregelungen.....	29
4.Inkrafttreten.....	29
5.Übergangsfälle .....	29
6.Weitergehende Informationen .....	30
<b>§ 73 SGB V – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung .....</b>	<b>31</b>
1.Allgemeines .....	31
2.Weitergehende Informationen .....	31
<b>§ 74 SGB V – Stufenweise Wiedereingliederung .....</b>	<b>32</b>
1.Allgemeines .....	32
<b>§ 295 SGB V – Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen.....</b>	<b>33</b>
1.Allgemeines .....	33
2.Weitergehende Informationen .....	34



## Vorwort

Der Deutsche Bundestag hat am 13.03.2019 das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) verabschiedet; der Bundesrat hat dem Gesetz am 12.04.2019 zugestimmt. Das Gesetz ist im Bundesgesetzblatt (BGBl. 2019 I Nr. 18 vom 10.05.2019, S. 646 ff.) veröffentlicht und ist in wesentlichen Teilen am 11.05.2019 in Kraft getreten. Hiervon sind auch leistungsrechtliche Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung betroffen. Soweit hiervon abweichende Inkrafttretensregelungen gelten, wird nachfolgend gesondert darauf aufmerksam gemacht.

Mit dem TSVG sollen neben der Verbesserung des Zugangs der Patienten zur ambulanten ärztlichen Versorgung u. a. die Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung erweitert werden.

Der GKV-Spitzenverband sowie die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben zu den im Inhaltsverzeichnis genannten leistungsrechtlichen Änderungen beraten und die dabei erzielten Ergebnisse in diesem Rundschreiben zusammengefasst. Auf die Darstellung von rein redaktionellen oder gesetzestechnischen Änderungen wird dabei verzichtet.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden im Übrigen in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes sowie der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt.

## § 13 SGB V – Kostenerstattung

(1) bis (3a) ...

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens fünf Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) bis (6) ...

Anmerkungen:

### 1. Höhe der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 Sätze 3 bis 5 SGB V

Versicherte können bei vorübergehendem Aufenthalt in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz Leistungsansprüche im Wege der Kostenerstattung geltend machen. Der Anspruch auf Kostenerstattung ist der Höhe nach begrenzt auf die bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragenden Kosten. Bisher sind neben dem Abzug von Zuzahlungen von den Krankenkassen in ihren jeweiligen Satzungen ausreichende Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen gewesen. Durch die Neuregelung des TSVG entfällt der vorzusehende Abschlag für die fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung, der vorzusehende Abschlag für Verwaltungskosten wird bei fünf Prozent gedeckelt.

Versicherten wird somit der freie Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland, einem Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz erleichtert, da sie im Vergleich zur Kostenerstattung für Gesundheitsbehandlungen im Inland nach § 13 Abs. 2 SGB V – wonach ein Abschlag für fehlende

Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht vorgesehen ist und der Abschlag für Verwaltungskosten ebenfalls auf höchstens fünf Prozent begrenzt ist – finanziell nicht mehr benachteiligt werden.

Diese Neuregelung ist auch im Hinblick auf die gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zu leistungsrechtlichen Umsetzungsfragen des GKV-Modernisierungsgesetzes sowie des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes in der Fassung vom 18.03.2008 hinsichtlich der Ausführungen zu Abschnitt 4 zu beachten. Folglich ist der Abschlag für fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung in den einzelnen Berechnungsbeispielen zu streichen und der Abschlag für Verwaltungskosten in Höhe von maximal fünf Prozent anzusetzen.

## § 27a SGB V – Künstliche Befruchtung

(1) bis (3) ...

(4) Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.

(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 4.

Anmerkungen:

### 1. Allgemeines

Der neu eingefügte Absatz 4 räumt Versicherten einen Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung ein, wenn aufgrund einer Erkrankung und deren Behandlung mittels keimzellschädigender Therapie die Gefahr der Unfruchtbarkeit besteht und deshalb eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe erforderlich erscheint, um eine zukünftige künstliche Befruchtung mit Hilfe dieser kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder des kryokonservierten Keimzellgewebes zu ermöglichen. Beim Keimzellgewebe handelt es sich um Hodengewebe des Mannes oder Ovarialgewebe der Frau. Unter Kryokonservierung versteht man das Tiefgefrieren von Körperzellen in flüssigem Stickstoff.

Die zur Kryokonservierung dazugehörigen medizinischen Maßnahmen umfassen die Entnahme, Aufbereitung, Einfrieren, Lagerung und Auftauen von Ei- und Samenzellen sowie Keimzellgewebe. Die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen werden in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“) bestimmt.

### 2. Voraussetzungen

Der Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, die im Folgenden erläutert werden.

#### 2.1 Fertilitätsverlust durch Behandlung mit keimzellschädigender Therapie

Versicherte haben Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung zu Lasten der GKV, wenn sie aufgrund einer Erkrankung eine keimzellschädigende Therapie in Anspruch nehmen müssen, die zum Fertilitätsverlust (Unfruchtbarkeit) führen kann.

Einige Erkrankungen und deren Therapie zerstören Eierstock- bzw. Hodengewebe und führen damit potenziell zur Unfruchtbarkeit. So zerstören beispielsweise Zytostatika und Bestrahlungen zur Behandlung von Krebserkrankungen nicht nur die Krebszellen, sondern – je nach Medikament und notwendiger Dosierung – auch Keimzellen, also Ei- und Samenzellen sowie Keimzellgewebe.

Aufgrund der Formulierung in Absatz 4 „wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint“ begründet allein das bestehende Risiko auf Infertilität durch die Therapie einen Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung. Der Anspruch ist demnach nicht auf Sachverhalte begrenzt, in denen ein Fertilitätserhalt von vornherein sicher ausgeschlossen werden kann.

## **2.2 Nicht abgeschlossene Familienplanung**

Mit den Maßnahmen der Kryokonservierung muss die Zielsetzung verbunden sein, nach der Behandlung mit der keimzellschädigenden Therapie eine zukünftige künstliche Befruchtung unter den Voraussetzungen des § 27a Abs. 1, 2 und 3 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V zu ermöglichen. Dies setzt nicht voraus, dass zum Zeitpunkt der keimzellschädigenden Therapie bereits die Voraussetzungen nach § 27a Abs. 1 Nr. 3 und 5 SGB V vorliegen und eine Entscheidung für eine zukünftige künstliche Befruchtung getroffen wird. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch nicht oder endet, wenn bzw. sobald die Familienplanung nach Erklärung der oder des Versicherten als abgeschlossen gilt.

## **2.3 Anspruch auf künstliche Befruchtung ist nicht ausgeschlossen**

Da mit den Maßnahmen der Kryokonservierung die Zielsetzung verbunden sein muss, nach der Behandlung mit der keimzellschädigenden Therapie eine zukünftige künstliche Befruchtung unter den Voraussetzungen des § 27a Abs. 1, 2 und 3 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V zu ermöglichen, setzt der Anspruch voraus, dass dem Grunde nach ein Anspruch auf eine zukünftige künstliche Befruchtung nicht ausgeschlossen ist. Ein Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung besteht demnach nicht, wenn bereits aufgrund des körperlichen Zustandes der oder des Versicherten vor Beginn der keimzellschädigenden Therapie nach ärztlicher Feststellung ausgeschlossen werden kann, dass spätere Maßnahmen der künstlichen Befruchtung eine hinreichende Aussicht auf Erfolg haben können.

Ein Leistungsanspruch ist ferner ausgeschlossen, wenn

- weibliche Versicherte bereits das 40. Lebensjahr und männliche Versicherte bereits das 50. Lebensjahr vollendet haben oder
- bereits zum Zeitpunkt des Beginns der keimzellschädigenden Therapie absehbar ist, dass aufgrund der bevorstehenden Behandlungsdauer eine künstliche Befruchtung vor Erreichen dieser Altersgrenzen nach § 27a Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V nicht realisierbar ist.

Sollte sich beispielsweise eine 39-jährige Frau zu Beginn ihrer Erkrankung für die Kryokonservierung ihrer Eizellen entscheiden und ist es absehbar, dass die künstliche Befruchtung frühestens in drei Jahren möglich ist, besteht kein Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung, da auch die spätere künstliche Befruchtung wegen Überschreiten der Höchstaltersgrenze nicht zu Lasten der GKV erfolgen kann. Dies gilt gleichermaßen für einzelne medizinische Maßnahmen der Kryokonservierung, da die Leistung in Bezug auf die Beurteilung des grundlegenden Anspruchs nicht teilbar ist. Demnach kommt eine Kostenübernahme der bis zum Erreichen der Altersgrenzen erforderlichen Teilleistungen der Kryokonservierung auch dann nicht in Betracht, wenn Versicherte die Kosten der späteren künstlichen Befruchtung selbst tragen.

Die in § 27a Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz SGB V festgelegte untere Altersgrenze von 25 Jahren ist hingegen für die Beurteilung des Anspruchs auf Maßnahmen der Kryokonservierung unbeachtlich. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Erkrankungen mit Behandlungsfolgen, die zu einem Fertilitätsverlust führen können, auch vor dem 25. Lebensjahr auftreten können.

### **3. Anspruchsbeginn und -ende**

Wie bereits unter Punkt 1 ausgeführt, wurde durch Erweiterung des Richtlinienauftrages im (neuen) Absatz 5 von § 27a SGB V die nähere Ausgestaltung der medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen in die Kompetenz des G-BA gelegt. Der Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung besteht demnach erst nach näherer Ausgestaltung durch die Richtlinie des G-BA. Darüber hinaus ist der Anspruch – auch ausweislich der expliziten Ausführungen in der Gesetzesbegründung – als Sachleistungsanspruch auszugestalten, so dass entsprechende vertrags- und vergütungsrechtliche Regelungen getroffen werden müssen. Die diesbezüglichen Beratungen werden in Kürze aufgenommen. Über die insoweit relevanten Aspekte der Umsetzung des Leistungsanspruchs wird der GKV-Spitzenverband zu gegebener Zeit per Rundschreiben informieren.

Der Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung besteht bis zum Erreichen der Höchstaltersgrenzen nach § 27a Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen bis zu diesem Zeitpunkt erfüllt werden. Der Anspruch endet demnach insbesondere dann vor Erreichen der Altersgrenzen, wenn

- die Familienplanung bereits vorher als abgeschlossen gilt (s. Punkt 1.2) oder
- ärztlich festgestellt wird, dass die keimzellschädigende Therapie nicht zum Fertilitätsverlust geführt hat.

Darüber hinaus endet der Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung mit dem Tod des Versicherten (zu den strafrechtlichen Konsequenzen einer wissentlichen künstlichen Befruchtung einer Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tode siehe § 4 Abs. 1 Nr. 3 ESchG).

#### **4. Leistungsumfang**

Der Leistungsanspruch umfasst die volle Übernahme der Kosten der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe einschließlich der in diesem Zusammenhang notwendigen medizinischen Maßnahmen (insbesondere die Entnahme, Aufbereitung, Lagerung und ein späteres Auftauen) im Rahmen des Sachleistungsprinzips. Zur vertragsrechtlichen Umsetzung siehe Ausführungen unter Punkt 3.

#### **5. Übergangsfälle**

Die Vorschrift legt fest, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Maßnahmen der Kryokonservierung geltend gemacht werden kann. Eine Übergangsregelung für Fallgestaltungen, in denen Versicherte aufgrund einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie ihre Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe bereits vor der Gesetzesänderung haben kryokonservieren lassen, enthält die gesetzliche Regelung nicht. Da insoweit auch keine Stichtagsregelung vorgesehen ist, ist davon auszugehen, dass der Leistungsanspruch auch in diesen Bestandsfällen bestehen soll. Von daher besteht in diesen Fällen unabhängig von einem vor dem Inkrafttreten des TSVG liegenden Zeitpunkt der Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie ab dem Zeitpunkt ein Anspruch auf Übernahme der weiteren Kosten für die Teilleistungen der Lagerung und des Auftauens der Ei- oder Samenzellen oder des Keimzellgewebes, zu dem die grundsätzlichen Voraussetzungen für einen Sachleistungsanspruch in Bezug auf Maßnahmen der Kryokonservierung (s. Punkt 3) vorliegen und sofern und solange die persönlichen Voraussetzungen (s. Punkt 2) für die Kostenübernahme dieser Maßnahmen erfüllt sind. Entsprechende Leistungen werden auf Antrag gewährt. Dem Antrag ist eine ärztliche Bescheinigung beizufügen, aus der hervorgeht, dass die Kryokonservierung aufgrund einer keimzellschädigenden Therapie mit Risiko der Infertilität erfolgte.

## § 39 SGB V – Krankenhausbehandlung

(1) ...

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.

(2) bis (4) ...



## 1. Allgemeines

Durch die Einfügung des Satz 6 wird klargestellt, dass das Entlassmanagement nicht nur die Verordnung von Leistungen nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und 12 SGB V umfasst, sondern die Versicherte oder der Versicherte auch bei der Beantragung weiterer Leistungen unterstützt werden soll, die nach einer Krankenhausbehandlung erforderlich sein können. In diesem Zusammenhang werden insbesondere die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§ 37b SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und Kurzzeitpflege (§ 39c SGB V) genannt.

Bezogen auf die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung im Rahmen des Entlassmanagements haben die Ausführungen eher klarstellenden Charakter, da nach § 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) vom 20.12.2007, i. d. F. vom 15.04.2010, die Verordnung von SAPV durch Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzte im Rahmen der Krankenhausentlassung für i.d.R. sieben Tage bei Bedarf möglich ist.

Darüber hinaus werden Krankenhäuser durch die gesetzliche Änderung befugt, im Rahmen des Entlassmanagements aus zwingenden medizinischen Gründen für Versicherte Krankentransporte nach einer stationären Behandlung zu verordnen. Umfasst sind hiervon Rückfahrten aus dem Krankenhaus. Der gesetzlichen Intention folgend, ist die Verordnungsbefugnis nicht auf Fahrten im Krankenkraftwagen (Krankentransport) beschränkt, sondern gilt – je nach medizinischer Notwendigkeit im Einzelfall – auch für weitere Krankenförderungen, z. B. Fahrten im Taxi oder Mietwagen.

## 2. Rahmenvertrag zum Entlassmanagement

Das Nähere zur Zusammenarbeit des Krankenhauses mit den Kranken- und Pflegekassen ist dem Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 10 SGB V zu entnehmen. Es wird zeitnah geprüft, inwiefern der Rahmenvertrag Entlassmanagement anzupassen ist.

## 3. Anpassung der Krankentransport-Richtlinie

Die Krankentransport-Richtlinie sah bisher die Verordnung von Krankenförderungen durch niedergelassene Vertrags(zahn)ärzte sowie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vor.

Derzeit wird im Gemeinsamen Bundesausschuss darüber beraten, inwiefern Regelungen zum Entlassmanagement in der Krankentransport-Richtlinie zu ergänzen sind. Der GKV-Spitzenverband wird nach Abschluss der Beratungen gesondert per Rundschreiben hierüber informieren.

## § 40 SGB V – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) ...

(2) <sup>1</sup>Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. <sup>2</sup>Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. <sup>3</sup>Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 SGB IX zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. <sup>4</sup>Wählt der Versicherte eine zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX angemessen sind. <sup>5</sup>Die Krankenkasse führt nach Geschlecht differenzierte statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 1 sowie deren Erledigung durch. <sup>6</sup>§ 39 Abs. 1a gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag entsprechend § 39 Abs. 1a die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind. <sup>7</sup>Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrags kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. <sup>8</sup>Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. <sup>9</sup>Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt.

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 SGB IX Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. <sup>2</sup>Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. <sup>3</sup>Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. <sup>4</sup>Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens 3 Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. <sup>5</sup>Satz 4 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. <sup>6</sup>Leistungen nach Absatz 1 und 2 können nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung solcher

oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. <sup>7</sup> § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. <sup>8</sup> Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3072 EUR für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. <sup>9</sup> Satz 8 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat.

(4)...

(5)...

(6)...

(7)...

Anmerkungen:

## 1. Allgemeines

Für den Krankenhausbereich werden erweiterte Möglichkeiten zum Entlassmanagement festgelegt. Diese wirken sich aufgrund der Übertragung der Regelungen des § 39 Abs. 1a SGB V durch § 40 Abs. 2 Satz 6 SGB V auf die stationären Rehabilitationsleistungen gleichermaßen aus.

Der bisherige Konfliktlösungsmechanismus durch das erweiterte Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung im Falle einer Nichteinigung über den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement wird ersetzt durch das neu eingeführte sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a SGB V.

Ferner entfällt die Meldepflicht der Krankenkassen an die Aufsichtsbehörden über Ausgleichszahlungen an die Pflegekassen in Fällen der verspäteten Leistungserbringung für Rehabilitationsleistungen.

## 2. Entlassmanagement

Durch die Einfügung des Satzes 6 in § 39 Abs. 1a SGB V wird klargestellt, dass das Entlassmanagement der Krankenhäuser auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V), die Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und die Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit (§ 39c SGB V) umfasst. Diese eher klarstellende Regelung wird durch den insoweit nicht geänderten § 39 Abs. 2 Satz 6 SGB V auf stationäre Rehabilitationsleistungen übertragen.

Bezogen auf die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung im Rahmen des Entlassmanagements haben die Ausführungen eher klarstellenden Charakter, da nach § 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) vom 20.12.2007, i. d. F. vom 15.04.2010, die Verordnung von SAPV durch Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzte im Rahmen der Krankenhausentlassung für

i.d.R. 7 Tage bei Bedarf möglich ist. Diese Regelung gilt jedoch für Rehabilitationseinrichtungen nicht. Das Nähere zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung im Rahmen des Entlassmanagements von Rehabilitationseinrichtungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der SAPV-Richtlinie festzulegen.

Durch die gesetzliche Änderung werden stationäre Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich auch befugt, Krankenbeförderungsleistungen für Rückfahrten aus den Rehabilitationseinrichtungen zu verordnen. Allerdings richtet sich die Übernahme von Fahr- und Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation gemäß § 60 Abs. 5 SGB V nach § 73 SGB IX. Für diese Fahr- bzw. Reisekosten ist eine ärztliche Verordnung jedoch nicht vorgesehen. Deshalb regelt § 2 Abs. 4 der Krankentransport-Richtlinie, dass für Fahrten zu Rehabilitationsleistungen keine Verordnung auszustellen ist, sondern die Patientin bzw. der Patient die An- und Abreise direkt mit ihrer/seiner Krankenkasse klärt. Die Neuregelung des § 39 Abs. 1a Satz 7 SGB V erfordert in Bezug auf Rehabilitationsleistungen daher keine Änderung der Krankentransport-Richtlinie.

### **3. Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha**

Das Nähere zur Zusammenarbeit der stationären Rehabilitationseinrichtungen mit den Krankenkassen ist im Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha vom 01.02.2019 geregelt. Im Falle einer Nichteinigung zur Regelungen des Rahmenvertrages konnten die Vertragsparteien zur Konfliktlösung bisher das erweiterte Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung anrufen. Nunmehr sieht § 40 Abs. 2 Sätze 7 - 9 SGB V vor, dass das neu eingerichtete sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei entscheidet, wenn der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande kommt oder dieser ganz oder teilweise beendet wird und kein neuer Rahmenvertrag zustande kommt. Bei Entscheidungen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha setzt sich das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied zusammen. Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt. Im Unterschied zu der sonstigen Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sind bei Entscheidungen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha also keine Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser, sondern Vertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen beteiligt.

Es wird zeitnah geprüft, ob und inwiefern der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha aufgrund der Neuregelungen zum Ordnungsrecht der Rehabilitationseinrichtungen und zur Konfliktlösung bezüglich des Rahmenvertrages anzupassen ist.

### **4. Ausgleichszahlungen der Krankenkasse an die Pflegekasse**

Nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V zahlt die Krankenkasse der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 EUR für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Dies gilt allerdings nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat.

Über Fälle, in denen die Krankenkasse zu entsprechenden Zahlungen verpflichtet wurde, war der Aufsichtsbehörde nach § 40 Abs. 3 Satz 10 SGB V alter Fassung jährlich zu berichten. Diese Regelung entfällt durch die Streichung des § 40 Abs. 3 Satz 10 SGB V. Den Aufsichtsbehörden wurden bisher nur sehr wenige Fälle gemeldet. Deshalb wird die Regelung aus Gründen der Verwaltungsökonomie und des Bürokratieabbaus aufgehoben.

## § 44 SGB V – Krankengeld

(1) ...

(2) Keinen Anspruch auf Krankengeld haben

die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a, 5, 6, 9, 10 oder 13 sowie die nach § 10 Versicherten; dies gilt nicht für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 Versicherten, wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben, und für Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13, sofern sie abhängig beschäftigt und nicht nach den §§ 8 und 8a des Vierten Buches geringfügig beschäftigt sind oder sofern sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben,

- 4. ...

Für die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 gilt § 53 Absatz 8 Satz 1 entsprechend. Für die nach Nummer 2 und 3 aufgeführten Versicherten bleibt § 53 Abs. 6 unberührt. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.

(3) ...

(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen. ~~Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen nach diesem Absatz vor.~~

Anmerkungen:

### 1. Allgemeines

In Absatz 2 wurde klargestellt, dass hauptberuflich selbständig Erwerbstätige unabhängig davon, ob sie aufgrund einer freiwilligen oder versicherungspflichtigen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine Wahlerklärung abgeben können, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll. Gleichzeitig wurde klargestellt, dass Wahlerklärungen zur Absicherung des Krankengeldanspruchs nur mit Wirkung für die Zukunft abgegeben

werden können. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung erst zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu, wirkt die Wahlerklärung erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit.

## **2. Weitergehende Informationen**

Die veränderten gesetzlichen Regelungen und deren praktische Auswirkungen werden kurzfristig in das Gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und Verletztengeld nach § 47 SGB VII eingearbeitet und daher hier nicht weitergehend ausgeführt.

## § 46 SGB V– Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld.

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht

1. ...
2. im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.

Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage. Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne von Satz 2, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten sowie für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegeben haben, entsteht der Anspruch von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Der Anspruch auf Krankengeld für die in Satz 3 genannten Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz entsteht bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse einen Tarif nach § 53 Abs. 6 gewählt hat.

A n m e r k u n g e n:

### 1. Allgemeines

In Bezug auf den Anspruch auf Krankengeld wurde geregelt, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, der Anspruch auf Krankengeld erhalten bleibt, wenn das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit zwar nicht rechtzeitig im Sinne von § 46 Satz 2 SGB V, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.

### 2. Weitergehende Informationen

Die veränderten gesetzlichen Regelungen und deren praktische Auswirkungen werden kurzfristig in das Gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und Verletztengeld nach § 47 SGB VII eingearbeitet und daher hier nicht weitergehend ausgeführt.



## § 48 SGB V – Dauer des Krankengeldes

(1) – (2) ...

**(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt. Satz 2 gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Verletztengeld nach dem Siebten Buch.**

Anmerkungen:

### 1. Allgemeines

Durch die gesetzliche Neuregelung wurde die Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes dahingehend verändert, dass nunmehr der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld zu berücksichtigen sind.

### 2. Weitergehende Informationen

Nach § 11 Abs. 5 SGB V bestehen keine Ansprüche auf Leistungen der Krankenkassen, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Dies bedeutete bisher, dass bei Arbeitsunfähigkeiten aufgrund einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls solange kein Krankengeldanspruch bestand, wie Verletztengeld zu zahlen gewesen war. Aufgrund des fehlenden Anspruchs blieben die Zeiten des Bezugs von Verletztengeld nach § 48 Abs. 3 Satz 2 SGB V bei der Beurteilung der Dauer des Krankengeldbezugs unberücksichtigt, was nunmehr durch die gesetzliche Änderung abgewandelt wurde. Die Neuregelung entfaltet nur Wirkung in Fällen, in denen neben der unfallabhängigen Erkrankung auch eine unfallunabhängige Arbeitsunfähigkeit besteht oder hinzutritt.

Die Regelung tritt am 11.05.2019 in Kraft und ist daher sowohl auf neu auftretende als auch bereits laufende Arbeitsunfähigkeitsfälle bzw. Wechsel vom Verletztengeld in das Krankengeld anzuwenden. Hieraus ergeben sich folgende Fallgestaltungen für die Praxis:

- 1) Eintritt der AU vor und Ende des Verletztengeldes nach Inkrafttreten des TSVG.

Der Krankengeldanspruch ist aufgrund des Arbeitsunfalls durch § 11 Abs. 5 SGB V ausgeschlossen. Eine neue Beurteilung aufgrund der neuen gesetzlichen Regelung ist daher nicht erforderlich.

Arbeitsunfall am	03.01.2018
Arbeitsunfähigkeit	03.01.2018 – laufend
Aussteuerung Verletztengeld (78 Wochen) und weiter arbeitsunfähig wegen derselben Krankheit	02.07.2019

**Ergebnis:**

Der Verletztengeldanspruch ist am 02.07.2019 erschöpft. Für die Zeit nach Aussteuerung des Verletztengeldes ist der Anspruch auf Krankengeld aufgrund der Arbeitsunfähigkeit wegen des Arbeitsunfalls ausgeschlossen.

- 2) Aussteuerung eines Verletztengeldfalls nach 78 Wochen und erneuter Eintritt von AU wegen derselben unfallbedingten Krankheit in laufender Blockfrist nach Verkündung des Gesetzes.

Der Krankengeldanspruch ist aufgrund des Arbeitsunfalls durch § 11 Abs. 5 SGB V ausgeschlossen. Eine neue Beurteilung aufgrund der neuen gesetzlichen Regelung ist daher nicht erforderlich.

Arbeitsunfall am	03.01.2018
Arbeitsunfähigkeit	03.01.2018 – 31.07.2019
Aussteuerung Verletztengeld (78 Wochen)	02.07.2019
Erneute Arbeitsunfähigkeit wegen derselben unfallbedingten Erkrankung	01.09.2019

**Ergebnis:**

Für die Erkrankung ab dem 01.09.2019 ist der Krankengeldanspruch aufgrund der Arbeitsunfähigkeit wegen des Arbeitsunfalls ausgeschlossen.

- 3) Aktueller Krankengeldbezug, weil der Unfallversicherungsträger die Zahlung von Verletztengeld einstellt, da nach seiner Beurteilung die weitere Arbeitsunfähigkeit aufgrund von degenerativen Vorschädigungen (z. B. Knie) verursacht wird.

Die weitere Arbeitsunfähigkeit aufgrund der degenerativen Vorschädigungen ist ein Eintritt einer unfallunabhängigen Krankheit. Der Anspruch auf Krankengeld ist unter Berücksichtigung des Verletztengeldbezuges (Zusammen > 78 Wochen Bezug einer Entgeltersatzleistung) neu zu beurteilen.

Arbeitsunfall am	03.07.2017
Arbeitsunfähigkeit	03.07.2017 – laufend
Beendigung Verletztengeld aufgrund unfallunabhängiger Erkrankung lt. BG	02.12.2018
Krankengeld seit	03.12.2018

**Ergebnis:**

Der Anspruch auf Krankengeld ist mit Inkrafttreten des TSVG neu zu beurteilen. Hierbei ist zu prüfen, inwieweit mit Anrechnung der Verletztengeldzeiten auch der Anspruch auf Krankengeld bereits ausgeschöpft ist (Zusammen > 78 Wochen Bezug einer Entgeltersatzleistung).

- 4) Aktueller Krankengeldbezug wegen Hinzutritts einer unfallunabhängigen Erkrankung zu einem bisherigen Verletztengeldfall (z.B. 50 Wochen wegen schwerer Verletzung und währenddessen Feststellung einer Krebserkrankung).

Der Anspruch auf Krankengeld ist mit dem Tag des Inkrafttretens des TSVG neu zu beurteilen und ggf. zu beenden, weil die Dauer des Krankengeldes nunmehr auch unter Berücksichtigung der Verletztengeldzeiten beurteilt werden muss und der Anspruch auf eine Gesamtlaufzeit von 78 Wochen begrenzt ist.

Arbeitsunfall am	03.07.2017
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Arbeitsunfall	03.07.2017 – 30.06.2018
Hinzutritt weitere unfallunabhängige AU	01.05.2018 – laufend
Krankengeld seit	01.07.2018
Ende der 78 Wochen-Frist	30.12.2018

**Ergebnis:**

Der Anspruch auf Krankengeld entfällt mit dem Tag des Inkrafttretens des TSVG, weil die Dauer des Krankengeldes neu beurteilt werden muss. Die Zeit des Verletztengeldbezugs vom 03.07.2017 bis 30.06.2018 wird bei der Ermittlung der Höchstanspruchsdauer berücksichtigt. Somit ist das Leistungsende von 78 Wochen am 30.12.2018 erreicht.

- 5) Aktueller Krankengeldbezug wegen einer unfallunabhängigen Erkrankung, jedoch liegt ein Verletztengeldfall innerhalb der aktuellen Blockfrist.

Keine Neubeurteilung nach Inkrafttreten des TSVG erforderlich, weil dem Verletztengeldfall ein anderes Grundleiden zu Grunde liegen muss, da sonst auch die Folgeerkrankung als Arbeitsunfall oder Berufskrankheit in die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft fallen würde und demnach der Krankengeldanspruch ausgeschlossen wäre.

Arbeitsunfall am	03.07.2017
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Arbeitsunfall	03.07.2017 – 30.06.2018
Arbeitsunfähigkeit wegen unfallunabhängiger Erkrankung	03.09.2018
Entgeltfortzahlung	03.09.2018 – 14.10.2018
Krankengeld seit	15.10.2018

**Ergebnis:**

Keine Neu Beurteilung nach Inkrafttreten des TSVG erforderlich, weil der Verletztengeldfall nicht anrechenbar ist.

- 6) Aktueller Verletztengeldfall mit Hinzutritt einer unfallunabhängigen Erkrankung, für die bis zum Inkrafttreten des TSVG noch kein Krankengeld gezahlt wird.

Die Beurteilung ist analog der neuen gesetzlichen Regelung vorzunehmen, und zwar ab dem Zeitpunkt, zu welchem die unfallunabhängige Erkrankung allein Arbeitsunfähigkeit verursacht.

Arbeitsunfall am	03.07.2018
Arbeitsunfähigkeit	03.07.2018 – laufend
Hinzutritt unfallunabhängige AU	25.02.2019 – laufend
Ende der 78 Wochen-Frist	30.12.2019

**Ergebnis:**

Endet die Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Arbeitsunfalls und besteht weiterhin AU wegen einer hinzugetretenen unfallunabhängigen Erkrankung, ist die Beurteilung der Dauer des Krankengeldanspruchs analog der neuen gesetzlichen Regelung durchzuführen. Die Anspruchsdauer für den Hinzutritt der unfallunabhängigen Arbeitsunfähigkeit wird nicht verlängert. Somit ist das Leistungsende von 78 Wochen am 30.12.2019 erreicht.

## § 49 SGB V – Ruhen des Krankengeldes

(1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

- 1.
2. solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 7 erfolgt,
3. – 7. ...
8. solange bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wurde.

(3) ...

Anmerkungen:

### 1. Allgemeines

Mit der gesetzlichen Änderung wird in Fallgestaltungen, in denen Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist und der Anspruch auf Krankengeld nach der Regelung des § 46 SGB V (n.F.) auch bei verspäteter ärztlicher Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit erhalten bleibt, festgelegt, dass der Anspruch auf Krankengeld bis zum Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ruht.

Zusätzlich wird die Ruhensregelung für die Dauer der verspäteten Meldung bei der Krankenkasse dahingehend ergänzt, dass die Ruhenswirkung nicht gilt, wenn die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V n.F. direkt vom Arzt an die Krankenkasse erfolgt.

### 2. Weitergehende Informationen

Die veränderten gesetzlichen Regelungen und deren praktische Auswirkungen werden kurzfristig in das Gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und Verletztengeld nach § 47 SGB VII eingearbeitet und daher hier nicht weitergehend ausgeführt.

## § 50 SGB V – Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

(1) Für Versicherte, die

1. Rente wegen voller Erwerbsminderung, ~~Erwerbsunfähigkeit~~ oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. – 5. ...

beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht. Ist über den Beginn der in Satz 1 genannten Leistungen hinaus Krankengeld gezahlt worden und übersteigt dieses den Betrag der Leistungen, kann die Krankenkasse den überschießenden Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern. In den Fällen der Nummer 4 gilt das überzahlte Krankengeld bis zur Höhe der dort genannten Leistungen als Vorschuss des Trägers oder der Stelle; es ist zurückzuzahlen. Wird eine der in Satz 1 genannten Leistungen nicht mehr gezahlt, entsteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn das Mitglied bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist.

(2) Das Krankengeld wird um den Zahlbetrag

1. ...
2. der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, ~~Berufsunfähigkeit~~ oder der Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. – 5. ...

gekürzt, wenn die Leistung von einem Zeitpunkt nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung an zuerkannt wird.

Anmerkungen:

### 1. Allgemeines

Mit der gesetzlichen Regelung wurden die Begriffe Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Berufsunfähigkeit im Sinne einer Rechtsbereinigung aus dem Wortlaut des § 50 SGB V entfernt, weil seit dem 01.07.2017 die Renten wegen Erwerbsunfähigkeit und Renten wegen Berufsunfähigkeit als Renten wegen teilweiser bzw. vollständiger Erwerbsminderung gelten.

## § 51 SGB V – Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

(1) ...

(1a) Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches nicht überschritten wird, so kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.

(2) ...

(3) Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Ergibt sich im Falle des Absatzes 1a, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht abweichend von Satz 1 rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist.

Anmerkungen:

### 1. Allgemeines

Durch die Regelung wird den Krankenkassen das Recht eingeräumt, Versicherte, die wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI eine Teilrente wegen Alters erhalten, zur Antragstellung bei der gesetzlichen Rentenversicherung auf Überprüfung des Hinzuverdienstes innerhalb von 4 Wochen aufzufordern, wenn absehbar ist, dass die Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten wird. Zudem wird geregelt, dass der Krankengeldanspruch bei einer nicht oder verspätet erfolgten Antragstellung ab Ablauf der Frist wiederauflebt, wenn die Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze im Rahmen einer Überprüfung durch den Rentenversicherungsträger festgestellt wird.

### 2. Weitergehende Informationen

Die veränderten gesetzlichen Regelungen und deren praktische Auswirkungen werden kurzfristig in das Gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und Verletztengeld nach § 47 SGB VII eingearbeitet und daher hier nicht weitergehend ausgeführt.

## § 55 SGB V – Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 60 Prozent der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 70 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 75 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen von Satz 5 abweichen und eine einmalige Unterbrechung innerhalb der zehn Kalenderjahre gewähren. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der



bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder

3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) bis (5) ...

A n m e r k u n g e n:

## 1. Erhöhung der Festzuschüsse

Die Änderung in § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V zielt darauf ab, die Versicherten bei der Aufbringung ihres Eigenanteils zu entlasten. Dazu werden die befundorientierten Festzuschüsse mit Wirkung zum 01.10.2020 auf 60 Prozent der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die jeweilige Regelversorgung erhöht. Wenn sich der Versicherte während der letzten 5 Jahre bzw. während der letzten 10 Jahre wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen, erfolgt auch eine Anhebung auf 70 Prozent bzw. 75 Prozent.

## **2. Bonusregelung**

Die Bonusregelung zur Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz wird versichertenfreundlicher ausgestaltet. Demnach bleibt in begründeten Ausnahmefällen ein einmaliges Versäumen einer Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 und 2 SGB V folgenlos und wirkt sich auf die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aus. Eine Vorgabe möglicher Ausnahmetatbestände erfolgt in der Vorschrift nicht. Beispielhaft können ein über einen längeren Zeitraum andauernder Auslandsaufenthalt oder eine akute, schwere Erkrankung angeführt werden, die das Versäumen nachvollziehbar erscheinen lassen. Ein entsprechender Nachweis ist der Krankenkasse vorzulegen.

Es gilt zu beachten, dass sich die Neuregelung aufgrund des ausdrücklichen Bezugs auf § 55 Abs. 1 Satz 5 SGB V ausschließlich auf die zusätzliche Erhöhung der Festzuschüsse um weitere 5 v. H. bezieht. Sollte die Zahnvorsorgeuntersuchung also in den letzten 5 Kalenderjahren vor Behandlungsbeginn versäumt worden sein, ist eine Erhöhung der Festzuschüsse ausgeschlossen. Folglich kann das Versäumen einer Zahnvorsorgeuntersuchung in den letzten zehn Jahren erst folgenlos bleiben, sofern für die letzten 5 Kalenderjahre vor Behandlungsbeginn ein lückenloser Nachweis erbracht werden kann.

Ob die Krankenkasse den Ausnahmefall als begründet anerkennt, obliegt gemäß des Gesetzeswortlautes „kann“ ihrem Ermessen. Bei ihrer Entscheidung soll die Krankenkasse die Umstände des Einzelfalles mit den wohlverstandenen Interessen der Versichertengemeinschaft abwägen.

## **3. Härtefallregelungen**

Als Folge der Anhebung der Festzuschüsse war eine Anpassung der Härtefallregelung in § 55 Abs. 2 SGB V sowie der „gleitenden Härtefallregelung“ nach § 55 Abs. 3 SGB V notwendig. Neben dem Festzuschuss in Höhe von nunmehr 60 v. H. wird jeweils ein zusätzlicher Betrag in Höhe von bis zu 40 v. H. von den Krankenkassen ersetzt. Dadurch werden weiterhin maximal die Kosten der jeweiligen Regelversorgung von den Krankenkassen übernommen.

## **4. Inkrafttreten**

Die Neuregelungen treten zum 01.10.2020 in Kraft.

## **5. Übergangsfälle**

Die Neuregelungen zur Erhöhung der Festzuschüsse und zur Bonusregelung sind ab dem Datum des Inkrafttretens umzusetzen. Sie gelten daher für alle zahnärztlichen Versorgungen, bei denen die Heil- und Kostenpläne nach dem 30.09.2020 ausgestellt wurden.

## **6. Weitergehende Informationen**

Derzeit ist geplant, weitere leistungsrechtliche Hinweise zum Umgang mit den Härtefallregelungen im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht rechtzeitig vor Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zu beraten und ein einheitliches Verfahren abzustimmen. Weitere offene gebliebene Umsetzungsfragen werden bei Bedarf in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene beraten.

## § 73 SGB V – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

(1) – (1c) ...

(2) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. – 8. ...

4. **Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen; die Bescheinigung über eine Arbeitsunfähigkeit ist auch auszustellen, wenn die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 übermittelt werden.**

5. – 14. ...

Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, 8, 10, 11 und 14 gilt nicht für Psychotherapeuten; Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht. Satz 1 Nummer 5 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation. Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung. Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 8 und 12.

(3) – (10) ...

Anmerkungen:

### 1. Allgemeines

Durch die Regelung wird gesetzlich klargestellt, dass Versicherte auch bei einer elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine Ausfertigung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten. Hierdurch wird dem Informationsbedürfnis der Versicherten Rechnung getragen, welche hierdurch sowohl Kenntnis über den festgestellten Zeitraum als auch notwendige Wiedervorstellung beim Arzt zur Wahrung der Krankengeldansprüche erlangen.

### 2. Weitergehende Informationen

Die veränderten gesetzlichen Regelungen und deren praktische Auswirkungen werden kurzfristig in das Gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und Verletztengeld nach § 47 SGB VII eingearbeitet und daher hier nicht weitergehend ausgeführt.

## § 74 SGB V – Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen. Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 fest.

Anmerkungen:

### 1. Allgemeines

Mit der gesetzlichen Änderung soll die Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung in einen strukturierten Prozess eingebunden werden. Damit soll gewährleistet werden, dass Versicherte, die für eine stufenweise Wiedereingliederung geeignet sind, diese Maßnahme auch tatsächlich wahrnehmen können. Hierzu sollen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ab einer bescheinigten Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen regelmäßig die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung prüfen. Die Teilnahme an der stufenweisen Wiedereingliederung bleibt für die Versicherten weiterhin freiwillig.

Das Verfahren zur regelmäßigen Prüfung der Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung bis zum 30.11.2019 festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann auch Ausnahmen von der regelmäßigen Prüfung festlegen.

## § 295 SGB V – Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sind verpflichtet,

1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten,
2. - 3. ...

aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die Diagnosen nach Satz 1 Nr. 1 und 2 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 2 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Von Vertragsärzten durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 2 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 4 im Bundesanzeiger bekannt. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 2 und den Prozedureschlüsseln nach Satz 4 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen. Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln; dies gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind.

(1a) - (4) ...

A n m e r k u n g e n:

### 1. Allgemeines

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen werden durch die gesetzliche Regelung ab dem 01.01.2021 verpflichtet, die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Nutzung der Telematikinfrastruktur elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen soll dies erst ab dem Zeitpunkt gelten, zu dem sie an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind.

## **2. Weitergehende Informationen**

Die veränderten gesetzlichen Regelungen und deren praktische Auswirkungen auf den Krankengeldbezug werden kurzfristig in das Gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und Verletztengeld nach § 47 SGB VII eingearbeitet und daher hier nicht weitergehend ausgeführt.

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019 in Berlin

#### 2. § 13 SGB V – Kostenerstattung;

hier: Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V

#### Sachstand:

Gemäß § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden. Kann die Krankenkasse Fristen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 oder Satz 4 SGB V nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 und 2 sowie Satz 4 1. Satzteil bis Satz 7 SGB V).

Mit der Neufassung des gemeinsamen Rundschreibens (GR) zur leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 26.09.2018 haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene umfangreiche Hinweise zur Umsetzung gegeben. Dabei wurden nicht nur entscheidende Rechtsprechungen des 1. und 3. Senats des BSG berücksichtigt, sondern auch wesentliche Aussagen insbesondere zu den Antragsbearbeitungsfristen, den Folgen der Genehmigungsfiktion und der Rücknahme von Verwaltungsakten bei Eintritt der Genehmigungsfiktion getroffen.





In der Beratungsunterlage zu TOP 1 in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 26.09.2018 wurde bereits darauf hingewiesen, das am 11.09.2018 ergangene BSG-Urteil (B 1 KR 1/18 R), welches sich mit der Frage beschäftigt, ob sich Versicherte auf Kosten ihrer Krankenkasse eine fiktiv genehmigte Leistung im Ausland privat besorgen dürfen, bei der nächsten Aktualisierung des GR zu berücksichtigen. Die Urteilsbegründung im Volltext liegt mittlerweile vor, wesentliche Aussagen des Urteils sind identifiziert und können aufgenommen werden.

In zwei weiteren Urteilen zur Genehmigungsfiktion (B 1 KR 23/18 R, B 1 KR 24/18 R) hatte der 1. Senat des BSG am 26.02.2019 im Zusammenhang mit der Kostenerstattung und künftigen Versorgung mit Arzneimitteln ohne Begrenzung auf den Festbetrag nach Eintritt der Genehmigungsfiktion zu entscheiden. Auch hier liegen mittlerweile die Volltextbegründungen vor, so dass eine Aktualisierung des GR zu dieser Thematik erfolgen könnte, um eine einheitliche Umsetzung in der Praxis der Krankenkassen zu gewährleisten.

Leistungsrechtlich bewertet wurde zwischenzeitlich der Ausnahmetatbestand des § 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V im Zusammenhang mit der Versorgung mit Hilfsmitteln, wonach für diese, falls sie den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuzurechnen sind, das Fristenregime des SGB IX Anwendung findet. Aussagen hierüber sind in der aktuellen Fassung des GR zum SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ vom 18.06.2001 in der Fassung vom 01.04.2019 zu finden, so dass eine Harmonisierung mit dem in Rede stehenden GR zu § 13 Abs. 3a SGB V erfolgen könnte.

Daher ist zu überdenken, ob und inwiefern die bisher im gemeinsamen Rundschreiben vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V enthaltenen Aussagen einer Überarbeitung oder Ergänzung bedürfen. Eine Beratung im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht war daher angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass die seit Neufassung des gemeinsamen Rundschreibens (GR) zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V vom 26.09.2018 ergangenen BSG-Rechtsprechungen eine Aktualisierung



sierung notwendig machen und beschließen eine entsprechend aktualisierte Fassung des GR. Insbesondere werden Hinweise zur Genehmigungsfiktion bei im Ausland selbst beschafften Leistungen und zur Kostenerstattung von Arzneimitteln außerhalb der Festbetragsregelung gegeben.

Der aktualisierte Stand des gemeinsamen Rundschreibens ist als Anlage beigefügt, die Anpassungen können der Änderungshistorie entnommen werden.

## **Anlage**



- nicht besetzt -



GKV–Spitzenverband<sup>1</sup>, Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

---

Gemeinsames Rundschreiben vom 26.09.2018 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten in Bezug auf § 13 Abs. 3a SGB V in der Fassung vom 18./19.06.2019

---

---

<sup>1</sup> Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

## Vorwort

Dieses gemeinsame Rundschreiben (GR) vom 26.09.2018 löst das bisherige gemeinsame Rundschreiben der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes zu der leistungsrechtlichen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V vom 15.05.2013 ab.

Die letzte Anpassung des Rundschreibens war aufgrund zahlreicher zwischenzeitlich vom Bundessozialgericht (BSG) ergangener Urteile notwendig geworden. Ein Hauptaugenmerk liegt hierbei insbesondere auf den Fristen zur Antragsbearbeitung, den Folgen der gesetzlichen Genehmigungsfiktion bei Fristüberschreitung und der Rücknahme der fingierten Genehmigung als Verwaltungsakt. Wesentliche Aussagen der bisher ergangenen Urteile des 1. und 3. Senats des BSG zum Eintritt der Genehmigungsfiktion wurden bei der Neufassung des gemeinsamen Rundschreibens zugrunde gelegt. Folgende Urteile wurden bisher berücksichtigt:

- BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R,
- BSG vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R,
- BSG vom 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R und B 1 KR 26/16 R,
- BSG vom 26.09.2017, B 1 KR 6/17 und B 1 KR 8/17 R,
- BSG vom 07.11.2017, B 1 KR 2/17 R, B 1 KR 7/17 R, B 1 KR 15/17 R und B 1 KR 24/17 R,
- BSG vom 15.03.2018, B 3 KR 4/16 R, B 3 KR 18/17 R, B 3 KR 12/17 R und
- BSG vom 24.04.2018, B 1 KR 10/17 R.

Die Notwendigkeit der neuerlichen Aktualisierung des GR ergab sich zum einen durch ein Urteil des BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R zur Selbstbeschaffung einer Leistung im Ausland und zum anderen durch zwei weitere vom 26.02.2019, B 1 KR 23/18 R und B 1 KR 24/18 R in Bezug auf die Übernahme der Mehrkosten oberhalb des Festbetrags bei Versorgung mit Arzneimitteln jeweils in Bezug auf den Eintritt der Genehmigungsfiktion.

Zukünftige Änderungen werden im Rundschreiben regelmäßig aktualisiert und in der Änderungsübersicht kenntlich gemacht. In der Gesamtausgabe des gemeinsamen Rundschreibens wird unter „Stand“ auf das Datum der letzten Änderung hingewiesen. Der Änderungshistorie können in Kurzform der Hintergrund und die betroffene/n Passage/n der Änderung entnommen werden. Soweit dort keine Änderungen vermerkt sind, befindet sich der Text demnach in der jeweiligen Ursprungsfassung. Die in diesem Rundschreiben aufgeführten Beispiele wurden unabhängig von Jahreszahlen gestaltet, so dass kalenderjahresabhängige Änderungen nicht notwendig sind.

Mit diesem Rundschreiben geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene grundlegende Hinweise zu den in diesem Kontext relevanten fachlichen Fragen und Anforderungen, um so eine einheitliche Rechtsanwendung in der Praxis zu gewährleisten.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden im Übrigen in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes sowie der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt.

Das gemeinsame Rundschreiben vom 26.09.2018 in der Fassung vom 18./19.06.2019 löst das bisherige gemeinsame Rundschreiben vom 26.09.2018 ab.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Änderungsübersicht .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Gesetzliche Grundlagen .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Allgemeines .....</b>	<b>8</b>
<b>4. Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V .....</b>	<b>9</b>
4.1 Sozialleistungen .....	9
4.2 Keine Sozialleistungen .....	10
4.3 Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen .....	12
4.4 Von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfasste Sozialleistungen .....	22
4.4.1 Auf Geldleistung ausgerichtete Leistungsansprüche .....	22
4.4.2 Leistungen im Rahmen des Verwaltungshandelns .....	23
4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung .....	23
4.4.4 Langfristiger Heilmittelbedarf .....	23
4.4.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	24
4.4.6 Leistungen außerhalb des SGB V .....	24
<b>5. Leistungsberechtigte .....</b>	<b>25</b>
<b>6. Antrag .....</b>	<b>26</b>
6.1 Formerfordernis .....	26
6.2 Sonstige Anforderungen .....	26
6.3 Hinreichend bestimmter Antrag .....	27
6.4 Zugang des Antrags .....	28
6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden .....	28
6.4.2 Antragszugang unter Abwesenden .....	28
6.4.2.1 Brief .....	28
6.4.2.2 Telefax .....	29
6.4.2.3 Elektronische Willenserklärung .....	29
6.4.2.4 Anrufbeantworter .....	30
<b>7. Gutachtliche Stellungnahme .....</b>	<b>31</b>
7.1 Gutachtliche Stellungnahme durch den MDK .....	31
7.2 Gutachterverfahren Psychotherapie .....	32
7.3 Zahnärztliche Gutachterverfahren .....	33
<b>8. Leistungsentscheidung .....</b>	<b>34</b>
8.1 Bevollmächtigter .....	34
8.2 Form .....	35

8.3	<b>Bekanntgabe</b> .....	35
8.3.1	Schriftlicher Verwaltungsakt .....	35
8.3.2	Abruf eines elektronischen Verwaltungsaktes .....	35
9.	<b>Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V</b> .....	37
9.1	Definition eines hinreichenden Grundes .....	37
9.2	Form der Mitteilung eines hinreichenden Grundes .....	37
9.3	Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes .....	38
9.4	Hinreichende Gründe .....	38
9.5	Taggenaue Fristverlängerung (Prognose) .....	41
10.	<b>Fristenberechnung</b> .....	43
11.	<b>Genehmigungsfiktion</b> .....	46
12.	<b>Folgen der Genehmigungsfiktion</b> .....	48
12.1	Naturalleistungsanspruch .....	48
12.2	Kostenerstattung .....	49
12.2.1	Selbstbeschaffung .....	49
12.2.2	Selbstbeschaffung im Ausland .....	49
12.2.3	Wirksame Kostenbelastung und Höhe der Kostenerstattung .....	50
12.3	Kostenfreistellung .....	51
12.4	Kostenübernahme .....	51
13.	<b>Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion</b> .....	52
13.1	Aufhebung der fingierten Genehmigung .....	52
13.2	Erledigung auf andere Weise .....	53
14.	<b>Inkrafttreten/Übergangsregelung</b> .....	54



## Änderungsübersicht

## 1. Änderungsübersicht

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
26.09.2018	Neufassung
18./19.06.2019	Inhaltsverzeichnis und Fußnoten aktualisiert
	Vorwort ergänzt um neue BSG-Rechtsprechung und redaktionell überarbeitet
	Gesamtes Rundschreiben redaktionell überarbeitet
	Abschnitt 4.3, Nr. 20 – Arzneimittel [ergänzt]: Aussagen zu besonderer Versorgung und Mehrkosten oberhalb des Festbetrags in atypischen Fällen ergänzt
	Abschnitt 4.3, Nr.22 – Hilfsmittel [ergänzt]: Leistungsrechtliche Aussagen zur Einordnung der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Unterscheidung des Fristenregimes nach dem SGB V und dem SGB IX eingearbeitet
	Abschnitt 6.3 – Hinreichend bestimmter Antrag [ergänzt]: Aussagen zur Wirkung der Genehmigungsfiktion bei vertragsärztlicher Folgeverordnung von Arzneimitteln mit Mehrkosten oberhalb Festbetrag aufgenommen
	Abschnitt 12.2.2 – Selbstbeschaffung im Ausland [neu]: Aussagen zur Selbstbeschaffung von fiktiv genehmigten Leistungen im Ausland eingefügt

## 2. Gesetzliche Grundlagen

### § 13 SGB V – Kostenerstattung

(1) bis (3) ...

(3a) 1Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. 2Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. 3Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. 4Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. 5Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. 6Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. 7Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. 8Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. 9Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) bis (6) ...

Allgemeines

### 3. Allgemeines

Die Vorschrift bezweckt die Beschleunigung der Bewilligungs-/Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen. Dies dient zum einen der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen, zum anderen erhalten die Versicherten bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen in kurzer Zeit ihre Leistungen. Damit wird die in § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I normierte allgemeine Pflicht der Leistungsträger konkretisiert, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält.

Bei nicht rechtzeitiger Leistungsentscheidung innerhalb der jeweiligen Fristen und fehlender Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Verzögerung durch die Krankenkasse gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Genehmigungsfiktion). Die Versicherten können sich dann eine aus ihrer subjektiven Sicht erforderliche Leistung selbst beschaffen und sich die hierdurch entstandenen Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen. Eine Inanspruchnahme als Naturalleistung ist auch möglich, wenn Versicherte sich die Leistung nicht erst auf eigene Kosten selbst beschaffen können oder möchten. Bei der Vorschrift handelt es sich folglich um eine Regelung, die eine Sanktionsmöglichkeit des Versicherten gegen die Krankenkasse darstellt, die nicht in einem vom Gesetzgeber als angemessen erwogenem Zeitraum über den Leistungsantrag entscheidet oder den Versicherten nicht, nicht rechtzeitig oder unzureichend über die Hinderungsgründe informiert hat.

Sozialleistungen, die nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst werden, sind nach der sich aus der allgemeinen Vorschrift des § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I ergebenden Pflicht in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig zu gewähren.

Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

## 4. Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V bezieht sich grundsätzlich auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wobei es sich dem Grunde nach nur um Sozialleistungen handeln kann. Hiervon können sowohl Gesetzes- als auch Satzungsleistungen erfasst sein. Unerheblich ist ebenfalls, ob es sich um Rechtsanspruchsleistungen (vgl. § 38 SGB I) oder Ermessensleistungen (vgl. § 39 SGB I) handelt.

Der Anwendungsbereich dieser Norm umfasst allerdings im Falle der Genehmigungsfiktion auch die Leistungen, die der Leistungsberechtigte aus subjektiver Sicht für medizinisch erforderlich halten darf und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskataloges der GKV liegen. Hierbei muss es sich nicht zwingend um Sozialleistungen handeln. Daher ist es notwendig, dass die Krankenkassen ihre Prozesse so gestalten, dass grundsätzlich alle Anträge auf Leistungen ihrer Versicherten frühzeitig bearbeitet werden können, um Sanktionen in Form der Genehmigungsfiktion zu vermeiden.

### 4.1 Sozialleistungen

Gemäß § 37 Satz 1 und 2 SGB I ist der Begriff der Sozialleistung auch für die anderen Sozialleistungsbereiche des Sozialgesetzbuchs verbindlich in § 11 SGB I definiert, so dass die Definition neben dem SGB I somit u. a. auch für das SGB V gilt.

Gegenstand der sozialen Rechte sind die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Sozialleistungen (vgl. § 11 Satz 1 SGB I). § 4 Abs. 2 SGB I sieht als soziales Recht vor, dass gesetzlich Krankenversicherte ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sowie auf wirtschaftliche Sicherung bei Krankheit und Mutterschaft haben, wobei gemäß § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB I Ansprüche nur insoweit geltend gemacht oder hergeleitet werden können, als deren Voraussetzungen und Inhalt durch die Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuchs im Einzelnen bestimmt sind. Die Definition des Begriffs „Sozialleistungen“ umfasst somit alle Vorteile, die nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuchs zur Verwirklichung sozialer Rechte dem Einzelnen zugutekommen sollen, also eine vorteilhafte Rechtsposition begründen. Die §§ 21, 21b und (teilweise) § 29 SGB I weisen die von der GKV zu erbringenden Leistungen aus, wobei die Aufzählung nicht als abschließend anzusehen ist. Vielmehr beschränkt sich die Darstellung auf die wichtigen Sozialleistungen der einzelnen Bereiche, um den mit ihr verfolgten Zweck zu erreichen.

Sozialleistungen bestehen nach § 11 Satz 1 SGB I aus Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Die Vorschrift stellt klar, wie die u. a. in § 4 SGB I formulierten sozialen Rechte sich für den Einzelnen verwirklichen. Geldleistungen realisieren sich in der Zahlung eines Geldbetrages, bei Sachleistungen erhält der Empfänger Sachen zur Verfügung gestellt und Dienstleistungen sind alle Formen

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

persönlicher Betreuung und Hilfe. Die Abgrenzung zwischen Dienst- und Sachleistungen kann im Einzelfall problematisch sein, wenn fraglich ist, ob der Schwerpunkt der Sozialleistung darin besteht, dass dem Empfänger Sachen oder Dienste zur Verfügung gestellt werden. Der Begriff der Dienstleistung ist umfassend. Die Zuordnung der einzelnen Sozialleistungen nach § 11 SGB I richtet sich somit nach der Form, in der die Leistung erbracht wird. Für die GKV ist im Ersten Kapitel unter Allgemeine Vorschriften in § 2 Abs. 2 Satz 1 und 3 SGB V vorgesehen, dass die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen erhalten, soweit das SGB V oder das SGB IX nichts Abweichendes vorsehen, wobei die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern schließen. Damit gilt für den Bereich der GKV grundsätzlich das Naturalleistungsprinzip. Hiervon abweichend ist im SGB V jedoch auch die Erbringung von Geldleistungen vorgesehen.

### 4.2 Keine Sozialleistungen

Leistungen, die keine Sozialleistungen im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I sind, sind von vornherein nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Hierbei handelt es sich u. a. um folgende Fallgestaltungen:

- Keine Sozialleistung im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I stellt die **Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V** dar, da die Krankenkassen die Träger der Unfallversicherung und somit einen anderen Leistungsträger und nicht den einzelnen Versicherten unterstützen. Die in § 20c Abs. 1 Satz 3 SGB V vorgesehene **Meldung an die für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und den Unfallversicherungsträger** bei Annahme, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, weist zwar einen individuellen Versichertenbezug aus, begründet jedoch keine vorteilhafte Rechtsposition durch die Krankenkasse, da für die Leistungsgewährung der jeweilige Träger der Unfallversicherung zuständig ist.
- Bei der **Selbsthilfeförderung nach § 20h SGB V** handelt es sich ebenfalls nicht um eine Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, da die finanzielle Förderung den Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen gewährt wird und nicht gegenüber dem einzelnen (betroffenen) Versicherten erfolgt. Des Weiteren handelt es sich auch nicht um eine mittelbare Finanzierung von Leistungen, da sich die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände u. a. an der Gesamtzahl ihrer Versicherten orientieren und somit ohne konkreten individuellen Versichertenbezug sind (vgl. § 20h Abs. 3 Satz 1 SGB V).
- Dies gilt gleichermaßen für die **Förderung ambulanter Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V**. Auch diese Leistung ist auf die finanzielle Förderung einer Struktur ehrenamtlicher Hilfen ausgerichtet und wird nicht gegenüber dem einzelnen (betroffenen) Versicherten gewährt. Die Leistung wird von den Krankenkassen gemeinschaftlich anhand der jeweiligen Versichertenanteile finanziert.

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

- Bei der **Erstattung zu viel gezahlter Zuzahlungen nach § 62 SGB V** handelt es sich um einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch und somit um die Rückgängigmachung einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung. Demgemäß handelt es sich nicht um eine dem Einzelnen zur Verwirklichung seiner sozialen Rechte nach den Vorschriften des SGB gewährte Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, so dass § 13 Abs. 3a SGB V nicht – auch nicht in analoger Anwendung – greift. Dies gilt gleichermaßen auch für die **anderweitige Erstattung von Zuzahlungen** an Versicherte, z. B. bei zu Unrecht gezahlter Zuzahlung zur vollstationären Krankenhausbehandlung über den 28. Tag im Kalenderjahr hinaus.
- **Leistungen bei Beschäftigung im Ausland nach § 17 Abs. 1 SGB V** erhalten die Mitglieder und ihre nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen nicht von der Krankenkasse, sondern vom Arbeitgeber des im Ausland beschäftigten Mitglieds, so dass nicht die Krankenkasse, sondern der Arbeitgeber leistungspflichtig ist. Die Erstattung der dem Arbeitgeber hierdurch entstandenen Kosten durch die Krankenkasse gemäß § 17 Abs. 2 bzw. 3 SGB V ist nicht als Sozialleistung einzuordnen, sondern verfügt über den Charakter eines Erstattungsanspruchs des (vor-) leistungspflichtigen Trägers (Arbeitgeber) gegenüber der (insoweit) letztlich zuständigen Krankenkasse. Dies gilt auch, wenn der Arbeitgeber seinen Erstattungsanspruch an den Versicherten wirksam – also mit Zustimmung der Krankenkasse – abgetreten hat und der Versicherte anstelle des Arbeitgebers die Erstattung der selbstgetragenen Kosten gegenüber der Krankenkasse begehrt, da sich die Rechtsnatur der Forderung (Erstattungsanspruch) nicht ändert und der Versicherte insoweit „lediglich“ an die Stelle des Arbeitgebers tritt.

Bei Verweigerung einer Leistungsgewährung durch den Arbeitgeber wandelt sich der Sachleistungsanspruch des Versicherten allerdings in einen (systemversagensbezogenen) Kostenerstattungsanspruch um, der durch den Versicherten auch unmittelbar gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht werden kann. In diesen Fällen handelt es sich um die Geltendmachung von Sozialleistungsansprüchen.

Auch in Fällen einer unmittelbaren Inanspruchnahme der Krankenkasse durch den Versicherten ohne Abtretungserklärung des Arbeitgebers und diesbezügliche Zustimmung der Krankenkasse ist – obwohl höchstrichterlich bislang noch nicht eindeutig entschieden – anzunehmen, dass die Krankenkasse insoweit an die Stelle des Arbeitgebers tritt und es sich somit um die Realisierung von Sozialleistungsansprüchen handelt. Gleichwohl greift in beiden Fällen nicht die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V (siehe hierzu Abschnitt 4.3.).

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

- **Bonuszahlungen** für gesundheitsbewusstes Verhalten **nach § 65a Abs. 2 SGB V an den Arbeitgeber** sind keine Sozialleistungen im Sinne des § 11 Satz 1 SGB I, da es sich nicht um Zahlungen an den Versicherten handelt.
- Die **finanzielle Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V durch den GKV-Spitzenverband** ist ebenfalls keine Sozialleistung nach § 11 Satz 1 SGB I, da sie nicht gegenüber dem einzelnen (betroffenen) Versicherten erfolgt. Des Weiteren handelt es sich auch nicht um eine mittelbare Finanzierung von Leistungen, da sich die von den Krankenkassen aufzubringende Umlage an der Gesamtzahl ihrer Mitglieder auf Basis der KM6-Statistik bestimmt und somit ohne konkreten individuellen Versichertenbezug ist (vgl. § 65b Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V).

### 4.3 Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasste Sozialleistungen

§ 13 Abs. 1 SGB V regelt allgemein, dass die Erstattung von Kosten – als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip – nur anstelle von Sach- oder Dienstleistungen (§ 2 Abs. 2 SGB V) erfolgen darf, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsehen. Hierauf aufbauend stellt die Kostenerstattungsregelung nach § 13 Abs. 3a SGB V die Spezialvorschrift dar, wobei der Anwendungsbereich bereits aufgrund der Rahmenvorgabe des § 13 Abs. 1 SGB V grundsätzlich auf Sach- oder Dienstleistungen beschränkt ist.

Allerdings muss § 13 Abs. 3a SGB V grundsätzlich auch für Leistungen zur Anwendung gelangen,

1. die dem Grunde nach als Sach- oder Dienstleistungen vorgesehen sind,
  - a. für die jedoch – als Ausnahme vom Naturalleistungsprinzip gemäß § 13 Abs. 1 SGB V – ein Anspruch auf Erstattung von Kosten bestehen kann – sachleistungsersetzende Kostenerstattung (z. B. selbstbeschaffte Ersatzkraft bei Haushaltshilfe nach § 38 SGB V) oder
  - b. die dem Leistungsberechtigten auf Antrag im Rahmen eines Persönlichen Budgets in Geld nach § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, § 29 SGB IX (siehe jedoch nachfolgende Ausführungen unter Nr. 33 und Abschnitt 4.4.5 zur Leistung zur medizinischen Rehabilitation und zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget), bzw.
2. die dem Leistungsberechtigten in Form eines Zuschusses mit dem Ziel der Inanspruchnahme einer Naturalleistung gewährt werden (z. B. Festzuschuss für eine Zahnersatzversorgung nach § 55 Abs. 5 SGB V).

Hierbei handelt es sich zwar um Geldleistungen. Nach der gesetzlichen Intention (Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens) ist § 13 Abs. 3a SGB V jedoch so auszulegen, dass die Vorschrift grundsätzlich auch in diesen Fällen zu gelten hat und die eingrenzende Rahmenvorgabe des § 13 Abs. 1 SGB V insoweit durchbrochen wird.

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

§ 13 Abs. 3a SGB V kann nur bei Leistungen greifen, die vor ihrer Durchführung einer Genehmigung durch die Krankenkasse unterliegen bzw. der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden. Die ggf. bestehende vorherige Genehmigungspflicht von Leistungen wird durch die Kostenerstattungsregelungen nicht berührt oder sogar noch ausdrücklich gesetzlich normiert (vgl. § 13 Abs. 2 Satz 5 oder § 13 Abs. 5 SGB V).

Fälle, in denen sich Versicherte die – dem Grunde nach als Sach- oder Dienstleistung vorgesehene – Leistung selbst beschaffen und nunmehr eine Erstattung der Kosten beantragen, sind jedoch nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Nach der Intention des Gesetzgebers soll mit § 13 Abs. 3a SGB V die Beschleunigung der Leistungsentscheidung bzw. die zeitnahe –inanspruchnahme bewirkt werden. Als Sanktion ist die Möglichkeit der Selbstbeschaffung der erforderlichen Leistung und Erstattung der dadurch entstandenen Kosten oder die Inanspruchnahme als Naturalleistung vorgesehen (siehe Abschnitt 12). Im Falle des Antrags auf Erstattung der Kosten ist die Leistungs-inanspruchnahme jedoch bereits erfolgt, so dass die Leistung gerade nicht mehr selbst beschafft werden muss. Dies gilt gleichermaßen für den Fall, dass der Arbeitgeber die Leistungsgewährung nach § 17 Abs. 1 SGB V verweigert oder der Versicherte unmittelbar – also ohne vorherige Einschaltung des Arbeitgebers – die Erstattung der entstandenen Kosten aufgrund selbstbeschaffter Sozialleistungen gegenüber der Krankenkasse beantragt.

Von § 13 Abs. 3a SGB V sind erfasst:

1. Leistungen, die der Genehmigungspflicht unterliegen und von Versicherten, die **Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V** gewählt haben, beantragt werden (z. B. künstliche Befruchtung, Zahnersatz),
2. **Inanspruchnahme von Leistungen** durch nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer aufgrund medizinischer oder sozialer Gründe bei Gewährleistung einer zumindest gleichwertigen Versorgung **nach § 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V**,
3. **Außervertragliche Leistungen (z. B. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)**, soweit die Leistung nicht unaufschiebbar ist (vgl. § 13 Abs. 3 SGB V),
4. **Inanspruchnahme von Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder der Schweiz** im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 SGB V, die nach deutschen Vorgaben der vorherigen Genehmigungspflicht unterliegen (z. B. Künstliche Befruchtung, Zahnersatzversorgung),



## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

5. **Behandlung in einem anderen EU-/EWR-Staat** nach § 13 Abs. 4 Satz 6 und Abs. 6 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 2 SGB V,
6. **Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz** nach § 13 Abs. 5 SGB V,
7. Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der **Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V**, die der vorherigen Genehmigungspflicht unterliegen,
8. **Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den EWR** nach § 18 Abs. 1 und 2 i. V. m. § 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V,
9. Einholung der Zustimmung zur **Kostenübernahme nach § 18 Abs. 3 SGB V**,
10. **Medizinische Vorsorgeleistungen** nach § 23 SGB V,
11. **Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter** nach § 24 SGB V,
12. **Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation nach § 24b SGB V als Krankenhausbehandlung**,

Anmerkung:

Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist nur die Beantragung des stationären Schwangerschaftsabbruchs bzw. der stationären Sterilisation vor Beginn der Krankenhausbehandlung (siehe Anmerkung zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V).

Für die nach § 24b Abs. 3 und 4 SGB V von der Leistungspflicht der GKV ausgenommenen Leistungen bei einem unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch kann ggf. ein Anspruch nach dem 5. Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen) bestehen, der jedoch nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist (siehe Abschnitt 4.4.6).

13. **Künstliche Befruchtung** nach § 27a SGB V,

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

14. **Humangenetische Leistungen** im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach § 28 Abs. 1 SGB V,

Anmerkung:

Leistungen der ärztlichen Behandlung unterliegen in der Regel keiner Genehmigungspflicht und werden nicht von § 13 Abs. 3a SGB V umfasst. Eine Ausnahme hiervon bilden die vom Bewertungsausschuss zur Weiterentwicklung humangenetischer Leistungen eingeführten Gebührenordnungspositionen 11449 (monogene Erkrankungen), 11514 (syndromale oder seltene Erkrankungen) und 19425 (krankheitsrelevante oder krankheitsauslösende somatische genomische Mutation) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die nur berechnungsfähig sind, sofern eine vorherige Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse vorliegt.

15. **Psychotherapie** nach § 28 Abs. 3 SGB V,

Ausnahme:

Probatorische Sitzungen (§ 12 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie [Psychotherapie-Richtlinie], § 14 Abs. 2 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä) sowie andere Leistungen (z. B. EBM-GOP 35100 Diagnostik, EBM-GOP 35110 Intervention), auch wenn sie während einer laufenden Psychotherapie anfallen, sind gegebenenfalls über die elektronische Gesundheitskarte oder den Abrechnungs- bzw. Überweisungsschein abzurechnen (vgl. § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä bzw. EKV). Nicht erfasst von § 13 Abs. 3a SGB V sind auch die psychotherapeutische Sprechstunde (§ 11 Abs. 1 Psychotherapie-Richtlinie, § 14 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä) und die psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 13 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie, § 15 Abs. 1 Psychotherapie-Vereinbarung der Anlage 1 des BMV-Ä).

16. **Implantologische Leistungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V,

17. **Parodontologische Leistungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V,

Ausnahme:

- a. Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen (vgl. Abschnitt 5.2.1 der Anlage 1 und § 1 Abs. 2 der Anlage 5 BMV-Z).
- b. Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt (vgl. § 1 Abs. 3 der Anlage 5 BMV-Z).

18. **Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen** nach § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V,

Ausnahme:

Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen (vgl. Abschnitt 3.1, 3.1.1 und 3.1.2 der Anlage 1 BMV-Z).

19. **Kieferorthopädische Behandlung** nach § 29 SGB V (einschließlich Anträge auf Therapieänderung und Verlängerung sowie kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich zahntechnischer Leistungen, die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen),

Ausnahme:

Stellt der Zahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster des Vordrucks 4b der Anlage 14a zum BMV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 1 der Anlage 4 BMV-Z). Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme dieser Mitteilung ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten (vgl. § 2 Abs. 4 Satz 1 der Anlage 4 BMV-Z). Dieser Sachverhalt ist nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da der Zahnarzt bereits vor Einschaltung der Krankenkasse entschieden hat, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht besteht. Die Mitteilung des Zahnarztes ist lediglich als Information zu werten und stellt keinen Antrag des Versicherten zur Überprüfung der Entscheidung des Zahnarztes dar. Auch die evtl. Einleitung eines Gutachtens durch die Krankenkasse ändert hieran nichts. Etwas Anderes gilt nur, wenn der Versicherte – nach der Mitteilung des Zahnarztes – nochmal ausdrücklich einen Antrag auf die begehrte kieferorthopädische Behandlung bei der Krankenkasse stellt.

20. **Arzneimittel** nach § 31 SGB V

Anmerkung:

Bei Vorliegen eines Leistungsanspruchs der Versicherten unterliegt die Verordnung apothekenpflichtiger Arzneimittel in der Regel keiner Genehmigungspflicht (§ 29 BMV-Ä) und fällt nicht unter das Regime des § 13 Abs. 3a SGB V. Dies gilt nicht bei der Verordnung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsgebietes (Off-Label-Use) sowie bei

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

Importarzneimitteln nach § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG). Hier kann die Krankenkasse im Vorfeld eingeschaltet werden bzw. ist aufgrund entsprechender vertraglicher Verpflichtungen im Vorfeld einzuschalten. In diesen Fällen ist § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Eine Besonderheit besteht auch bei der Verordnung von Festbetragsarzneimitteln. Hier kann der Versicherte bei Vorliegen eines atypischen Ausnahmefalls, in dem aufgrund ungewöhnlicher Individualverhältnisse eine ausreichende Versorgung zum Festbetrag nicht möglich ist, die Übernahme der Mehrkosten oberhalb des Festbetrags bei seiner Krankenkasse beantragen. Ein derartiger Fall kann vorliegen, wenn die festbetragsgebundenen Arzneimittel objektiv festgestellte unerwünschte Nebenwirkungen im Sinne einer wesentlichen Bedingung verursachen, die die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit erreichen. In diesen Fällen ist ebenfalls § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Eine weitere Besonderheit gibt es bei der Verordnung von Cannabis nach § 31 Abs. 6 SGB V. Hier hat die Krankenkasse bei der ersten Verordnung vor Beginn der Leistung eine Genehmigung unter Beachtung des § 13 Abs. 3a SGB V zu erteilen. Wird die Leistung jedoch im Rahmen der Versorgung nach § 37b SGB V (SAPV) verordnet, ist abweichend von der Fristenregelung des § 13 Abs. 3a SGB V über den Antrag innerhalb von drei Tagen nach Antragseingang zu entscheiden. Dies gilt auch bei einer vertragsärztlichen Verordnung im unmittelbaren Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt und erstreckt sich auch auf Verordnungen, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V ausgestellt werden. Weitere Verordnungen zur Anpassung der Dosierung von Cannabis oder, um zwischen getrockneten Cannabisblüten oder zwischen Cannabisextrakten in standardisierter Qualität zu wechseln, bedürfen keiner erneuten Genehmigung. Im Weiteren ist auch hier § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

21. **Heilmittel** nach § 32 SGB VAusnahme:

- a. Bei der Heilmittelversorgung bedürfen die **Verordnungen innerhalb des** im Heilmittelkatalog definierten **Regelfalls** keiner Genehmigung. Derartige Leistungen kann der Versicherte unabhängig von einer Entscheidung der Krankenkasse immer direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch nehmen.
- b. **Verordnungen außerhalb des Regelfalls** sind der zuständigen Krankenkasse ebenfalls nicht zur Genehmigung vorzulegen, sofern diese **auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet** hat. Der Verzicht auf ein Genehmigungsverfahren hat die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung (vgl. § 8 Abs. 4 Satz 1 und 3 der Heilmittel-Richtlinie), die Leistung kann direkt bei allen zugelassenen Leistungserbringern in Anspruch genommen werden.

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

Anmerkung:

Wird bei **Verordnungen außerhalb des Regelfalls** ein **Genehmigungsverfahren durchgeführt**, hat die Krankenkasse nach Vorlage der Verordnung die Kosten des Heilmittels unabhängig vom Ergebnis der Entscheidung über den Genehmigungsantrag zunächst zu übernehmen, längstens jedoch bis zum Zugang einer Entscheidung über die Ablehnung der Genehmigung (vgl. § 8 Abs. 4 Satz 2 der Heilmittel-Richtlinie). Somit nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

Zu den nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfassten **Anträgen auf Genehmigung langfristig notwendiger Heilmittel** nach § 32 Abs. 1a SGB V siehe Abschnitt 4.4.

22. **Hilfsmittel** nach § 24e bzw. § 33 SGB V,Ausnahme:

Zu bestimmten Produkten (z. B. Bandagen, Kompressionsstrümpfe) bestehen Genehmigungsfreigrenzen; das heißt, die Krankenkassen verzichten gemäß entsprechender vertraglicher Vereinbarungen auf eine vorherige Leistungsbewilligung.

Anmerkung:

Es kann vertraglich vereinbart sein, dass Hilfsmittel trotz bestehender vorheriger Genehmigungspflicht vorab geliefert werden dürfen. In diesen Fällen nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen somit bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den vertraglichen Regelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V findet grds. bei der Versorgung mit Hilfsmitteln Anwendung, die zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V bestimmt sind. Eine Hilfsmittelversorgung, die dem Behinderungsausgleich oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dient, fällt unter das Fristenregime nach dem SGB IX. In diesem Zusammenhang wird auf das GR zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) vom 18.06.2001 in der Fassung vom 01.04.2019 verwiesen.

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

23. **Häusliche Pflege** nach § 24g SGB V bzw. **Häusliche Krankenpflege** nach § 37 SGB V,Anmerkung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs. 4 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 6 Abs. 6 Satz 1 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie). Somit nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

24. **Soziotherapie** nach § 37a SGB V,Anmerkung:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132b Abs. 1 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 9 Abs. 3 der Soziotherapie-Richtlinien). Somit nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Beschaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

25. **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung** nach § 37b SGB V,Anmerkung:

Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und vom Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl. § 8 Satz 1 der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungs-Richtlinie). Somit nimmt der Leistungsberechtigte die Leistungen in diesen Fällen bereits in Anspruch, so dass der Bedarf für die Be-

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

schaffung der Leistung nicht mehr besteht. Aufgrund der bisher nicht höchstrichterlich entschiedenen Konsequenzen aus der Regelungskonkurrenz des § 13 Abs. 3a SGB V einerseits und den Richtlinienregelungen andererseits wird allerdings empfohlen, die Leistungsentscheidung innerhalb der jeweils vorgesehenen Frist zu treffen und dem Leistungsberechtigten zu übermitteln.

26. **Haushaltshilfe** nach § 24h bzw. § 38 SGB V,

27. **Entbindung** nach § 24f SGB V bzw. **Krankenhausbehandlung** nach § 39 SGB V,

Anmerkung:

Die Entscheidungsabläufe bei der Inanspruchnahme zur Krankenhausbehandlung sind unterschiedlich, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren befasst wird. Beantragt der Versicherte vorab die Genehmigung einer gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 i. V. m. Abs. 4 SGB V vertragsärztlich verordneten Krankenhausbehandlung, so entscheidet die Krankenkasse ihm gegenüber durch Verwaltungsakt. Wird er dagegen, wie zumeist, wegen einer akuten Erkrankung oder eines Krankheitsverdachts ohne vorherige Konsultation der Krankenkasse stationär aufgenommen, so entscheidet diese über den Behandlungsanspruch lediglich indirekt, indem sie, erforderlichenfalls nach Einschaltung des MDK, dem die Leistung erbringenden Krankenhaus eine – ggf. befristete – Kostenzusage (Kostenübernahmeerklärung) erteilt. Dieser Vorgang wiederholt sich, wenn zu einem späteren Zeitpunkt über eine Verlängerung des Krankenhausaufenthalts zu befinden ist.

Für eine Entbindung nach § 24f SGB V ist eine vertragsärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V nicht vorgesehen. Die Versicherte hat ein Wahlrecht bezüglich des Entbindungsortes und benötigt hierfür grundsätzlich keine Kostenzusage ihrer Krankenkasse. Beantragt sie dennoch im Vorfeld die Kostenübernahme für eine Entbindung, so entscheidet auch in diesem Fall die Krankenkasse über den Antrag und erlässt gegenüber der Versicherten einen Verwaltungsakt.

Von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst ist nur die Beantragung der Krankenhausbehandlung oder der Entbindung durch den/die Versicherte/n vor Beginn der Krankenhausbehandlung bzw. Entbindung. In den übrigen Fällen nimmt der/die Versicherte die Krankenhausbehandlung oder Entbindung bereits in Anspruch, so dass die Notwendigkeit für eine Selbstbeschaffung nicht mehr besteht. Demgemäß sind Überprüfungen im Rahmen des § 275 Abs. 1c SGB V ebenfalls nicht erfasst.

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

28. **Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen** an Versicherte nach § 39a Abs. 1 SGB V,
29. **Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit** gemäß § 39c SGB V,
30. **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation** nach § 43 SGB V,

Ausnahme:

Nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sind die in § 43 SGB V in Bezug genommenen Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 sowie § 73 und § 74 SGB IX (siehe Abschnitt 4.4.5).

31. **Zahnersatz** nach § 55 SGB V,

Ausnahme:

- a. Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0 – 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind nicht bewilligungsbedürftig (vgl. Abschnitt 5. und 7.c) der Anlage 2 zum BMV-Z sowie § 1 Abs. 2 der Anlage 6 des BMV-Z), wobei hierzu abweichende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene existieren.
- b. Nicht bewilligungsbedürftig ist auch der sich während der Zahnersatzversorgung ergebende notwendige Stiftaufbau nach den Befunden 1.4 und 1.5 der Festzuschuss-Richtlinie (vgl. § 1 Abs. 2 der Anlage 6 BMV-Z), wobei hierzu abweichende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene existieren.
- c. Hinweise des Versicherten auf eine mangelhafte Zahnersatzversorgung, die die Krankenkasse zur Einholung eines Mängelgutachtens veranlasst, sind nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da es sich hierbei zum einen nicht um einen Leistungsantrag des Versicherten handelt und es zum anderen um die Prüfung einer bereits gewährten Leistung geht. Aufgrund einer mangelhaften Zahnersatzversorgung erfolgte Anträge der Leistungsberechtigten auf eine Neuversorgung – ggf. auch innerhalb der Gewährleistungsfrist nach § 137 Abs. 4 SGB V – sind hingegen von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst.

32. **Fahrkosten** nach § 60 SGB V, soweit eine vorherige Genehmigungspflicht besteht,

Ausnahme:

Fälle, in denen Versicherte – ggf. nach vorheriger Genehmigung – eine Erstattung der entstandenen Kosten für Fahrten beantragen, die mit dem öffentlichen Verkehrsmittel, dem PKW oder Taxi durchgeführt wurden, sind ebenfalls nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst. Nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sind des Weiteren die Fahr- und Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V (siehe Abschnitt 4.4.5.).



## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

33. Leistungen im Rahmen eines **Persönlichen Budgets** (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V, § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, § 29 SGB IX).

Anmerkung:

Auf beantragte Leistungen im Rahmen eines trägerspezifischen persönlichen Budgets sowie auf beantragte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets ist § 13 Abs. 3a SGB V anwendbar, soweit es sich nicht um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt. Zur Anwendbarkeit der §§ 14 bis 24 SGB IX in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und trägerübergreifende persönliche Budgets siehe Abschnitt 4.4.5. Wird die Einbindung einer Leistung zur Krankenbehandlung in ein trägerübergreifendes persönliches Budget beantragt, so findet auf diese beantragte Leistung § 13 Abs. 3a SGB V Anwendung.

Darüber hinaus besteht zu bestimmten Leistungen zwar keine ausdrückliche Genehmigungspflicht. Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass **Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung einen Antrag bei der Krankenkasse stellen (z. B. Präventionsleistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V)**. Auch in solchen Fällen gilt § 13 Abs. 3a SGB V.

#### 4.4 Von § 13 Abs. 3a SGB V nicht erfasste Sozialleistungen

##### 4.4.1 Auf Geldleistung ausgerichtete Leistungsansprüche

§ 13 Abs. 3a SGB V gilt für solche Geldleistungen nicht, die eine finanzielle Absicherung bewirken oder die auf die Zahlung oder Erstattung eines Geldbetrages ohne Sicherstellung der Inanspruchnahme einer Naturalleistung gerichtet sind. Hätte § 13 Abs. 3a SGB V generell auch für Geldleistungen nach dem SGB V gelten sollen, hätte es gerade vor dem Hintergrund des in § 13 Abs. 1 SGB V verankerten Grundsatzes (Erstattung von Kosten nur anstelle von Sach- oder Dienstleistungen) eines klaren Hinweises in der Gesetzesbegründung zu § 13 Abs. 3a SGB V bedurft. Da die Gesetzesmaterialien hierzu jedoch keine Aussagen treffen, kann sich daraus letztlich nur die Konsequenz ableiten lassen, dass Geldleistungen grundsätzlich nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst sein sollen.

Diese Auffassung wurde mittlerweile durch das BSG bestätigt. Die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V findet danach keine Anwendung bei allen Leistungsansprüchen, die unmittelbar auf eine Geldleistung ausgerichtet sind (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R).

Dazu gehören

- bei **stationärer Behandlung des Versicherten die Erstattung des Verdienstauffalls** nach § 11 Abs. 3 SGB V bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten,

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

- **Anträge auf Kostenerstattung** nach § 13 Abs. 2 und 3 SGB V (zur Anwendbarkeit des § 13 Abs. 3a SGB V auf Genehmigungsverfahren im Rahmen der Kostenerstattung siehe Abschnitt 4.3),
- **Mutterschaftsgeld** nach § 24i SGB V,
- bei **Dialyse die Erstattung des Verdienstausfalls** nach § 43 SGB V,
- **Krankengeld** nach den §§ 44, 44a und 47b SGB V,
- **Krankengeld bei Erkrankung des Kindes** nach § 45 SGB V,
- die **Wahltarif-Prämienzahlungen durch die Krankenkasse** nach § 53 SGB V,
- das **Wahltarif-Krankengeld** nach § 53 Abs. 6 SGB V,
- die **Bonuszahlungen** für gesundheitsbewusstes Verhalten nach **§ 65a SGB V**,
- **Prämienzahlungen** nach § 242 Abs. 2 Satz 1 SGB V.

### 4.4.2 Leistungen im Rahmen des Verwaltungshandelns

Weiterhin können Fälle, in denen die Krankenkasse die Leistung im Rahmen eigenen Verwaltungshandelns selbst erbringt, nicht unter die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V fallen. Hierzu zählen

- die **Hospiz- und Palliativberatung** gemäß § 39b SGB V,
- nach § 44 Abs. 4 Satz 1 SGB V der **Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung beim Krankengeld**,
- die **Befreiung von den Zuzahlungen und die Ausstellung eines Befreiungsausweises** nach § 62 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 1 SGB V,
- die Ausstellung der **elektronischen Gesundheitskarte** nach § 291 Abs. 1 SGB V,
- **evtl. Sachleistungen**, die die Krankenkasse selbst für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V gewährt, sowie
- die **Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern** nach § 66 SGB V.

### 4.4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Ebenfalls von der Krankenkasse zu erbringen sind **Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben** nach § 20b SGB V. Zwar können die in diesem Zusammenhang anfallenden Aufgaben auch durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) wahrgenommen werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass der Beauftragte der Aufgabenwahrnehmung zugestimmt hat (vgl. § 20b Abs. 2 Satz 2 SGB V). Erfolgt die Zustimmung, wird die Leistung durch den Beauftragten erbracht und es bedarf keiner Selbstbeschaffung. Erfolgt keine Zustimmung durch den Beauftragten, ist die Leistung durch die Krankenkasse selbst zu erbringen.

### 4.4.4 Langfristiger Heilmittelbedarf

Zudem regelt § 32 Abs. 1a SGB V zum **langfristigen Heilmittelbehandlungsbedarf**, dass die Genehmigung eines entsprechenden Antrages als erteilt gilt, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb

## Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V

von 4 Wochen eine Entscheidung herbeiführt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen. Die Regelung gilt als Spezialregelung und geht § 13 Abs. 3a SGB V vor.

### 4.4.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

§ 13 Abs. 3a Satz 9 SGB V sieht vor, dass für **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** die §§ 14 bis 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen sowie die dazu ergangenen untergesetzlichen Regelungen (insbesondere gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) gelten (s. a. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R). Hierzu gehören unter anderem:

- die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V,
- die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V,
- die stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V bzw. § 44 SGB IX,
- die Belastungserprobung und Arbeitstherapie nach § 42 SGB V i. V. m. § 42 SGB IX,
- die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 46 SGB IX

(zur Hilfsmittelversorgung siehe Abschnitt. 4.3, Nr. 22).

Dies gilt auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die als Persönliches Budget beantragt werden. Ebenfalls gelten die §§ 14 bis 24 SGB IX für Leistungen, die im Rahmen eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets ausgeführt werden sollen, sowie für ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 bis 6 SGB IX i. V. m. § 73 und § 74 SGB IX und Fahr- und andere Reisekosten nach § 60 Abs. 5 SGB V.

### 4.4.6 Leistungen außerhalb des SGB V

Ferner kann § 13 Abs. 3a SGB V aufgrund seiner Einordnung ins SGB V und mangelnder Verweisungsvorschriften nur für Leistungen gelten, die ihre Rechtsgrundlage im SGB V haben (vgl. § 31 SGB I). Die Vorschrift entfaltet somit z. B. keine Rechtswirkung bei der Hilfe für Frauen bei **Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen** nach dem 5. Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, der nach § 68 Nr. 17 SGB I als besonderer Teil des Sozialgesetzbuches gilt.

Da das Recht des Leistungsberechtigten, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, bzw. im Verwaltungsverfahren Gebärdensprache und andere Kommunikationshilfen zu verwenden, als Nebenleistung zu der Hauptleistung nach dem SGB V besteht, dürfte die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V auf entsprechende Leistungsanträge zur Anwendung kommen, obwohl die Anspruchsgrundlagen sich nach § 17 Abs. 2 SGB I bzw. § 19 Abs. 1 SGB X richten.

Leistungsberechtigte

## 5. Leistungsberechtigte

Leistungsberechtigter ist derjenige, der berechtigt ist, Leistungen nach dem SGB V zu beanspruchen. Hierzu zählen in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Krankenkasse (vgl. BSG u. a. vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R), sowie die in § 264 Abs. 2 SGB V genannten Personen.

## Antrag

### 6. Antrag

Für die Anwendung des § 13 Abs. 3a SGB V bedarf es zunächst eines Leistungsantrags des Versicherten an seine Krankenkasse (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Soweit das SGB V eine Leistungsgewährung auch ohne vorherige Antragstellung zulässt (vgl. § 19 Satz 1 SGB IV), wie z. B. im Falle der allgemeinen vertragsärztlichen Behandlung oder im Falle der konservierend-chirurgischen Leistung bei der zahnärztlichen Behandlung, die durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte in Anspruch genommen werden können, findet die Regelung keine Anwendung.

Als Anträge im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V sind empfangsbedürftige Willenserklärungen zu werten, die auf den Beginn, die Fortsetzung oder Änderung bzw. Ergänzung einer Leistung, Versorgung bzw. Therapie gerichtet sind.

Versichertenseitige Kontaktaufnahmen mit dem Ziel, sich gemäß § 14 SGB I zunächst über Rechte und Pflichten nach dem SGB V (z. B. über bestimmte Leistungen und ggf. zu erfüllende Voraussetzungen) von der Krankenkasse beraten zu lassen, sind nicht als Antrag zu werten. Allerdings kann sich aus einer Beratung ergeben, dass der Leistungsberechtigte einen Antrag stellt.

Die Regelung des § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I, wonach in Fällen, in denen die Sozialleistung von einem Antrag abhängig ist, ein Antrag auch zu dem Zeitpunkt als gestellt gilt, in dem er bei einer unzuständigen Stelle eingegangen ist, findet in Bezug auf den Beginn der Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V keine Anwendung, da es im Rahmen dieser Vorschrift um den Eingang des Antrags bei der zuständigen Krankenkasse und deren Fristenregime geht.

#### 6.1 Formerfordernis

Die Antragstellung ist nicht an eine bestimmte Form gebunden (vgl. § 9 SGB X). Wirksame Leistungsanträge können nicht nur schriftlich, sondern z. B. auch mündlich, zur Niederschrift oder per einfacher E-Mail ohne Signatur gestellt werden. Die Wirksamkeit des Antrags hängt auch nicht davon ab, dass dieser unter Verwendung eines bestimmten Antragsformulars gestellt worden ist, sofern nur das (Leistungs-) Begehren unmissverständlich zum Ausdruck kommt. Die Krankenkasse ist verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden (vgl. § 16 Abs. 3 SGB I).

#### 6.2 Sonstige Anforderungen

Allgemein erfordert eine wirksame Antragstellung, dass die entsprechende Willenserklärung mit Willen des Antragstellers von ihm selbst oder für ihn abgegeben wurde. Ein einfacher, erkennbar ohne Einbeziehung des Versicherten gestellter Kostenübernahmeantrag eines Leistungserbringers genügt nicht. Ein Antrag bedarf aber weder zwingend einer Unterschrift noch einer beigefügten Einverständniserklärung des Versicherten. So ist z. B. die Vorlage einer Verordnung medizinischer

## Antrag

Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach Muster 64 als Antrag zu werten. In der Regel ist der Leistungsberechtigte antragsbefugt. Dies können auch Minderjährige sein (vgl. § 36 SGB I). Im Übrigen kann ein Antrag auch in Vertretung des Versicherten von einem hierzu Bevollmächtigten gestellt werden (vgl. § 13 Abs. 1 SGB X). Der Bevollmächtigte hat auf Verlangen seine Vollmacht schriftlich nachzuweisen (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 3 SGB X). Als Bevollmächtigter des Versicherten kann auch ein Leistungserbringer handeln.

### 6.3 Hinreichend bestimmter Antrag

Ein im Sinne des § 13 Abs. 3a SGB V fiktionsfähiger Antrag ist Voraussetzung dafür, dass eine Leistung als genehmigt gelten kann (Satz 6). Diese Fiktion greift nur dann, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass auch die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung selbst im Sinne von § 33 Abs. 1 SGB X hinreichend bestimmt ist.

Diese Anforderung ist bereits dann erfüllt, wenn sich der Antrag auf eine aus subjektiver Sicht des Versicherten medizinisch erforderliche Leistung bezieht, ohne dass es einer weiteren Einschränkung etwa hinsichtlich einer bestimmten Methode, der Art der Leistungserbringung (ambulant oder stationär) oder eines bestimmten Leistungserbringers bedarf. Es genügt, dass das Behandlungsziel klar ist (vgl. BSG vom 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R).

Das BSG hat sich mit Urteilen vom 26.02.2019, B 1 KR 23/18 R (Rn. 18 – 20) und B 1 KR 24/18 R (Rn. 17 – 19) in zwei Fällen, in denen es um die Kostenerstattung bzw. -übernahme von Arzneimitteln im Rahmen der Krankenbehandlung ohne Begrenzung auf den Festbetrag ging, mit der Frage beschäftigt, ob eine dauerhafte, auf vertragsärztliche Verordnungen gestützte Versorgung mit Arzneimitteln einen zeitlich nicht begrenzten Versorgungsanspruch umfasst, sodass der Antrag insoweit nicht hinreichend bestimmt wäre. Nach den Feststellungen des BSG ist auch ein solcher Antrag hinreichend bestimmt, sodass die eingetretene Genehmigungsfiktion auch für Folgeverordnungen des Arzneimittels Wirkung entfaltet. Das BSG begründet dies damit, dass der Anspruch des Leistungsberechtigten auf künftige Versorgung mit einem vertragsärztlich verordneten Arzneimittel ohne Festbetragsbeschränkung kraft Fiktion der Genehmigung nach § 13 Abs. 3a SGB V nicht von vornherein zeitlich unbegrenzt sei. Vielmehr begrenze u.a. das Erfordernis der vertragsärztlichen Verordnung den weiteren Anspruch. Dies ermögliche dem Vertragsarzt, das Arzneimittel bei gleichbleibender Erforderlichkeit zu verordnen, ohne dass er einen Regress befürchten muss. Es sei zugleich inhaltlich dafür offen, dass der Arzt eine weitere Verordnung verweigert, wenn z. B. die Indikation fehlt oder eine Verordnung eines neu zugelassenen kostengünstigeren Festbetragsarzneimittels in Betracht kommt, welches der Versicherte zumutbar für das gleiche Therapieziel erhalten kann.

## Antrag

### 6.4 Zugang des Antrags

Ein Antrag im Sinne des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V wird entsprechend § 130 Abs. 1 Satz 1 BGB rechtswirksam, wenn er bei der Krankenkasse eingeht (Zugang des Antrags). Dabei trägt der Antragsteller das Risiko der Übermittlung (z. B. auf dem Postweg) und damit des Zugangs.

Die Krankenkasse als Empfängerin der Willenserklärung trägt das Risiko für die Gefahren, die in ihrem Organisations- und Machtbereich liegen, wenn z. B. der Leistungsantrag am Empfang im Eingangsbereich abgegeben, aber von dort nicht zur Bearbeitung weitergeleitet wird (Verzögerungsrisiko).

Eine wesentliche Bedeutung kommt dem Zeitpunkt des Zugangs des Leistungsantrags zu, da dieser den Beginn der Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V bestimmt und somit den Ausgangspunkt für einen zeitlich eng getakteten Bearbeitungsprozess in der Praxis der Krankenkassen vorgibt.

#### 6.4.1 Antragszugang unter Anwesenden

Ein derartiger Zugang liegt vor, wenn der Versicherte den Antrag mündlich, insbesondere in einem persönlichen Beratungs- oder Telefongespräch stellt (nicht verkörperte Willenserklärung). Der Antrag ist in dem Zeitpunkt zugegangen, in dem ihn der Mitarbeiter der Krankenkasse vernommen hat. Von einem zugegangenen Antrag unter Anwesenden ist auch dann auszugehen, wenn dieser entsprechend § 147 Abs. 1 Satz 2 BGB z. B. in einem Online-Chat (sonstige technische Einrichtung) gestellt und vom Mitarbeiter der Krankenkasse vernommen wird.

#### 6.4.2 Antragszugang unter Abwesenden

Ein in schriftlicher oder elektronischer Form gestellter Antrag (verkörperte Willenserklärung unter Abwesenden) ist zugegangen, wenn er in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt ist und diese unter normalen Umständen die Möglichkeit hat, vom Inhalt des Antrags Kenntnis zu nehmen. Entscheidend ist also nicht die tatsächliche Kenntnisnahme des Antrags durch die Krankenkasse, sondern der gewöhnliche Zeitpunkt der Möglichkeit dazu. Wird etwa ein Brief erst nach dem Ende der üblichen Geschäftszeit der Krankenkasse (insbesondere am Wochenende oder an einem Feiertag) in den Briefkasten der Krankenkasse eingeworfen, gilt als Zugangstag der nachfolgende Arbeitstag.

Die Abgabe einer empfangsbedürftigen Willenserklärung unter Abwesenden kann auf verschiedenen, nachfolgend dargestellten Übertragungswegen stattfinden.

##### 6.4.2.1 Brief

Wird der Antrag als Brief an die Krankenkasse geschickt, dann ist er zugegangen, wenn die Krankenkasse von ihm unter üblichen Umständen Kenntnis erlangen konnte. Für den Zugang eines

## Antrag

solchen Antrags über einen Hausbriefkasten oder ein Postschließfach gilt daher, dass der Antrag nicht schon mit dem Einwurf in den Hausbriefkasten oder dem Einsortieren in das Postfach, sondern erst mit dem Zeitpunkt der nächsten üblichen Leerung oder Abholung zugeworfen ist.

Wählt der Versicherte für die Übersendung des Antrags die Form des Einschreibens, so gelten grundsätzlich dieselben Voraussetzungen wie bei einem einfachen Brief. Sollte ein Übergabe-Einschreiben der Krankenkasse nicht unmittelbar ausgehändigt werden, so reicht die im Briefkasten befindliche Benachrichtigung nicht aus, um das Einschreiben als zugeworfen zu deklarieren. Erst bei der Abholung des Einschreibens kann von einem Zugang ausgegangen werden. Bei einem Einwurf-Einschreiben sagt der Zustellungsnachweis lediglich aus, dass der Brief in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt ist, aber nicht, dass diese auch schon die für den Zugang erforderliche Möglichkeit der Kenntnisnahme hatte.

### 6.4.2.2 Telefax

Ein Antrag auf Leistungen, der der Krankenkasse per Telefax übermittelt wird, ist in der Regel mit dem Abschluss des Ausdrucks am Empfangsgerät in der Krankenkasse zugeworfen, wobei auch hier zusätzlich auf den gewöhnlichen Zeitpunkt der Möglichkeit der Kenntnisnahme abzustellen ist. Telefaxe an die Krankenkasse, die während der üblichen Geschäftszeiten empfangen werden, gehen somit in diesem Zeitpunkt zu. Ein technischer Defekt oder fehlendes Papier gehen nicht zu Lasten des Antragstellers. In den Machtbereich der Krankenkasse ist der Antrag dann gelangt, wenn er bei ordnungsgemäßem Funktionieren fertig ausgedruckt worden wäre.

### 6.4.2.3 Elektronische Willenserklärung

Wird der Leistungsantrag vom Versicherten auf elektronischem Wege (z. B. elektronisches Kundenpostfach, -portal, E-Mail, De-Mail, Messenger-Dienste) bei der Krankenkasse gestellt, handelt es sich ebenfalls um eine Willenserklärung unter Abwesenden. Voraussetzung für die zulässige Übermittlung eines Leistungsantrages als elektronisches Dokument ist in jedem Fall, dass die Krankenkasse hierfür einen Zugang eröffnet hat (vgl. § 36a Abs. 1 SGB I). Sollte die Krankenkasse z. B. im Briefkopf oder auf ihrer Webseite eine E-Mail-Adresse bekanntgeben, so ist davon auszugehen, dass sie diesem Weg der Kommunikation zustimmt und den Zugang eröffnet hat.

In den Machtbereich der Krankenkasse gelangt z. B. der Antrag per E-Mail dann, wenn er auf dem Rechner des Dienstansbieters (Provider) der Krankenkasse abrufbar gespeichert wurde. Von der Möglichkeit der Kenntnisnahme durch die Krankenkasse ist aber erst in dem Zeitpunkt auszugehen, in dem die E-Mail üblicherweise abgerufen wird. Sollte der Versicherte eine andere als die von der Krankenkasse für den Rechts- und Geschäftsverkehr angegebene E-Mail-Adresse nutzen, trägt er das Risiko der Übermittlung und damit auch des Zugangs. Dies gilt auch bei technischen Übermittlungsfehlern. Ist das vom Versicherten übermittelte elektronische Dokument für die



## Antrag

Krankenkasse nicht lesbar und daher auch zur Bearbeitung nicht geeignet, hat sie dies dem Antragsteller unter Angabe der für sie geltenden technischen Rahmenbedingungen unverzüglich mitzuteilen (vgl. § 36a Abs. 3 SGB I), so dass in diesem Fall nicht von einem Zugang des Antrags ausgegangen werden kann.

### **6.4.2.4 Anrufbeantworter**

Sollte der Versicherte seinen Antrag telefonisch stellen und eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen, so ist seine Willenserklärung in den Machtbereich der Krankenkasse gelangt, wenn sie aufgezeichnet wurde. Der Zugang ist in dem Zeitpunkt erfolgt, in dem unter normalen Umständen davon ausgegangen werden kann, dass die Krankenkasse den Anrufbeantworter abhört.

## 7. Gutachtliche Stellungnahme

Hält die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich, hat sie diese unverzüglich – also ohne schuldhaftes Zögern (vgl. § 121 Abs. 1 BGB) – einzuholen. Die Leistungsberechtigten sind hierüber zu unterrichten (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V), damit diese rechtzeitig wissen, welche Frist für sie gilt (siehe Abschnitt 9). Für die Unterrichtung des Leistungsberechtigten ist keine bestimmte Form vorgesehen. Die Unterrichtung kann daher auch mündlich erfolgen. Zu empfehlen ist jedoch auch in diesen Fällen allein aus Gründen der Nachweisbarkeit eine Mitteilung in schriftlicher Form, um zu vermeiden, dass die beantragte Leistung als genehmigt gilt.

Gutachtliche Stellungnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind von den Krankenkassen unter den in § 275 SGB V genannten Voraussetzungen einzuholen bzw. können eingeholt werden. Daneben können auch andere Stellen gutachtliche Stellungnahmen abgeben (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). So regelt für die Psychotherapie die Psychotherapie-Richtlinie das Nähere u. a. zum Gutachterverfahren (vgl. § 92 Abs. 6a SGB V). Für den vertragszahnärztlichen Bereich sind Gutachterverfahren für bestimmte Leistungen in den bundesmantelvertraglichen Vorgaben vorgesehen.

### 7.1 Gutachtliche Stellungnahme durch den MDK

Stellungnahmen durch den MDK gegenüber der Krankenkasse erfolgen im Rahmen von sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB) und Gutachten. Die SFB ist entweder eine kurze, ergebnisorientierte Form, welche der Krankenkasse eine Leistungsentscheidung ermöglicht, oder dient der Auswahl und Konkretisierung von Begutachtungsaufträgen, der Festlegung notwendiger Informationen und der Steuerung der weiteren Bearbeitung im MDK (sozialmedizinische Fallsteuerung). Gutachten werden nach Aktenlage oder aufgrund persönlicher Befunderhebung erstellt. Die Befunderhebung kann entweder in der MDK-Beratungsstelle oder im Rahmen eines Haus-, Krankenhaus-, Heimbefundersuchs in Einrichtungen erfolgen. Da weder § 13 Abs. 3a SGB V noch die amtliche Gesetzesbegründung Aussagen enthalten, was konkret als gutachtliche Stellungnahme anzusehen ist, ist davon auszugehen, dass neben den Gutachten auch die SFB mit Fallabschluss als gutachtliche Stellungnahme zu werten ist.

Ob die Krankenkasse den Leistungsberechtigten bereits zum Zeitpunkt der Einleitung einer SFB über die Notwendigkeit einer gutachtlichen Stellungnahme gemäß § 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V informiert, sollte anhand von Erfahrungswerten beurteilt werden, da die Krankenkasse ggf. noch nach Einleitung der SFB/Begutachtung fehlende Informationen vom Leistungsberechtigten oder Dritten abzufordern hat. Auch ist es möglich, dass eine gutachtliche Stellungnahme auf Grundlage der vorgelegten (Standard-) Unterlagen z. B. im Rahmen einer SFB mit Fallabschluss so zügig zu erwarten ist, dass dem Leistungsberechtigten eine Leistungsentscheidung auch innerhalb einer Frist von drei Wochen zugehen kann.

## Gutachtliche Stellungnahme

Der MDK hat innerhalb von drei Wochen gegenüber der Krankenkasse gutachtlich Stellung zu nehmen, so dass die Stellungnahme spätestens am letzten Tag der Frist von drei Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein muss. Diese Frist gilt für den MDK als Gesamtorganisation und nicht für einzelne Gutachter. Bei z. B. einer Weiterleitung des Begutachtungsauftrages innerhalb des MDK oder Hinzuziehung eines weiteren Gutachters verlängert sich die Frist nicht und wird auch nicht erneut ausgelöst. Im Hinblick auf die für die Krankenkasse bestehende Verpflichtung zur zügigen Leistungsentscheidung muss auch der MDK schnellstmöglich eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, so dass die Frist lediglich eine Obergrenze darstellt, die nicht regelmäßig auszuschöpfen ist.

Damit der MDK erkennen kann, dass für den Leistungsantrag die Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V maßgeblich ist, hat die Krankenkasse dies auf dem Fallberatungsbogen bzw. dem Begutachtungsauftrag entsprechend zu kennzeichnen und zudem das Datum des Antragseingangs sowie des Ablaufs der Frist von fünf Wochen anzugeben.

### 7.2 Gutachterverfahren Psychotherapie

Die beantragten Psychotherapieverfahren sind durch eine nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung bestellte Gutachterin oder einen Gutachter zu prüfen (vgl. § 92 Abs. 6a SGB V und § 34 i. V. m. § 15 der Psychotherapie-Richtlinie). Dabei haben die Gutachter ihre Gutachten in angemessener Frist gegenüber der beauftragenden Krankenkasse zu erstatten, wobei zwischen Eintreffen der Unterlagen beim Gutachter und der Absendung des Gutachtens in der Regel kein größerer Zeitraum als zwei Wochen vergehen soll (vgl. § 12 Abs. 7 Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 BMV-Ä). Damit kommt es bei der Einhaltung der Frist – anders als bei gutachtlichen Stellungnahmen durch den MDK – nicht auf den Eingang bei der Krankenkasse, sondern auf den Zeitpunkt der Absendung des Gutachtens an. Zudem sind zwar durch die Formulierung „in der Regel“ ausnahmsweise Fristüberschreitungen zulässig. In Anbetracht der für die Krankenkasse bestehenden engen gesetzlichen Frist von fünf Wochen können diese jedoch nur wenige Tage umfassen.

Darüber hinaus ist ein Obergutachten vorgesehen, deren Einholung durch die Krankenkasse jedoch erst beim Einspruch des Versicherten gegen die Ablehnung einer Therapie im Gutachterverfahren erfolgt und somit erst nach einer Leistungsentscheidung der Krankenkasse (vgl. § 12 Abs. 16 i. V. m. § 13 Abs. 3 Psychotherapie-Vereinbarung, Anlage 1 BMV-Ä). Das Obergutachterverfahren ist daher für § 13 Abs. 3a SGB V ohne Bedeutung. Die konkreten Einzelheiten zum Gutachterverfahren ergeben sich aus den Psychotherapie-Richtlinie sowie der Psychotherapie-Vereinbarung.

## Gutachtliche Stellungnahme

### 7.3 Zahnärztliche Gutachterverfahren

Verfahren zur Begutachtung von zahnärztlichen Leistungen sind im Rahmen bundesmantelvertraglicher Regelungen für die Parodontosebehandlung, kieferorthopädische Behandlung, implantologische Leistung, Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen und für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vorgesehen, wobei ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner auf Landesebene für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (vgl. § 1 Abs. 2 sowie § 2 Abs. 5 der Anlage 6 BMV-Z) sowie für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen (vgl. Nr. 3.1.1 der Anlage 1 BMV-Z) möglich sind. In der Regel können ein Gutachterverfahren und ein Obergutachterverfahren bzw. ein Prothetikeinigungsverfahren durchgeführt werden. Hiervon unbenommen bleiben die Begutachtungen durch den MDK im Rahmen des § 275 SGB V.

Die Bearbeitung eingehender Anträge durch den Gutachter

- hat bei geplanter Parodontosebehandlung bzw. Therapieergänzung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. Anlage 5 BMV-Z),
- hat bei implantologischer Leistung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. A.4. der Anlage 7 BMV-Z),
- hat bei geplanter kieferorthopädischer Behandlung bzw. einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. Anlage 4 BMV-Z),
- hat bei geplanter Zahnersatzversorgung innerhalb von vier Wochen zu erfolgen (vgl. § 3 der Anlage 6 BMV-Z).

§ 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V sieht vor, dass der Gutachter innerhalb von vier Wochen gegenüber der Krankenkasse gutachtlich Stellung zu nehmen hat, so dass die Stellungnahme spätestens am letzten Tag der Frist von vier Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein muss. Im Hinblick auf die für die Krankenkasse bestehende Verpflichtung zur zügigen Leistungsentscheidung muss auch der Gutachter schnellstmöglich eine gutachtliche Stellungnahme abgeben, so dass die Frist von vier Wochen lediglich eine Obergrenze darstellt, die somit nicht regelmäßig auszuschöpfen ist. Die aktuellen bundesmantelvertraglichen Regelungen sehen durch die entsprechende Formulierung „innerhalb“ bereits vor, dass die für eine Bearbeitung der Anträge durch den Gutachter vorgesehenen Fristen nicht regelmäßig ausgeschöpft werden müssen.

Die Einleitung eines Obergutachterverfahrens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses kann einen hinreichenden Grund darstellen (siehe hierzu Abschnitt 9.4).

Für den Fall, dass durch die Gesamtvertragspartner auf der Landesebene die Begutachtung von Behandlungsplänen bei Kiefergelenkserkrankungen vereinbart wurde, gelten die zuvor aufgeführten Grundsätze entsprechend.

## 8. Leistungsentscheidung

Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wird eine gutachtliche Stellungnahme des MDK oder im Rahmen des psychotherapeutischen Gutachterverfahrens eingeholt, beträgt die Frist fünf Wochen, beim zahnärztlichen Gutachtenverfahren sechs Wochen. Die Leistungsentscheidung muss dem Versicherten bzw. dem Bevollmächtigten spätestens am letzten Tag der jeweils maßgebenden Frist zugegangen sein.

Bei der von der Krankenkasse zu treffenden Leistungsentscheidung handelt es sich um einen Verwaltungsakt (vgl. § 31 SGB X), der gegenüber demjenigen, für den er bestimmt ist oder der von ihm betroffen wird, ab dem Zeitpunkt wirksam wird, ab dem er ihm bekannt gegeben wird (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB X).

Widerspruchsbescheide gemäß § 85 SGG werden nicht von § 13 Abs. 3a SGB V erfasst, da sich die Vorschrift nur auf die von der Krankenkasse zu treffenden Leistungsentscheidungen bezieht und nicht auf die Entscheidung über einen Widerspruch gegen eine fristgerechte aber negative Leistungsentscheidung (vgl. BSG vom 24.04.2018 – B 1 KR 10/17 R).

### 8.1 Bevollmächtigter

Ist ein Bevollmächtigter bestellt, kann die Bekanntgabe ihm gegenüber vorgenommen werden (vgl. § 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X). Es steht somit im Ermessen der Krankenkasse, ob der Verwaltungsakt dem Leistungsberechtigten oder dem Bevollmächtigten bekannt gegeben wird; § 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X geht insoweit § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB X vor. Die Krankenkasse ist somit berechtigt, auch bei erteilter Vollmacht nur dem Leistungsberechtigten den Verwaltungsakt bekanntzugeben.

Wird der Verwaltungsakt dem Bevollmächtigten bekannt gegeben, muss der Bevollmächtigte allerdings ohne jeden Zweifel erkennen können, um welchen Leistungsberechtigten es sich handelt. Die Bekanntgabe an einen Bevollmächtigten ist jedoch nur dann möglich, wenn die Vollmacht auch die Entgegennahme von Leistungsentscheidungen beinhaltet. Gemäß § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB X ermächtigt die Vollmacht zu allen das Verwaltungsverfahren betreffenden Verfahrenshandlungen, sofern sich aus ihrem Inhalt nicht etwas Anderes ergibt. Hierzu gehört somit neben der Antragstellung auch die Entgegennahme von Leistungsentscheidungen. Sofern daher nicht ausdrücklich etwas Anderes im Rahmen der Antragstellung erklärt oder schriftlich nachgewiesen wird bzw. mit dem Leistungserbringer ggf. vertraglich vereinbart ist, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die Vollmacht auch die Bekanntgabe der Leistungsentscheidungen beinhaltet.

## Leistungsentscheidung

### 8.2 Form

Ein Verwaltungsakt kann schriftlich, elektronisch, mündlich (z. B. telefonisch) oder in anderer Weise erlassen werden. Ein mündlicher Verwaltungsakt ist schriftlich oder elektronisch zu bestätigen, wenn hieran ein berechtigtes Interesse besteht und der Betroffene dies unverzüglich verlangt. Ein elektronischer Verwaltungsakt ist unter denselben Voraussetzungen (berechtigtes Interesse und unverzügliches Verlangen) schriftlich zu bestätigen; § 36a Abs. 2 SGB I findet insoweit keine Anwendung (vgl. § 33 Abs. 2 SGB X). Die schriftliche oder elektronische Bestätigung eines mündlichen Verwaltungsaktes selbst muss nicht innerhalb der Frist von drei, fünf oder sechs Wochen erfolgen. Entscheidend ist, dass der mündliche Verwaltungsakt innerhalb der jeweils maßgebenden Frist erlassen bzw. zugegangen ist.

### 8.3 Bekanntgabe

#### 8.3.1 Schriftlicher Verwaltungsakt

Ein schriftlicher Verwaltungsakt, der im Inland durch die Post übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Aufgabe zur Post als bekannt gegeben. Ein Verwaltungsakt, der im Inland oder Ausland elektronisch übermittelt wird, gilt am dritten Tag nach der Absendung als bekannt gegeben. Dies gilt nicht, wenn der Verwaltungsakt nicht oder zu einem späteren Zeitpunkt zugegangen ist; im Zweifel hat die Behörde den Zugang des Verwaltungsaktes und den Zeitpunkt des Zugangs nachzuweisen (§ 37 Abs. 2 SGB X). Auch wenn der tatsächliche Zugang schon vor dem Ablauf der Drei-Tages-Frist erfolgt, gilt als Zeitpunkt der Bekanntgabe dennoch der dritte Tag nach der Aufgabe zur Post oder der Absendung.

Erfolgt die Bekanntgabe sowohl gegenüber dem Leistungsberechtigten als auch gegenüber dem Bevollmächtigten, so ist für den Zeitpunkt der Bekanntgabe der zuerst erfolgte Zugang ausschlaggebend.

#### 8.3.2 Abruf eines elektronischen Verwaltungsaktes

Durch das Gesetz zur Modernisierung des Besteuerungsverfahrens vom 18. Juli 2016 ist es seit dem 01.01.2017 auch möglich, einen elektronischen Verwaltungsakt mit Einwilligung des Beteiligten nach § 37 Abs. 2a SGB X dadurch bekannt zu geben, dass er durch öffentlich zugängliche Netze abgerufen wird. Die Behörde (Krankenkasse) hat zu gewährleisten, dass der Abruf nur nach Authentifizierung der berechtigten Person möglich ist und der elektronische Verwaltungsakt von ihr gespeichert werden kann. Der Verwaltungsakt gilt am Tag nach dem Abruf als bekannt gegeben. Wird der Verwaltungsakt nicht innerhalb von zehn Tagen nach Absenden einer Benachrichtigung über die Bereitstellung abgerufen, wird diese beendet. In diesem Fall ist die Bekanntgabe nicht bewirkt; die Möglichkeit einer erneuten Bereitstellung zum Abruf oder der Bekanntgabe auf andere Weise bleibt unberührt.

## Leistungsentscheidung

Ruft der Leistungsberechtigte in diesem Fall nach Benachrichtigung der Krankenkasse den Verwaltungsakt erst nach dem Ende der jeweils maßgeblichen Frist nach § 13 Abs. 3a SGB V ab, so liegt ein Fristversäumnis vor, da dieser erst am Tag nach Abruf als bekanntgeben gilt. Sollte dieser Kommunikationsweg gewählt werden, so ist darauf zu achten, dass die Bereitstellung des Leistungsbescheides so frühzeitig erfolgt, dass auch nach nicht erfolgtem Abruf noch genug Zeit für die Bekanntgabe auf andere Weise verbleibt, da ansonsten eine Verfristung und somit Genehmigungsfiktion eintreten kann.

Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

## 9. Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

Die Krankenkasse hat gemäß § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V über einen Leistungsantrag grundsätzlich spätestens innerhalb von drei Wochen zu entscheiden. Das Gesetz ermöglicht es ihr aber darüber hinaus, im Falle der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme innerhalb von fünf Wochen (Satz 2) und bei Einleitung eines zahnärztlichen Gutachterverfahrens innerhalb von sechs Wochen (Satz 4) zu entscheiden. Damit der Leistungsberechtigte nicht nach drei Wochen davon ausgehen kann, dass seine beantragte Leistung als genehmigt gilt und somit die Genehmigungsfiktion greift, hat die Krankenkasse ihn vor Ablauf von drei Wochen darüber zu unterrichten (vgl. BSG vom 08.03.2016 – B 1 KR 25/15 R).

Kann die Krankenkasse die jeweils maßgebliche Frist aus einem hinreichenden Grund nicht einhalten, hat sie den Leistungsberechtigten vor Fristablauf schriftlich darüber zu informieren (§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V) und mitzuteilen, welche neue Entscheidungsfrist (anhand der voraussichtlichen, taggenau bestimmten Dauer des Bestehens des hinreichenden Grundes) maßgeblich ist.

### 9.1 Definition eines hinreichenden Grundes

Das Gesetz definiert den Begriff des „hinreichenden Grundes“ nicht näher. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein hinreichender Grund immer dann vorliegt, wenn es aus objektiver Sicht der Krankenkasse nicht möglich ist, eine abschließende Entscheidung über den Leistungsantrag zu treffen. Dazu zählen typischerweise solche Gründe, die sich außerhalb des Verantwortungsbereichs der Krankenkasse bewegen. Solange dieser Zustand andauert, verhindert das Vorliegen eines hinreichenden Grundes die Entscheidungsfindung der Krankenkasse.

### 9.2 Form der Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Kann die Krankenkasse nicht innerhalb der jeweils maßgebenden Frist von drei, fünf bzw. sechs Wochen nach Antragsingang eine Leistungsentscheidung treffen, muss die Krankenkasse dies dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe innerhalb der Frist schriftlich mitteilen. Dies erfolgt in der Regel per Post. Eine mündliche bzw. fernmündliche Mitteilung reicht nicht aus. Werden z. B. medizinische Befunde und zusätzliche Informationen telefonisch vom Leistungsberechtigten angefordert, so informiert die Krankenkasse damit nicht formgerecht über einen hinreichenden Grund für die Überschreitung der Frist und deren voraussichtliche, taggenau bestimmte Dauer.

Die angeordnete Schriftform kann jedoch durch die elektronische Form ersetzt werden, wenn der Leistungsberechtigte für die Übermittlung elektronischer Dokumente einen Zugang eröffnet hat (vgl. § 36a Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB I). Dazu muss er neben der Mitteilung der E-Mail-Adresse seine Bereitschaft zum Empfang von rechtlich verbindlichen Erklärungen gegenüber der Krankenkasse ausdrücklich erklärt haben. Zudem ist das von der Krankenkasse zu übermittelnde



## Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

elektronische Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz zu versehen (vgl. § 36a Abs. 2 Satz 2 SGB I), so dass eine einfache E-Mail nicht ausreichend ist. Denkbar ist auch eine Informationsübermittlung per Telefax.

### 9.3 Fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes

Rechtzeitig liegt die Information vor, wenn sie dem Leistungsberechtigten spätestens am letzten Tag der jeweils maßgebenden Frist zugegangen ist.

Für die fristgerechte Mitteilung eines hinreichenden Grundes ist der Zeitpunkt der Bekanntgabe – wie im Falle der Entscheidung durch einen bekanntzugebenden Verwaltungsakt – gegenüber dem Antragsteller und nicht der der krankenkasseninternen Entscheidung über die Information maßgeblich (vgl. Abschnitt 8.3). Im Zweifel ist die Krankenkasse hinsichtlich der Tatsache des Zugangs sowie des Zeitpunkts des Verwaltungsaktes beweispflichtig. Ist die Frist gewahrt, so tritt keine Genehmigungsfiktion ein.

Ist ein Bevollmächtigter (siehe hierzu Ausführungen unter Abschnitt 8.1) bestellt und ist eine Begrenzung der Vollmacht im Rahmen der Antragstellung nicht erklärt oder schriftlich nachgewiesen, hat die Krankenkasse dem Bevollmächtigten den hinreichenden Grund mitzuteilen (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB X). Es empfiehlt sich allerdings zur Vermeidung von Missverständnissen in diesen Fällen, neben dem Bevollmächtigten auch den Leistungsberechtigten über den hinreichenden Grund für die verzögerte Leistungsentscheidung fristgerecht zu informieren. Das Risiko der rechtzeitigen Zustellung trägt die Krankenkasse.

### 9.4 Hinreichende Gründe

Damit die Krankenkassen ihrer Pflicht zur zügigen Leistungsentscheidung nachkommen können, sind umgekehrt Leistungsberechtigte oder Dritte (z. B. Leistungserbringer) zur Mitwirkung angehalten. Hinreichende Gründe für eine verzögerte Leistungsentscheidung können danach insbesondere sein,

- fehlende oder ergänzungsbedürftige Angaben von Tatsachen durch Leistungsberechtigte oder Dritte (z. B. Leistungserbringer), die für die Leistungsentscheidung erheblich sind (z. B. in Form von fehlenden aussagekräftigen Unterlagen des Leistungserbringers),
- die fehlende oder mangelhafte Mitwirkung des Leistungsberechtigten bei erforderlicher körperlicher Befunderhebung durch den Gutachter (z. B. Absagen eines Termins zur körperlichen Untersuchung durch den Leistungsberechtigten, wenn dadurch eine rechtzeitige Befunderhebung nicht mehr möglich ist bzw. die für eine erforderliche körperliche Untersuchung erforderlichen Unterlagen werden nicht zur Begutachtung mitgebracht oder sind nicht aussagekräftig),

## Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

- Verzögerungen, die bei notwendiger Mitwirkung des Leistungsberechtigten von ihm zu verantworten sind (z. B. angebotene frühzeitige Termine für körperliche Befunderhebung können vom Versicherten nicht wahrgenommen werden),
- die fehlende Zustimmung des Leistungsberechtigten zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte auf Verlangen der Krankenkasse,
- bei einem Persönlichen Budget die Durchführung eines Bedarfsfeststellungsverfahrens und die Verhandlungen zur Zielvereinbarung,

Die Abforderung der erforderlichen Informationen kann – sofern die Beschaffung durch die Krankenkasse nicht mit geringerem Aufwand verbunden ist – gegenüber dem Leistungsberechtigten (vgl. § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 65 Abs. 1 Nr. 3 SGB I) oder gegenüber dem Leistungserbringer (vgl. § 100 SGB X) erfolgen. Bei einer erforderlichen körperlichen Befunderhebung (Untersuchung) hat die Mitwirkung durch den Leistungsberechtigten zu erfolgen (vgl. § 62 SGB I). Wurde ein Bevollmächtigter für das Verwaltungsverfahren uneingeschränkt bestellt (vgl. § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB X), muss die Krankenkasse den Bevollmächtigten über die Abforderung von Informationen vom Leistungsberechtigten bzw. bei Einladung des Leistungsberechtigten zur körperlichen Befunderhebung verständigen (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB X). Hierzu genügt es, wenn dem Bevollmächtigten z. B. die Kopie einer Abforderung der erforderlichen Informationen bzw. die Einladung zur körperlichen Befunderhebung übersandt wird. Werden die erforderlichen Informationen von einem Leistungserbringer benötigt, der zugleich Bevollmächtigter ist, so empfiehlt sich die Abforderung der Informationen unmittelbar vom Leistungserbringer und die Unterrichtung des Leistungsberechtigten über die entsprechende Abforderung der Informationen.

Die Gründe für die fehlende oder mangelhafte Mitwirkung des Leistungsberechtigten bzw. des Dritten sind ohne Bedeutung. Selbst triftige Gründe, z. B. in Form einer akuten Krankheit des Leistungsberechtigten oder des Dritten, die eine rechtzeitige Übermittlung bislang fehlender oder ergänzender Informationen oder die Durchführung einer körperlichen Untersuchung zum vorgesehenen Termin verhindern, können zu keinem anderen Ergebnis führen, da andernfalls die Krankenkasse ohne Verschulden sanktioniert werden könnte.

Um hinreichende Gründe für eine Überschreitung der jeweils maßgeblichen Frist handelt es sich dann, wenn die für eine Leistungsentscheidung notwendigen Informationen/Tatsachen nicht so rechtzeitig vorliegen oder gewonnen werden (können), dass die Krankenkasse eine Leistungsentscheidung noch bis zum Ablauf der jeweils maßgeblichen Frist – ggf. unter Berücksichtigung einer noch einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme oder der Durchführung einer (evtl. notwendigen persönlichen) Befunderhebung (Begutachtung) – treffen und dem Leistungsberechtigten zugehen lassen kann. Damit ist nicht bereits jede Anforderung von Angaben oder Unterlagen gegenüber den Leistungsberechtigten oder Dritten ein hinreichender Grund.

## Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

Hat die Krankenkasse einen Auftrag zur Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme erteilt und kann der MDK/Gutachter auf Grund fehlender oder mangelhafter Mitwirkung des Leistungsberechtigten oder eines Dritten die gutachtliche Stellungnahme nicht so rechtzeitig erstellen, dass die Krankenkasse noch innerhalb der Frist von fünf bzw. sechs Wochen eine Leistungsentscheidung treffen und dem Leistungsberechtigten zugehen lassen kann, hat der MDK/Gutachter unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) die Krankenkasse hierüber zu informieren. Damit kann die Krankenkasse die Leistungsberechtigten rechtzeitig über den hinreichenden Grund für eine verzögerte Leistungsentscheidung schriftlich informieren.

Darüber hinaus können hinreichende Gründe bzw. den Vertragsarzt dann vorliegen, wenn im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung die Einholung eines Obergutachtens oder die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses erfolgt. Dies gilt gleichermaßen auch für die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses zu mutmaßlich mangelhaft ausgeführten prothetischen Leistungen im Zusammenhang mit Leistungsanträgen auf eine Neuversorgung. Zwar erfolgt die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses nicht zur beantragten Neuversorgung, sondern zur bereits ausgeführten Leistung. Dennoch liegt auch in diesem Fall ein hinreichender Grund vor, da die Leistungsentscheidung zur beantragten Neuversorgung vom Ausgang der Prüfung abhängt, ob die bereits ausgeführte Leistung mangelhaft ist und demgemäß Gewährleistungsansprüche nach § 136a Abs. 4 Satz 4 SGB V in Bezug auf die bereits erfolgte Versorgung bestehen und somit eine Neuversorgung nicht in Betracht kommen muss. Danach hat der Zahnarzt für die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige – oder aufgrund entsprechender Vereinbarungen der Gesamtpartnerschaft auf Landesebene oder zwischen Zahnarzt und Krankenkasse längere – Gewähr zu übernehmen, innerhalb derer er die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen kostenfrei vorzunehmen hat.

Die Einholung eines Obergutachtens bzw. die Anrufung des Prothetik-Einigungsausschusses muss so rechtzeitig nach Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme erfolgen, dass der Leistungsberechtigte hierüber noch bis zum Ablauf der Frist von sechs Wochen schriftlich informiert werden kann. Vor diesem Hintergrund können die vertraglichen Regelungen, die nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters die Beantragung eines Obergutachtens durch die Krankenkasse bzw. den Vertragszahnarzt vorsehen, bei

- geplanter Parodontosebehandlung bzw. Therapieergänzung innerhalb von einem Monat (vgl. § 4 Abs. 1 der Anlage 5 BMV-Z),
- implantologischer Leistung ohne einzuhaltende Frist (vgl. Abschnitt B der Anlage 7 BMV-Z),
- kieferorthopädischer Behandlung oder einem Verlängerungsantrag innerhalb von einem Monat (vgl. § 4 Abs. 1 der Anlage 4 BMV-Z),
- geplanter Zahnersatzversorgung innerhalb von einem Monat (vgl. §§ 5 ff. der Anlage 6 BMV-Z),

## Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

- mutmaßlich mangelhaft ausgeführter Zahnersatzversorgung innerhalb von einem Monat (vgl. §§ 5 ff. der Anlage 6 BMV-Z), nicht losgelöst von der maßgeblichen Sechs-Wochen-Frist durch die Krankenkassen umgesetzt werden.

Gründe, die hingegen in den Verantwortungsbereich der Krankenkasse fallen wie z. B. Organisationsmängel oder Arbeitsüberlastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sind nicht hinreichend. Dies gilt gleichermaßen für Gründe, die in den Verantwortungsbereich des MDK bzw. des Gutachters fallen. Daher müssen sowohl Krankenkassen als auch der jeweilige MDK bzw. der Gutachter alle in ihren jeweiligen Verantwortungsbereich fallenden Maßnahmen ergreifen, damit eine Leistungsentscheidung zügig, spätestens jedoch innerhalb der Frist von drei, fünf bzw. sechs Wochen erfolgen kann. Die Krankenkassen haben daher unter Berücksichtigung der sehr engen Fristen unverzüglich

- eingehende Leistungsanträge auf ihre Vollständigkeit zu überprüfen,
- die Erforderlichkeit einer gutachtlichen Stellungnahme – ggf. gemeinsam mit dem MDK – zu klären und ggf. eine gutachtliche Stellungnahme in Auftrag zu geben sowie
- ggf. die für eine Leistungsentscheidung bzw. eine in diesem Zusammenhang erforderliche gutachtliche Stellungnahme notwendigen Informationen/Tatsachen abzufordern – soweit nicht der MDK die Einholung von Informationen/Tatsachen übernommen hat; für diesen Fall hat der MDK die Informationen/Tatsachen unverzüglich abzufordern – und
- die eingegangenen Informationen/Tatsachen an den MDK zu übermitteln.

### 9.5 Taggenaue Fristverlängerung (Prognose)

Damit der Leistungsberechtigte problemlos und eindeutig erkennen kann, wann die Fiktion der Genehmigung eintritt, ist es notwendig, dass die Krankenkasse eine taggenaue Verlängerung der Frist vornimmt. Die Krankenkasse kann hierfür den konkreten Verlängerungszeitraum angeben, so dass das Ende der Fristverlängerung vom Antragsteller selbst berechnet werden kann (z. B. „in zwei Wochen“ oder „in 14 Tagen“) oder sie bestimmt das Fristende kalendarisch (z. B. „bis zum TT.MM.JJJJ“).

Die Krankenkasse sollte sich bei der Festlegung der taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes an den Zeiträumen orientieren, die

- bis zum Wegfall eines hinreichenden Grundes – ggf. unter Berücksichtigung der typischerweise bestehenden regionalen Erfahrungswerte/Rahmenbedingungen – zu erwarten bzw. vorgesehen sind und
- bis zum Vorliegen einer ggf. einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme sowie
- für die zu treffende Leistungsentscheidung und Zustellung des Verwaltungsaktes benötigt werden.

## Fristgerechte Verfahren nach § 13 Abs. 3a SGB V

Die Mitteilung über die Fristverlängerung hat schriftlich zu erfolgen, eine (fern-) mündliche Information ist nicht ausreichend. Zu favorisieren ist die schriftliche Mitteilung in Form eines kalendrischen Endes der verlängerten Frist, da dies zum einen eine eindeutige und verbindliche Information für den Leistungsberechtigten darstellt und zum anderen der Krankenkasse die weitere Bearbeitung des Leistungsantrages erleichtert, da der weitere Bearbeitungsprozess an einem eindeutigen „Wiedervorlage-Datum“ ausgerichtet werden kann.

Stellt sich im weiteren Verlauf heraus, dass die erste sachlich gerechtfertigte Frist nicht ausreicht und sich somit als zu kurz erweist, kann die Krankenkasse fristgerecht zur Vermeidung der Genehmigungsfiktion dem Leistungsberechtigten die hinreichenden Gründe erneut mit einer taggenauen Prognose schriftlich mitteilen. Bei sachlich gerechtfertigter Notwendigkeit kann sich dieser Prozess ggf. mehrfach wiederholen. Erst wenn sich der Leistungsberechtigte nach Ablauf der letzten, hinreichend begründeten Frist eine erforderliche Leistung selbst beschafft, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R).

Mit der prognostizierten taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes ist letztlich das Ende der (verlängerten) Frist gemeint. Denn nach der Gesetzeskonstruktion des § 13 Abs. 3a SGB V muss der Versicherte den Zeitpunkt des Eintritts der Genehmigungsfiktion erkennen können, um sich die erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffen zu können oder als Naturalleistung zu beanspruchen. Das ist durch die im Gesetz konkret benannten Fristen und Mitteilungspflichten der Krankenkasse sichergestellt. Dies bedeutet, dass sich die Krankenkasse bei der Festlegung der taggenau anzugebenden Dauer des Bestehens eines hinreichenden Grundes an den Zeiträumen zu orientieren hat, die

- bis zum Wegfall eines hinreichenden Grundes – ggf. unter Berücksichtigung der typischerweise bestehenden regionalen Erfahrungswerte/Rahmenbedingungen – zu erwarten bzw. vorgesehen sind und
- bis zum Vorliegen einer ggf. einzuholenden gutachtlichen Stellungnahme sowie
- für die zu treffende Leistungsentscheidung und Zustellung des Verwaltungsaktes benötigt werden.

Fällt der hinreichende Grund bereits eher – als prognostiziert – weg, führt dies nicht zu einer entsprechenden Fristverkürzung, da andernfalls die Krankenkasse die – auf Grundlage einer Prognose – festgelegte (verlängerte) Frist wieder berichtigen und den Versicherten/Bevollmächtigten erneut informieren müsste.

## Fristenberechnung

## 10. Fristenberechnung

Für die Berechnung der Fristen gelten die §§ 187 bis 193 BGB entsprechend (vgl. § 37 Satz 1 SGB I i. V. m. § 26 Abs. 1 SGB X). Da der Eingang des Antrags ein Ereignis im Sinne des § 187 Abs. 1 BGB darstellt, beginnt die Frist mit dem Tag, der auf den Tag des Antragseingangs folgt, und endet mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche, welcher durch seine Benennung oder seine Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis fällt (vgl. §§ 187 Abs. 1 und 188 Abs. 2 BGB). Fällt das Ende einer Frist auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages (vgl. § 26 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 Satz 1 SGB X).

Regelungen zur Unterbrechung der Frist, wie spezialgesetzlich zum längerfristigen Heilmittelbehandlungsbedarf in § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V bestimmt, bzw. zur Hemmung oder zum Neubeginn der Frist sind sowohl in der allgemeinen Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V als auch in § 26 SGB X nicht vorgesehen und können weder in Analogie zur spezialgesetzlichen Regelung des § 32 Abs. 1a Satz 4 SGB V noch entsprechend der Vorschriften im BGB zur Verjährung (vgl. §§ 203 bis 213 BGB) zur Anwendung gelangen. Die Frist beginnt damit am Tag nach Zugang des Antrags und läuft ohne Unterbrechung oder Hemmung nach drei, fünf bzw. sechs Wochen ab (siehe auch Abschnitt 6 letzter Absatz).

### Beispiel 1 – Entscheidungsfristen der Krankenkasse

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 06.03. (Dienstag/Ereignistag)
<b>Ergebnis:</b>	
Fristbeginn	am 07.03. (Mittwoch)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 27.03. (Dienstag)
fünf Wochen	am 10.04. (Dienstag)
sechs Wochen	am 17.04. (Dienstag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.	

## Fristenberechnung

## Beispiel 2 – Beginn der Entscheidungsfristen der Krankenkasse

Einwurf des Antrags bei der Krankenkasse (Briefkasten)	am 11.03. (Sonntag)
Gilt als zugegangen	am 12.03. (Montag/Ereignistag)
<b>Ergebnis:</b>	
Fristbeginn	am 13.03. (Dienstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 02.04 (Montag)
fünf Wochen	am 16.04. (Montag)
sechs Wochen	am 23.04. (Montag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein	

## Beispiel 3 – Entscheidungsfristen der Krankenkasse mit Fristverlängerung wegen Wochenend-/Feiertagsregelung

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 09.03. (Freitag)
Der 30.03. ist Karfreitag, der 31.03. ist ein Samstag, der 01.04. ist ein Sonntag (Ostersonntag) und der 02.04. fällt auf einen Montag (Ostermontag).	
<b>Ergebnis:</b>	
Fristbeginn	am 10.03. (Samstag)
Fristende bei einer Frist von	
drei Wochen	am 30.03. (Freitag)
fünf Wochen	am 13.04. (Freitag)
sechs Wochen	am 20.04. (Freitag)
Da das Ende der Drei-Wochen-Frist auf einen Feiertag fällt, verlängert sich die Frist gemäß § 193 BGB auf den nächstfolgenden Werktag. Das Fristende fällt somit bei einer Frist von	
drei Wochen	auf den 03.04. (Dienstag)
Der 31.03. ist ein Samstag, der 01. und 02.04. sind Feiertage.	
fünf Wochen	auf den 13.04. (Freitag)
sechs Wochen	auf den 20.04. (Freitag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugegangen sein.	

Die Grundsätze der Fristenberechnung gelten auch für die gutachtlichen Stellungnahmen gegenüber der Krankenkasse. Dabei sind die im Gesetz genannten Zeiträume für die Abgabe der gutachtlichen Stellungnahme von drei bzw. vier Wochen stets als Obergrenzen zu verstehen (s. Abschnitt 7.1).

## Fristenberechnung

## Beispiel 4 – Fristen bei gutachtlichen Stellungnahmen gegenüber der Krankenkasse

Eingang des Antrags bei der Krankenkasse	am 02.03. (Freitag)
Auftragseingang beim MDK	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)
<b>Ergebnis:</b>	
Fristbeginn	am 03.03. (Samstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 23.03. (Freitag)
fünf Wochen	am 06.04. (Freitag)
sechs Wochen	am 13.04. (Freitag)
Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten somit spätestens bis zum jeweils maßgeblichen Fristende zugeworfen sein.	
Die Frist für die gutachtliche Stellungnahme beginnt am 08.03. (Donnerstag), also am Tag nach dem Eingang des Auftrags beim Gutachter/MDK, und endet am Mittwoch, dem 28.03. bei einer Frist von drei Wochen, 04.04. bei einer Frist von vier Wochen.	
Die gutachtliche Stellungnahme muss spätestens bis zum 28.03. bei einer Frist von drei Wochen und spätestens bis zum 04.04. bei einer Frist von vier Wochen bei der Krankenkasse eingegangen sein. Die Leistungsentscheidung der Krankenkasse oder ein hinreichender Grund für die Verzögerung muss dem Leistungsberechtigten spätestens am 06.04. (Freitag) innerhalb der 5-Wochen-Frist, 13.04. (Freitag) innerhalb der 6-Wochen-Frist vorliegen.	

## Beispiel 5 – Taggenaue Prognose (Fortsetzung von Beispiel 4)

Auftragseingang beim MDK	am 07.03. (Mittwoch/Ereignistag)
Fristbeginn	am 08.03. (Donnerstag)
Fristende bei einer Frist von drei Wochen	am 28.03. (Mittwoch)
Der MDK teilt der Krankenkasse am 13.03. (Dienstag) mit, dass weitere Unterlagen vom Behandler anzufordern sind (hinreichender Grund). Die Krankenkasse fordert diese am 15.03. (Donnerstag) an und teilt dem Versicherten dies am selben Tag mit. Sie stellt unter der Annahme, dass die Unterlagen bis zum 02.04. beim MDK eingehen, die taggenaue Prognose, dass mit einer Entscheidung zu rechnen ist bis zum 15.04. (Dienstag).	
<b>Ergebnis:</b>	
Die Krankenkasse hat den Versicherten über die Leistungsentscheidung bis zum 15.04. zu informieren. Sollten die angeforderten Unterlagen nicht oder später als angenommen beim MDK eingehen und ist mit einer fristgemäßen Entscheidung nicht mehr zu rechnen, so hat die Krankenkasse dem Versicherten vor dem Ende der ersten Prognose (15.04.) rechtzeitig über den fortbestehenden hinreichenden Grund zu informieren und eine erneute taggenaue Prognose mitzuteilen.	



## Genehmigungsfiktion

## 11. Genehmigungsfiktion

Die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V und die danach vorgesehene Genehmigungsfiktion wurden mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (BGBl. I S.277) neu eingeführt. Ziel der Regelung soll es ausweislich der Gesetzesbegründung (BT-Drucks. 17/10488, S. 32) sein, die Entscheidungsprozesse und das Bewilligungsverfahren bei den Krankenkassen zu vereinfachen und zu beschleunigen. Zum einen sollen die Leistungsansprüche schnell geklärt werden und zum anderen sollen die Versicherten in kurzer Zeit die erforderlichen Leistungen erhalten. Bei nicht rechtzeitiger Leistungserbringung können sich die Versicherten diese Leistungen selbst beschaffen. Diese Ausnahme vom Sachleistungsprinzip stelle eine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenkasse dar, die nicht in einem vom Gesetzgeber als angemessen angesehenen Zeitraum entscheidet. Die Leistungsberechtigten sollen nach dem Ablauf der vorgegebenen Fristen so gestellt werden, als habe die Krankenkasse den Leistungsantrag von vornherein positiv beschieden (Genehmigungsfiktion, § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V).

Voraussetzungen für das Eintreten der Genehmigungsfiktion sind nach § 13 Abs. 3a Satz 1 bis 5 SGB V und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

- ein hinreichend bestimmter Antrag eines leistungsberechtigten Versicherten (siehe Abschnitte 5 und 6.3), der auf eine grundsätzlich in den Anwendungsbereich des § 13 Abs. 3a SGB V fallende Leistung gerichtet ist, die dieser subjektiv für erforderlich halten durfte, und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt sowie
- das Versäumnis der Krankenkasse, rechtzeitig innerhalb der maßgeblichen Fristen eine Leistungsentscheidung zu treffen, ohne dem Antragsteller hierfür jeweils vor Fristablauf einen hinreichenden Grund und eine taggenau bestimmte Fristverlängerung schriftlich mitzuteilen (siehe Abschnitt 9).

Die Beschränkung der Genehmigungsfiktion auf subjektiv für den Berechtigten erforderliche Leistungen, die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen, soll nach der Rechtsprechung des BSG (nur) einen Rechtsmissbrauch vermeiden. Durch die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V dürften keine Leistungsgrenzen in der GKV überwunden werden, die jedem Versicherten klar sein müssten. Für die bisher ergangenen Entscheidungen des BSG zur Genehmigungsfiktion hat diese Beschränkung keine Bedeutung gehabt.

Nach diesen Entscheidungen darf ein Versicherter die beantragte Leistung bereits dann für erforderlich halten, wenn diese Leistung von einem zuvor konsultierten Arzt oder Psychotherapeuten zur Behandlung einer bestimmten Krankheit fachlich befürwortet wurde (vgl. BSG vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R).

## Genehmigungsfiktion

Nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegt nach der Rechtsprechung eine Leistung, die zumindest ihrer Art nach diesem Leistungskatalog unterfällt. Dies kann auch bei einer Leistung im Rahmen einer neuen Behandlungsmethode, die noch nicht vom G-BA nach § 135 SGB V anerkannt worden ist, der Fall sein.

Sollte der Leistungsberechtigte eine Leistung, die zuvor schon einmal von der Krankenkasse abgelehnt wurde, erneut beantragen, so wird ein neues Verwaltungsverfahren in Gang gesetzt, in dessen Verlauf auch die Fristen gemäß § 13 Abs. 3a SGB V erneut zu beachten sind. In einer solchen Fallgestaltung wird unter Berücksichtigung der Gegebenheiten im Einzelfall zu prüfen sein, ob ein Rechtsmissbrauch im oben genannten Sinne vorliegen kann, weil der Leistungsberechtigte diese Leistung dann nicht (mehr) für erforderlich halten durfte.

Die Folgen des Eintritts einer fingierten Genehmigung werden in den kommenden Abschnitten näher beschrieben und erläutert.

## 12. Folgen der Genehmigungsfiktion

Sind die im Abschnitt 11 genannten Voraussetzungen für den Eintritt der Genehmigungsfiktion erfüllt, gilt die beantragte Leistung als genehmigt (vgl. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V). Ist diese vom Leistungskatalog der GKV umfasst, erwächst dem Leistungsberechtigten aus der fingierten Genehmigung nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein eigenständig durchsetzbarer Anspruch gegen die Krankenkasse auf eine Versorgung mit der Leistung als Sach- oder Dienstleistung (Naturalleistungsanspruch). Dieser Anspruch soll es ermöglichen, dass auch diejenigen Versicherten eine Leistung in Anspruch nehmen können, die finanziell nicht in der Lage sind, sich die beantragte Leistung selbst zu beschaffen.

Betrifft die fingierte Genehmigung dagegen eine nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasste Leistung, die nicht auf dem üblichen Weg der Naturalleistung erbracht werden kann, kann dem Leistungsberechtigten von vornherein nur ein naturalleistungsersetzender Anspruch auf Kostenerstattung, Kostenfreistellung oder Kostenübernahme zustehen.

### 12.1 Naturalleistungsanspruch

Ein Naturalleistungsanspruch kraft Genehmigungsfiktion kommt dann in Betracht, wenn die beantragte Leistung konkret im Naturalleistungssystem (als Sach- oder Dienstleistung) vorgesehen ist. Das kann etwa der Fall sein, wenn es um eine antrags- und genehmigungspflichtige Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geht (siehe Abschnitt 4.3), die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als abrechnungsfähige Leistung mit einer Gebührenordnungsposition aufgeführt ist. Auch auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel (siehe Abschnitt 4.3, Nr. 22), das allgemein von der Leistungspflicht umfasst ist (§ 139 Abs. 1 Satz 2 SGB V), kann dies zutreffen. Der Naturalleistungsanspruch setzt aber – genau wie ein Anspruch auf Kostenerstattung, Kostenfreistellung oder Kostenübernahme – nicht voraus, dass der jeweilige Leistungsberechtigte im Einzelfall auch einen materiell-rechtlichen Anspruch auf die beantragte Leistung hat (vgl. u. a. BSG vom 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R).

Sofern der Leistungsberechtigte dies nicht ausdrücklich anders beantragt hat, dürfte in solchen Fällen der Leistungsantrag grundsätzlich auf die Versorgung durch zugelassene oder sonstige zur Teilnahme an der Versorgung berechtigte Leistungserbringer (zugelassene Leistungserbringer) gerichtet sein (vgl. etwa § 95 Abs. 1, 4 und 10 SGB V, § 108 SGB V oder § 126 Abs. 1 und 1a SGB V). Zu beachten ist, dass eine Beschränkung auf eine Versorgung durch diese Leistungserbringer jedoch nicht mehr wirkt, wenn die Krankenkasse nach dem Eintritt der Genehmigungsfiktion dennoch eine ablehnende Entscheidung über den Antrag trifft. Der Versicherte kann dann nicht prinzipiell auf eine Selbstbeschaffung der Leistung bei zugelassenen Leistungserbringern verwiesen werden und sich eine der beantragten Naturalleistung entsprechende Leistung auch bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer verschaffen (vgl. u. a. BSG vom 26.9.2017, B 1 KR 6/17 R).

## Folgen der Genehmigungsfiktion

### 12.2 Kostenerstattung

Hat sich der Leistungsberechtigte die als genehmigt geltende Leistung selbst beschafft und sind ihm dadurch Kosten entstanden, steht ihm unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V gegen seine Krankenkasse zu.

#### 12.2.1 Selbstbeschaffung

Eine Leistung ist gemäß § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V selbst beschafft, wenn im Verhältnis zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Leistungserbringer ein unbedingtes, auf die beantragte und fiktiv genehmigte Leistung bezogenes Verpflichtungsgeschäft mit einer endgültigen rechtlichen Zahlungsverpflichtung des Leistungsberechtigten zustande gekommen ist (vgl. BSG vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R).

Der Leistungsberechtigte darf diese rechtlich verbindliche Vereinbarung erst nach dem Ablauf der nach § 13 Abs. 3a SGB V jeweils maßgeblichen Frist abgeschlossen haben. Hat er dies schon vor dem Fristablauf getan, scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V insgesamt aus.

Zudem muss die selbstbeschaffte Leistung der ursprünglich beantragten Leistung nach Art und Umfang entsprechen und grundsätzlich auf der gleichen Indikationsstellung beruhen. Nur dann darf der Leistungsberechtigte diese Leistung auch noch im Zeitpunkt der Beschaffung subjektiv für erforderlich halten (vgl. Abschnitt 11) und davon ausgehen, dass sich die fingierte Genehmigung nicht bereits erledigt hat (vgl. Abschnitt 13.2).

#### 12.2.2 Selbstbeschaffung im Ausland

Die Leistungsberechtigten haben sich diese auch dann in zulässiger Weise selbst beschafft, wenn sie sich nach Eintritt der Genehmigungsfiktion zur Inanspruchnahme in das Ausland begeben, ohne dass die damit verbundene Behandlung im Ausland bereits vorab Gegenstand des Leistungsantrages gewesen sein muss. Sie sind weder verpflichtet, sich diese Leistung im Inland zu verschaffen, noch bei einer Selbstverschaffung im Ausland die Bedingungen der GKV zu einer abrechenbaren Auslandsversorgung einzuhalten. Es sind dann nicht diejenigen Regelungen einzuhalten, denen GKV-Versicherte gemäß § 13 Abs. 4 Satz 2 und Abs. 5 SGB V unterworfen sind, sollten sie eine Auslandsbehandlung in Anspruch nehmen (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 33, 35).

Nach den Feststellungen des BSG kann die Leistungsanspruchnahme im Ausland auch argumentativ nicht durch den Hinweis auf die Schadensersatzpflichten eingeschränkt werden, denen ärztliche Behandler in Deutschland bei erheblichen Sorgfalts-, Informations- und Pflichtverletzungen unterliegen, da die im Ausland praktizierenden Ärztinnen und Ärzte den Sorgfalts- und ggf.

## Folgen der Genehmigungsfiktion

Schadensersatzpflichten nach den vom einschlägigen Privatrecht berufenen Sachnormen der jeweiligen Rechtsordnungen unterliegen würden (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 36).

Des Weiteren komme es nicht darauf an, ob die fiktiv genehmigte Leistung in Deutschland, einem anderem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz zur Verfügung stand (EG 883/2004 zu beschränken (vgl. BSG vom 11.09.2018, B 1 KR 1/18 R, Rn. 33, 35).

Zur Selbstbeschaffung einer Leistung im Ausland gelten die in Abschnitt 12.2.1 aufgeführten Grundsätze entsprechend.

### 12.2.3 Wirksame Kostenbelastung und Höhe der Kostenerstattung

Hat sich der Leistungsberechtigte die Leistung in zulässiger Weise selbst beschafft, ist die Krankenkasse verpflichtet, ihm die durch die Selbstbeschaffung rechtswirksam entstandenen Kosten zu erstatten. Der Erstattungsanspruch ist also nicht auf die Erstattung der Kosten beschränkt, die der Krankenkasse im Fall der Erbringung als Naturalleistung entstanden wären. Insoweit orientiert sich die Verpflichtung zur Erstattung der Kosten nach § 13 Abs. 3a SGB V an der Erstattungsregelung in § 13 Abs. 3 SGB V (vgl. BT-Drucks. 17/10488, S. 32).

Soweit es um die Kosten einer privatärztlichen Behandlung geht, besteht ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch und eine entsprechende Kostenbelastung des Leistungsberechtigten nur, wenn der Arzt dem Leistungsberechtigten eine ordnungsgemäße Abrechnung nach den formellen Voraussetzungen der GOÄ (§ 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ) erteilt. Das ist nicht der Fall, wenn der Arzt anstelle der Vergütung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung stellt und den Auslagenersatz pauschaliert (vgl. BSG vom 11.07.2017, B 1 KR 1/17 R, Rn. 29 und 34).

Sofern der Leistungsberechtigte ohne die Selbstbeschaffung Zuzahlungen gemäß § 62 SGB V zu leisten hätte, mindern diese den Erstattungsanspruch. Entsprechendes gilt etwa für den bei einer Versorgung mit Zahnersatz gemäß § 55 SGB V vom Versicherten zu übernehmenden Eigenanteil (Vgl. Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses, BT-Drucks. 17/11710, S. 30).

Hat der Leistungsberechtigte im Rahmen des von ihm gewählten Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 Abs. 2 SGB V einen Antrag auf eine genehmigungspflichtige Leistung bei seiner Krankenkasse gestellt (siehe Abschnitt 4.3), kann er auch nach eingetretener Genehmigungsfiktion keine vollständige Erstattung der Kosten verlangen. Wählen Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, so werden sie von ihrer Krankenkasse nach §§ 14 und 15 SGB I in der Regel über ihre Rechte und Pflichten in diesem Zusammenhang beraten und aufgeklärt. Dem Leistungsberechtigten muss also bereits vor der Inanspruchnahme einer fiktiv genehmigten Leistung bekannt sein, dass der Anspruch auf Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung besteht, die die

## Folgen der Genehmigungsfiktion

Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte (§ 13 Abs. 2 S. 8 SGB V). Dies gilt gleichermaßen für zu entrichtende Zuzahlungen und den in der jeweiligen Satzung vorgesehen Abschlag für Verwaltungskosten vom Erstattungsbetrag.

Ein Leistungsberechtigter, der nach § 13 Abs. 2 SGB V Kostenerstattung gewählt hat, kann demnach auch im Fall einer fiktiven Genehmigung seines Antrags eine Kostenerstattung nur in der Höhe beanspruchen, in der sie ihm nach den gesetzlichen Vorgaben in § 13 Abs. 2 SGB V auch bei einer von der Krankenkasse rechtzeitig erteilten Genehmigung zugestanden hätte.

Diese Begrenzung des Kostenerstattungsanspruchs im Rahmen des § 13 Abs. 2 SGB V muss dem Leistungsberechtigten bewusst sein, insbesondere dann, wenn ihm bereits in der Vergangenheit von der Krankenkasse Kosten in diesem Kontext erstattet wurden.

### 12.3 Kostenfreistellung

Hat der Leistungsberechtigte über die fiktiv genehmigte Leistung zwar ein verbindliches Verpflichtungsgeschäft mit einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung abgeschlossen (Selbstbeschaffung), den Vergütungsanspruch des Leistungserbringers aber noch nicht erfüllt, fehlt es an einer Kostenbelastung des Leistungsberechtigten. Ein Kostenerstattungsanspruch scheidet dann aus. Stattdessen kommt ein Anspruch des Leistungsberechtigten auf Freistellung von seiner Zahlungsverpflichtung in Betracht. Dieser Anspruch ist dann auf eine Zahlung der Krankenkasse unmittelbar an den Leistungserbringer gerichtet.

Im Übrigen gelten für diesen Anspruch die Ausführungen unter 12.2.1 und 12.2.2 entsprechend.

### 12.4 Kostenübernahme

Ist der Leistungsberechtigte bezüglich der fiktiv genehmigten Leistung noch keine verbindliche Vereinbarung mit einer entsprechenden Zahlungsverpflichtung eingegangen (keine Selbstbeschaffung), kann er verlangen, dass die Krankenkasse die Kosten für die Leistung dem Grunde nach vorab übernimmt und nach der Inanspruchnahme der Leistung unmittelbar mit dem Leistungserbringer abrechnet. Die Krankenkasse hat dazu eine Kostenübernahmeerklärung zu erteilen, mit der sie die Abrechnungsfähigkeit der Leistung und einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegen sie dem Grunde nach anerkennt.

Die Ausführungen unter 12.2.1 (dritter Absatz) und 12.2.2 gelten für den Anspruch auf Kostenübernahme entsprechend.

Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

## 13. Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

So wie ein von der Krankenkasse erlassener und bekannt gegebener Verwaltungsakt, bleibt auch eine fingierte Genehmigung wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt ist (vgl. § 39 Abs. 2 sowie §§ 45, 47 und 48 SGB X).

### 13.1 Aufhebung der fingierten Genehmigung

Eine Ablehnung der Leistung, die von der Krankenkasse nach dem Ablauf der Fristen nach § 13 Abs. 3a Satz 1 oder 4 SGB V bekanntgegeben wird, stellt noch keine Aufhebung der fingierten Genehmigung dar. Dafür bedarf es vielmehr eines ausdrücklichen Aufhebungsbescheids. Ergeht der Aufhebungsbescheid nach dem Erlass eines verfristeten Ablehnungsbescheids, der bereits Gegenstand eines Widerspruchs-, Klage- oder Berufungsverfahrens ist, wird der Aufhebungsbescheid automatisch Gegenstand des jeweils anhängigen Verfahrens (vgl. § 86 SGG und § 96 Abs. 1 i.V.m. § 153 Abs. 1 SGG).

Derzeit kann hinsichtlich des Prüfungsmaßstabs für die Aufhebung einer fingierten Genehmigung, insbesondere deren Rücknahme nach § 45 SGB X (rechtswidriger begünstigender Verwaltungsakt), noch nicht von einer einheitlichen Auffassung der für die Revisionsverfahren zu § 13 Abs. 3a SGB V zuständigen Senate des Bundessozialgerichts ausgegangen werden.

Nach Ansicht des für die meisten leistungsrechtlichen Verfahren zuständigen 1. Senats des BSG kann eine Krankenkasse eine fingierte Leistungsgenehmigung nur aufheben, wenn die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion von Anfang an nicht vorlagen oder später entfallen sind. Maßstab für die Rechtmäßigkeitsprüfung der fingierten Genehmigung und deren Bestandskraft könnten somit nur die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3a SGB V selbst sein (vgl. u. a. BSG vom 07.11.2017, B 1KR 24/17 R). Wenn diese vorliegen, fehle es an der Rechtswidrigkeit der fingierten Genehmigung (begünstigender Verwaltungsakt) als Grundvoraussetzung für deren Rücknahme nach § 45 SGB X. Die Voraussetzungen der mit dem Antrag geltend gemachten Leistung sollen dagegen für die Rechtmäßigkeit der fingierten Genehmigung ohne Belang sein.

Zur Begründung verweist der 1. Senat auf die Systematik und den Zweck der Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V, die einen eigenen Anspruch des Antragstellers begründe, der ihm allein kraft der Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V durch einen fingierten Verwaltungsakt zustehe. Der Gesetzgeber sei damit bewusst über die Möglichkeiten einer sachleistungsersetzenden Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V hinausgegangen. Dieser eigene Anspruch könne daher rechtmäßig auch eine (nicht offensichtlich) außerhalb des Leistungskatalogs befindliche Leistung betreffen, auf die der Antragsteller sonst keinen materiell-rechtlichen Anspruch habe.

## Wirksamkeit der Genehmigungsfiktion

Im Gegensatz dazu neigt der für Verfahren zu § 13 Abs. 3a SGB V im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zuständige 3. Senat des BSG zu der Auffassung, dass die Voraussetzungen für eine rechtmäßige Aufhebung der fingierten Genehmigung an dem materiell-rechtlich genehmigten Leistungsanspruch zu bemessen seien (vgl. BSG vom 11.05.2017, B 3 KR 30/15 R). Auch auf eine fingierte Genehmigung fänden die allgemeinen Regelungen zur Bestandskraft und Aufhebung von Verwaltungsakten (§§ 39 ff., 44 ff. SGB X) Anwendung. Die Bestandskraft einer solchen (nur) fingierten Genehmigung könne nicht stärker sein als die einer ausdrücklich mittels eines formellen Verwaltungsakts erteilten Genehmigung. Nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V werde lediglich der Erlass der Genehmigung selbst fingiert, nicht aber deren Rechtmäßigkeit.

Die Krankenkasse müsste daher die Möglichkeit haben, eine fingierte Genehmigung, die der objektiven Rechtslage widerspreche, genauso aufzuheben, als wäre eine solche Genehmigung im Wege eines formellen begünstigenden Verwaltungsakts erlassen worden. Dabei habe grundsätzlich eine Abwägung mit Gesichtspunkten des Vertrauensschutzes des Betroffenen entsprechend §§ 44 ff. SGB X zu erfolgen. Habe der Versicherte also auf die beantragte und fiktiv genehmigte Leistung nach dem Recht der GKV keinen Sachleistungsanspruch, könne die fingierte Genehmigung unter den Voraussetzungen des § 45 SGB X jedenfalls dann zurückgenommen werden, solange er sich die Leistung noch nicht selbst beschafft und noch keine Kosten veranlasst habe.

### 13.2 Erledigung auf andere Weise

Eine Genehmigung (Verwaltungsakt) kann sich auf andere Weise im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB X erledigen, wenn deren Bestand für den Adressaten erkennbar von vornherein an den Bestand einer bestimmten Situation gebunden ist. Besteht diese Situation nicht mehr, verliert die Genehmigung in der Regel ihre Wirksamkeit, ohne dass es dazu eines Aufhebungsbescheides bedarf.

Dementsprechend kann sich auch die fingierte Genehmigung einer Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB V auf andere Weise als durch eine Aufhebung erledigen, wenn etwa die ursprünglich behandlungsbedürftige Krankheit nach ärztlicher – dem Antragsteller bekannter – Einschätzung vollständig geheilt ist. Durch diese Änderung der Sachlage verbleibt für die fiktive Genehmigung kein Anwendungsbereich mehr und sie wird gegenstandslos. Denkbar ist eine Erledigung nach dem Eintritt einer fiktiven Genehmigung aber auch dann, wenn die Krankheit noch nicht vollständig geheilt ist und sich die Ausprägung oder Schwere der Krankheit soweit verändert haben, dass die Leistung in ihrer zuvor beantragten Form zum Zeitpunkt ihrer Beschaffung auch subjektiv nicht mehr erforderlich gewesen wäre.

Die Genehmigungsfiktion gilt stets nur bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses.



Inkrafttreten/Übergangsregelung

## **14. Inkrafttreten/Übergangsregelung**

Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten ist am 26.02.2013 in Kraft getreten. Da Übergangsregelungen nicht vorgesehen sind, gilt § 13 Abs. 3a SGB V für alle in Frage kommenden Leistungen, die nach dem 25.02.2013 beantragt werden.

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019 in Berlin

#### 3. § 38 SGB V – Haushaltshilfe;

hier: Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers zum Zwecke der Abrechnung von Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V

#### Sachstand:

Gemäß § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V werden für Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad keine Kosten für Haushaltshilfe erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstaufschlag erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Zur Berechnung des Verdienstaufschlages werden von den Krankenkassen unterschiedliche Mustervordrucke zur Bescheinigung des ausgefallenen Verdienstes durch die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber verwendet. Mit Schreiben vom 24.10.2017 wies die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) darauf hin, dass die unterschiedlichen Mustervordrucke der Krankenkassen regelmäßig zu Problemen führen, da vergleichbare Sachverhalte in Abhängigkeit der zuständigen Krankenkasse unterschiedlich bescheinigt werden müssen. Aus diesem Grund trat die BDA mit der Bitte um Vereinheitlichung der kassenseitigen Mustervordrucke zur Bescheinigung des Verdienstaufschlages durch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber an den GKV-Spitzenverband heran.

Im Rahmen der Fachkonferenz zum Leistungs- und Beziehungsrecht vom 12.06.2018 haben die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer einvernehmlich die Auffassung vertreten, dass die Inhalte der Verdienstbescheinigungen zum Zwecke der Abrechnung von Haushaltshilfe auf Basis eines von einer Arbeitsgruppe zur Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht erarbeiteten Entwurfs harmonisiert werden sollen.

Der GKV-Spitzenverband hat auf Basis des o.g. Entwurfs die Abstimmung mit der BDA in Bezug auf die zu erhebenden Daten sowie die Möglichkeiten einer maschinellen Ausfüllunterstützung für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber herbeigeführt. In diesem Zusammenhang wurde die Notwendigkeit erkannt, eine Ausfüllanleitung zur Bescheinigung des Verdienstaufschlages zur Haushaltshilfe zu



erarbeiten und redaktionelle Anpassungen zu den Inhalten der Bescheinigung des Verdienstaufalles vorzunehmen.

Die Ausfüllanleitung sowie die Anpassungen zu den Inhalten der Bescheinigung des Verdienstaufalles wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht erarbeitet und final mit der BDA abgestimmt (vgl. Anlagen).

Daher war eine abschließende Beratung im Rahmen der Fachkonferenz zum Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer beschließen einvernehmlich die Inhalte der Bescheinigung des Verdienstaufalles zur Haushaltshilfe i. S. d. § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V zum Zwecke der Abrechnung von Haushaltshilfe sowie die entsprechende Ausfüllanleitung auf der Basis der mit der BDA abgestimmten Entwürfe.

Des Weiteren wird festgelegt, dass die beschlossenen Inhalte der Bescheinigung des Verdienstaufalles sowie die Ausfüllanleitung von den jeweiligen Krankenkassen in das eigene Corporate Design/Layout überführt werden. Dies betrifft jedoch nicht die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), da für die Versicherten neben der Haushaltshilfe auch ein Leistungsanspruch auf Betriebshilfe nach § 11 KVLG 1989 bestehen kann und somit zur Abrechnung der Leistung weitere Angaben benötigt werden.

Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, seine Mitglieder über ein entsprechendes Rundschreiben zu informieren.

### **Anlagen**

## Bescheinigung des Verdienstaufalles zur Haushaltshilfe i.S.d. § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V

KV-NR des Versicherten: *von der Krankenkassen anzugeben*

### 1. Allgemeine Angaben

#### 1.1. Persönliche Daten der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

#### 1.2. Angaben zum Arbeitgeber

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

### 2. Angaben zum Verdienstaufall

2.1. Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet?  Nein  Ja zum

2.2. Unbezahlte Freistellung von

2.3. Unbezahlte Freistellung bis

2.4. Regelmäßige Arbeitstage  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

2.5. Gesamtzahl der unbezahlten Arbeitstage im Freistellungszeitraum

2.6. Während der Freistellung insgesamt ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt  €

2.7. Die Kürzung erfolgt  arbeitstäglich  werktätlich  kalendertätlich

2.8. Wir können unsere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter auch stundenweise von der Arbeit freistellen:  Ja  Nein

2.9. Die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgte für täglich  Stunden

2.10. Zu berücksichtigender Stundenlohn:  €

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel des Arbeitgebers



**Ausfüllanleitung zur Bescheinigung des Verdienstaufalles  
zur Haushaltshilfe i.S.d. § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V**

**1.1 Persönliche Daten der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers**

Hier ist der Name, Vorname und das Geburtsdatum der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers anzugeben, da der Anspruch auf Haushaltshilfe von der Krankenkasse realisiert wird, bei der die erkrankte Person versichert ist.

**1.2 Angaben zum Arbeitgeber**

Hier ist der Name, die Anschrift und die Telefonnummer des Arbeitgebers anzugeben. Die Daten werden benötigt, damit die Krankenkasse den Arbeitgeber für Rückfragen zur Bescheinigung kontaktieren kann.

**2.1 Wird/Wurde das Arbeitsverhältnis beendet**

Hier ist anzugeben, ob das Arbeitsverhältnis beendet wurde. Dabei ist zu beachten, dass das sozialversicherungsrechtliche Beschäftigungsverhältnis ohne Arbeitsentgelt längstens für einen Monat fortbesteht (§ 7 Abs. 3 SGB IV).

**2.2 unbezahlte Freistellung von**

**2.3 unbezahlte Freistellung bis**

Hier ist jeweils das Datum anzugeben, an dem erstmals und letztmalig unbezahlte Freistellung zur Erbringung von Haushaltshilfe gewährt wurde. Dabei ist es unerheblich, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter für den ganzen Tag oder nur stundenweise unbezahlt von der Arbeit freigestellt wurde.

**2.4 Regelmäßige Arbeitstage**

Hier sind die Wochentage anzukreuzen, an denen die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter im Freistellungszeitraum regulär gearbeitet hätte. Sofern die Arbeitstage unregelmäßig, an verschiedenen Wochentagen, geleistet werden, ist eine Angabe nicht erforderlich. Eine detaillierte Aufstellung der voraussichtlichen Arbeitstage in dem Zeitraum der unbezahlten Freistellung kann jedoch hilfreich sein.

**2.5 Gesamtzahl der unbezahlten Arbeitstage im Freistellungszeitraum**

Hier ist ausschließlich die Anzahl der Arbeitstage anzugeben, an denen zur Erbringung von Haushaltshilfe in dem unter 2.2 und 2.3 gemeldeten Zeitraum nicht gearbeitet wurde, ansonsten aber hätte gearbeitet werden müssen. Dabei ist es unerheblich, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter für den ganzen Tag oder nur stundenweise unbezahlt von der Arbeit freigestellt wurde.

**2.6 Während der Freistellung insgesamt ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt**

Hier ist das während des Freistellungszeitraums ausgefallene Nettoarbeitsentgelt, ohne einmalige Zuwendungen und beitragsfreies Entgelt, zu melden. Das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt in die-

sem Sinne ist die Differenz zwischen dem Nettoarbeitsentgelt, welches ohne die unbezahlte Freistellung erzielt worden wäre, und dem tatsächlich gezahlten Nettoarbeitsentgelt.

### **2.7 Angabe der Kürzung des Arbeitsentgelts**

Die Erstattung des Verdienstausfalles im Rahmen der Haushaltshilfe wird für die Tage erbracht, für die es ausgefallen ist. Eine gleichbleibende, durchschnittliche Zahlweise pro Leistungstag ist im Rahmen der Erstattung des Verdienstausfalles zur Erbringung von Haushaltshilfe nicht möglich. Aus diesem Grund ist anzugeben, wie die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt. Die Angabe werktätlich ist erforderlich, wenn die Kürzung des Arbeitsentgelts für jeden Tag einer Woche mit Ausnahme von Sonn- und Feiertagen erfolgt. Die Angabe arbeitstätlich ist erforderlich, wenn die Kürzung des Arbeitsentgelts für Montag bis Freitag mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage erfolgt. Sofern für jeden Kalendertrag der Abwesenheit die Kürzung des Arbeitsentgelts vorgenommen wird, ist die Angabe kalendertätlich erforderlich.

### **2.8 Wir können unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freistellen**

Hier ist anzugeben, ob der Arbeitgeber seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit anbietet auch stundenweise von der Arbeit freigestellt zu werden. Dies ist unabhängig davon anzugeben, ob die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter diese Möglichkeit auch tatsächlich in Anspruch genommen hat.

### **2.9 Die Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt für täglich X Stunden**

Wurde die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freigestellt oder bezieht einen Stundenlohn, sind die täglichen Stunden anzugeben, für die das Arbeitsentgelt gekürzt wurde. Sofern die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter unregelmäßige Arbeitsstunden leistet oder die stundenweise Freistellung in dem beantragten Zeitraum unregelmäßig ist, ist keine Angabe zu machen. Eine detaillierte Aufstellung der Stunden kann jedoch hilfreich sein.

### **2.10 zu berücksichtigender Stundenlohn**

Wurde die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter stundenweise von der Arbeit freigestellt oder bezieht einen Stundenlohn, ist der zu berücksichtigende Stundenlohn für die freigestellten Stunden anzugeben. Der zu berücksichtigende Stundenlohn ist aus dem ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt dividiert durch die ausgefallenen Stunden zu ermitteln.

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019 in Berlin

4.     **§ 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes,  
§ 45 SGB VII – Voraussetzungen für das Verletztengeld;  
hier: Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß  
§ 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII**

#### Sachstand:

Nach § 45 Abs. 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (Kinderkrankengeld), wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Mit dem gemeinsamen Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 04./05.12.2018 zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene in Abstimmung mit der gesetzlichen Unfallversicherung grundlegende Hinweise zu den im Zusammenhang mit der Gewährung von Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld relevanten fachlichen Fragen und Anforderungen veröffentlicht.

Durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG, BGBl. I Nr. 18 vom 10.05.2019, S. 646 ff.), welches in weiten Teilen am 11.05.2019 in Kraft getreten ist, hat sich die Notwendigkeit ergeben, Aussagen im gemeinsamen Rundschreiben zu aktualisieren, um damit eine einheitliche Umsetzung der gesetzlichen Änderungen zu gewährleisten. So wurde die Nennung der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Berufsunfähigkeit in § 50 SGB V durch das TSVG gestrichen. Weiterhin gelten nunmehr Stief- und Enkelkinder auch dann als Kinder im Sinne des § 10 Abs. 4 SGB V, wenn sie mit dem Anspruchsberechtigten in häuslicher Gemeinschaft leben.



Fraglich war daher, ob und inwiefern die bisher im gemeinsamen Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 04./05.12.2018 zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII enthaltenen Aussagen einer Überarbeitung oder Ergänzung bedürfen. Eine Beratung im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht war daher angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass aufgrund der gesetzlichen Änderungen durch das TSVG eine Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 04./05.12.2018 zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII erforderlich ist und beschließen ein entsprechend aktualisiertes gemeinsames Rundschreiben.

Alle Änderungen können Änderungshistorie des gemeinsamen Rundschreibens entnommen werden. Das überarbeitete gemeinsame Rundschreiben ist als Anlage beigefügt.

### **Anlage**



GKV–Spitzenverband, Berlin<sup>1</sup>

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin<sup>2</sup>

---

Gemeinsames Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 18./19.06.2019 zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII

---

---

<sup>1</sup> Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

<sup>2</sup> Die DGUV ist der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand.

## Vorwort

Dieses gemeinsame Rundschreiben vom 06./07.12.2017 führt die Inhalte aller bisherigen gemeinsamen Rundschreiben der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 06.12.1973, 09.12.1988, 12.12.1991, 18.06.2001 und 21.12.2009 zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes zusammen, wobei diese bei Bedarf entsprechend der aktuellen gesetzlichen Regelungen angepasst wurden. Damit werden alle bisherigen Aussagen in den vorgenannten gemeinsamen Rundschreiben zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ersetzt. Auch die Inhalte der gemeinsamen Verlautbarung der ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen vom 13.08.2002, die zur Umsetzung des Gesetzes zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder vom 26.07.2002 (BGBl Teil I Nr. 53 vom 31.07.2002, S. 2872 ff.) veröffentlicht wurde, sind entsprechend der rechtlichen Entwicklung Bestandteil dieses Rundschreibens und ersetzen daher die gemeinsame Verlautbarung. Weiterhin werden Hinweise zum Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben. Dabei werden zur sprachlichen Vereinfachung die Begrifflichkeiten Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld benutzt.

Die Erstellung eines neuen gemeinsamen Rundschreibens war u.a. aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen gesetzlichen Änderungen erforderlich geworden. Am 01.01.2015 trat das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (BGBl. Teil I Nr. 64 vom 23.12.2014, S. 2462 ff.) in Kraft. Hierdurch werden erstmalig die Höhe und die Berechnungsgrundlage des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes unmittelbar gesetzlich geregelt. Weiterhin wird in § 45 SGB V nunmehr auch geregelt, wie Krankengeld bei Erkrankung des Kindes aus Arbeitseinkommen zu berechnen ist.

Es wurde eine Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens erforderlich, weshalb das gemeinsame Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 18./19.06.2019 das bisherige gemeinsame Rundschreiben vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 04./05.12.2018 ablöst.

Mit diesem Rundschreiben geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene grundlegende Hinweise zu den in diesem Kontext relevanten fachlichen Fragen und Anforderungen, um so eine einheitliche Rechtsanwendung in der Praxis zu gewährleisten. Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und falls erforderlich auch mit der gesetzlichen Unfallversicherung weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt. Diese Lösungen werden im Rundschreiben regelmäßig aktualisiert und in einer Änderungsübersicht kenntlich gemacht. Der Änderungshistorie können in Kurzform der Hintergrund und die betroffenen Passagen der Änderung entnommen werden; soweit dort keine Änderungshistorie vorhanden ist, befindet sich der Text demnach in der Ursprungsfassung vom 06./07.12.2017.

Die Beispiele wurden weitestgehend unabhängig von Jahreszahlen gestaltet. Bei Beispielen mit einer jahresübergreifenden Betrachtung wurde – sofern möglich – statt den Jahreszahlen auf die Begriffe Vorjahr und Folgejahr zurückgegriffen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Änderungshistorie .....</b>	<b>10</b>
<b>2. Gesetzliche Grundlagen.....</b>	<b>12</b>
<b>3. Allgemeines.....</b>	<b>14</b>
Tabelle 1 – Übersicht über die Gliederung des gemeinsamen Rundschreibens .....	15
<b>4. Anspruchsvoraussetzungen .....</b>	<b>16</b>
4.1 Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V.....	16
4.2 Kinderkrankengeld bei einem schwerstkranken Kind nach § 45 Abs. 4 SGB V.....	16
4.3 Anspruchsberechtigter Personenkreis .....	17
4.3.1 Besondere anspruchsberechtigte Personenkreise.....	18
4.3.1.1 Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige.....	18
4.3.1.2 Künstler und Publizisten.....	19
4.3.1.3 Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte .....	19
4.3.1.4 In einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger).....	19
4.3.1.5 Versicherte nach dem KVLG 1989 .....	19
4.3.1.6 Seeleute.....	20
4.3.1.7 Auszubildende .....	20
4.3.1.8 Teilnehmer an Freiwilligendiensten .....	20
4.3.1.9 Arbeitnehmer mit flexibler Arbeitszeitenregelung .....	20
4.3.1.10 Arbeitnehmer mit Familienpflegezeit.....	21
4.3.1.11 Leistungsbezieher nach dem SGB III .....	22
4.3.1.11.1 Leistungsbezieher mit einem schwerstkranken Kind .....	23
4.3.1.11.2 Vorliegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III).....	23
4.3.1.11.3 Bezieher einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) .....	23
4.3.1.11.3.1 Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind .....	23
4.3.1.11.4 Bezieher einer Entlassungsentschädigung (§ 158 SGB III) .....	24
4.3.1.11.4.1 Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind .....	24
4.3.1.12 Rentner, Rentenantragsteller und Versorgungsempfänger .....	24
4.3.1.13 Bezieher von Kurzarbeitergeld .....	25
4.3.1.14 Bezieher von Übergangsgeld.....	25
4.3.1.15 Bezieher von Insolvenzgeld.....	25
4.3.1.16 Versicherte, die sich in Elternzeit befinden .....	26
4.3.1.16.1 Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind .....	26
4.4 Kinder.....	26
4.4.1 Alter des Kindes .....	28
Beispiel 1 – Erwachsenen Kind mit einer Behinderung .....	28
4.4.1.1 Altersbegrenzung bei einem schwerstkranken Kind .....	28
4.5 Ärztliches Zeugnis .....	29

4.5.1	Angaben des ärztlichen Zeugnisses bei einem schwerstkranken Kind .....	29
4.6	Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege .....	29
4.6.1	Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind .....	30
4.7	Eine andere im Haushalt lebende Person .....	30
4.7.1	Besonderheit bei einem schwerstkranken Kind .....	31
<b>5.</b>	<b>Beginn und Dauer des Anspruchs .....</b>	<b>32</b>
5.1	Arbeitstag .....	32
5.2	Anspruchsbeginn .....	32
5.2.1	Anspruchsbeginn bei einem schwerstkranken Kind .....	33
5.3	Anspruchsdauer .....	33
5.3.1	Anspruchsdauer bei einem schwerstkranken Kind .....	34
5.3.2	Dauer des Anspruchs bei Erkrankung mehrerer Kinder .....	35
5.3.3	Ende des Beschäftigungsverhältnisses .....	35
5.3.3.1	Besonderheit bei einem schwerstkranken Kind .....	36
5.3.4	Wechsel in der Betreuung .....	36
5.3.4.1	Betreuungswechsel bei einem schwerstkranken Kind .....	37
5.3.5	Übertragung des Anspruchs .....	37
5.3.6	Anspruchsdauer bei Wechsel des Personensorgerechts .....	38
Beispiel 2 – Wechsel des Personensorgerechts .....		38
5.3.7	Alleinerziehende Versicherte .....	39
5.3.8	Fortzahlung anderer Entgeltersatzleistungen .....	40
5.4	Übersicht zum Anspruch und zur Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer .....	41
Tabelle 2 – Anspruch auf Kinderkrankengeld und Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer .....		41
<b>6.</b>	<b>Arbeitsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber .....</b>	<b>43</b>
6.1	Besonderheiten bei Auszubildenden, für die das Berufsbildungsgesetz (BBiG) gilt .....	46
6.2	Ansprüche bei einem schwerstkranken Kind .....	46
<b>7.</b>	<b>Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes .....</b>	<b>47</b>
7.1	Allgemeines .....	47
7.2	Berechnung aus dem Arbeitsentgelt .....	47
Beispiel 3 – Ermittlung der unbezahlten Kalendertage .....		48
Formel 1 – Berechnung ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt .....		48
Formel 2 – Berechnung mit einmalig gezahltem Arbeitsentgelt .....		48
7.2.1	Maßgebender Freistellungszeitraum .....	49
Beispiel 4 – Freistellungszeitraum Arbeitgeber entspricht ärztlicher Bescheinigung .....		49
Beispiel 5 – Freistellungszeitraum Arbeitgeber entspricht nicht der ärztlichen Bescheinigung .....		49
Beispiel 6 – Mehrere Freistellungen in einem Kalendermonat .....		50
Beispiel 7 – Freistellung ohne Kürzung und mit Kürzung des Arbeitsentgelts in einem Kalendermonat .....		51

Beispiel 8 – Teilweise bezahlte Freistellung .....	51
Beispiel 9 – Weitergewährtes Arbeitsentgelt am ersten Tag der Freistellung.....	52
Beispiel 10 – Freistellung mit Wochenende und Arbeitsentgeltkürzung für Arbeitstage (Mo – Fr) ..	52
Beispiel 11 – Freistellung mit Wochenende, an dem hätte gearbeitet werden müssen.....	53
Beispiel 12 – Wechsel in der Betreuung .....	53
7.2.2 Entgeltabrechnungszeitraum .....	54
Beispiel 13 – Abrechnung im laufenden Monat nach Erkrankung des Kindes.....	55
Beispiel 14 – Abrechnung im laufenden Monat vor der Erkrankung des Kindes .....	55
Beispiel 15 – Abrechnung im Folgemonat.....	55
Beispiel 16 – Abrechnungszeitraumübergreifende Erkrankung des Kindes.....	56
7.2.2.1 Mehrere Freistellungszeiträume in einem Entgeltabrechnungszeitraum.....	56
Beispiel 17 – mehrere Freistellungszeiträume in einem Entgeltabrechnungszeitraum .....	57
7.2.2.2 Andere Fehlzeiten in einem Entgeltabrechnungszeitraum .....	57
7.2.3 Während der Freistellung ausgefallenes Arbeitsentgelt .....	57
7.2.3.1 Ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt.....	57
Formel 3– Berechnung des ausgefallenen Bruttoarbeitsentgelts .....	58
Beispiel 18 – Ermittlung des Bruttoarbeitsentgelts bei mehreren Freistellungen in einem Kalendermonat.....	58
Beispiel 19 – Bestimmung des ausgefallenen Arbeitsentgelts bei Freistellung und anderen Fehlzeiten .....	59
7.2.3.2 Ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt.....	61
Formel 4 – Berechnung des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts .....	61
Formel 5 – Berechnung Brutto zu Netto.....	61
Formel 6 – Berechnung Beitragsanteil freiwillig Versicherter zur KV/PV .....	62
Beispiel 20 – Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts bei mehreren Freistellungen in einem Kalendermonat.....	63
7.2.3.2.1 Steuerabzüge für in einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger) ....	63
7.2.3.3 Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt .....	64
Beispiel 21 – Bestimmung des Zwölf-Monats-Zeitraums .....	65
7.3 Berechnung für besondere Personengruppen .....	65
7.3.1 Berechnung bei Mehrfachbeschäftigten .....	65
Formel 7 – Berechnung eines gekürzten Teilkinderkrankengeldes wegen Überschreitens des Höchstkinderkrankengeldes .....	66
7.3.2 Berechnung bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen .....	66
Beispiel 22 – Berechnung Kinderkrankengeld aus Arbeitseinkommen.....	67
Beispiel 23 – Berechnung Kinderkrankengeld bei fehlendem Arbeitseinkommen .....	67
Beispiel 24 – Berechnung Kinderkrankengeld aus Arbeitseinkommen und Einnahmen, die kein Arbeitseinkommen sind.....	68
Beispiel 25 – Kinderkrankengeld bei nachträglicher Beitragsfestsetzung .....	69
7.3.3 Berechnung bei Künstlern und Publizisten .....	69
Beispiel 26 – Berechnung Kinderkrankengeld für Künstler und Publizisten .....	70
Beispiel 27 – Berechnung Kinderkrankengeld bei Tagen ohne Versicherungspflicht im Bemessungszeitraum .....	70

7.3.4	Berechnung bei unständig/kurzzeitig Beschäftigten .....	71
7.3.5	Berechnung bei Versicherten nach dem KVLG 1989 .....	71
7.3.6	Berechnung bei Seeleuten .....	72
7.3.7	Berechnung bei Teilnehmern an Freiwilligendiensten.....	72
7.3.8	Berechnung bei Arbeitnehmern mit flexibler Arbeitszeitenregelung .....	72
7.3.9	Berechnung bei Arbeitnehmern mit Familienpflegezeit .....	73
7.3.10	Berechnung bei Rentnern, Rentenantragstellern und Versorgungsempfängern .....	73
7.3.11	Berechnung bei Bezug von Kurzarbeitergeld.....	74
7.3.12	Berechnung bei Bezug von Übergangsgeld .....	74
7.3.13	Berechnung bei Bezug von Insolvenzgeld .....	74
7.3.14	Berechnung für Versicherte, die sich in Elternzeit befinden .....	74
7.4	Höchstkinderkrankengeld .....	75
7.5	Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes bei einem schwerstkranken Kind nach § 45 Abs. 4 SGB V.....	75
<b>8.</b>	<b>Zahlung des Kinderkrankengeldes .....</b>	<b>76</b>
	Beispiel 28 – Zahlung des Kinderkrankengeldes .....	76
	Beispiel 29 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Tagen ohne Freistellung .....	76
	Beispiel 30 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Feiertagen und Wochenenden .....	76
	Beispiel 31 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Wochenende, an dem hätte gearbeitet werden müssen.....	76
	Beispiel 32 – Zahlung des Kinderkrankengeldes bei einem Wechsel des Entgeltabrechnungszeitraums.....	77
	Beispiel 33 – Zahlung Kinderkrankengeld für ganzen Kalendermonat 1 .....	77
	Beispiel 34 – Zahlung Kinderkrankengeld für ganzen Kalendermonat 2.....	78
	Beispiel 35 – Zahlung des Kinderkrankengeldes bei nahtlosem Anschluss an andere Entgeltersatzleistungen .....	78
8.1	Besonderheiten bei Arbeitnehmern .....	78
	Beispiel 36 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit teilweiser bezahlter Freistellung .....	79
	Beispiel 37 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Kürzung des Arbeitsentgelts für Arbeitstage .....	79
8.2	Beispiele zur Berechnung und Zahlung von Kinderkrankengeld für Arbeitnehmer.....	80
	Beispiel 38 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld über ein Wochenende, Arbeitstage Mo–Fr .....	80
	Beispiel 39 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld mit bezahlter Freistellung, Arbeitstage Mo–Fr .....	80
	Beispiel 40 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld bei Mehrfachbeschäftigung ohne Einmalzahlungen.....	81
	Beispiel 41 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld bei Mehrfachbeschäftigung mit Überschreiten des Höchstkinderkrankengeldes .....	82
	Beispiel 42 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld bei Mehrfachbeschäftigung mit und ohne Einmalzahlung .....	83

Beispiel 43 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld bei Mehrfachbeschäftigung mit und ohne Einmalzahlung und Überschreiten des Höchstkinderkrankengeldes .....	84
Beispiel 44 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld mit Überschreiten des Höchstkinderkrankengeldes .....	86
Beispiel 45 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld, kein Überschreiten des Höchstkinderkrankengeldes wegen Freistellung über ein Wochenende .....	86
Beispiel 46 – Kinderkrankengeld über Jahreswechsel mit Änderung des Höchstkinderkrankengeldes .....	87
8.3    Zahlung des Kinderkrankengeldes nach § 45 Abs. 4 SGB V .....	88
<b>9.    Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld.....</b>	<b>90</b>
9.1    Weiterbezug von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen .....	90
9.1.1    Arbeitsentgelt .....	90
9.1.1.1    Besonderheit bei einem schwerstkranken Kind .....	91
9.1.2    Arbeitseinkommen .....	91
9.1.2.1    Besonderheit bei einem schwerstkranken Kind .....	92
9.1.3    Auszubildende .....	92
9.1.4    Zeiten, in denen der Arbeitgeber auf die Arbeitsleistung verzichtet .....	93
9.2    Urlaubsabgeltung .....	93
9.2.1    Urlaubsabgeltung bei einem schwerstkranken Kind .....	94
9.3    Entlassungsentschädigung .....	94
9.3.1    Entlassungsentschädigung bei einem schwerstkranken Kind .....	94
9.4    Elternzeit .....	94
9.4.1    Elternzeit und schwerste Erkrankung eines Kindes .....	95
9.5    Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen .....	95
9.5.1    Arbeitsunfähigkeit und Bezug von Krankengeld nach §§ 44 bzw. 44a SGB V .....	95
9.5.2    Bezug von Übergangsgeld .....	96
Tabelle 3 – Fortzahlung Übergangsgeld nach Leistungsarten .....	96
9.5.3    Sperrzeit .....	97
9.5.4    Bezug von Mutterschaftsgeld .....	97
9.5.4.1    Mutterschaftsgeld und schwerste Erkrankung eines Kindes.....	97
9.5.5    Gleichzeitige Erkrankung eines Kindes nach § 45 Abs. 1 und eines Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V.....	97
9.5.6    Bezug von Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII .....	98
9.5.7    Pflegeunterstützungsgeld .....	98
9.6    Flexible Arbeitszeitregelungen .....	98
9.7    Familienpflegezeit .....	98
9.8    Ruhen bei unständig/kurzzeitig Beschäftigten .....	99
9.9    Ruhen bei Auslandsaufenthalt.....	99
9.10    Ruhen bei gesetzlicher Dienstpflicht oder freiwilligen Wehrdienst .....	99



9.11	Ruhen bei Teilnehmern an Freiwilligendiensten.....	99
9.12	Ruhen für Beitragsschuldner nach dem SGB V .....	100
9.13	Ruhen für Beitragsschuldner der Künstlersozialkasse .....	100
9.14	Ruhen bei Anspruch auf Heilfürsorge .....	101
9.15	Ruhen während freiheitsentziehender Maßnahmen .....	101
9.16	Übersicht „Zusammentreffen mit anderen Leistungen“ .....	102
	Tabelle 4 – Zusammentreffen mit anderen Leistungen.....	102
<b>10.</b>	<b>Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung .....</b>	<b>109</b>
10.1	Allgemeines .....	109
10.2	Anspruchsvoraussetzungen .....	110
10.3	Beginn und Dauer des Anspruchs.....	111
10.4	Berechnung und Höhe des Kinderverletztengeldes nach § 45 Abs. 4 SGB VII .....	111
10.4.1	Berechnung aus dem Arbeitsentgelt .....	111
10.4.2	Berechnung und Höhe aus Arbeitseinkommen.....	112
10.4.3	Berechnung bei einem schwerstkranken Kind .....	112
10.5	Anrechnung von gleichzeitig erzieltm Einkommen auf das Kinderverletztengeld .....	112
<b>11.</b>	<b>Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen.....</b>	<b>113</b>
<b>12.</b>	<b>Anlage 2 – Auflistung der verwiesenen Anlagen.....</b>	<b>114</b>
12.1	Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV .....	114
12.2	Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe.....	114
12.3	Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld .....	114
12.4	Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII.....	114
12.5	Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV Generalauftrag Verletztengeld) .....	114
12.6	Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Unfallversicherungsträger nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV Einzelauftrag)...	114

## Änderungshistorie

## 1. Änderungshistorie

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
04./05.12.2018	Titel aktualisiert
04./05.12.2018	Vorwort aktualisiert
04./05.12.2018	<u>1 „Änderungshistorie“</u> eingeführt
04./05.12.2018	<u>4.3 „Anspruchsberechtigter Personenkreis“</u> - Ergänzung des Hinweises, wie bei der Umwandlung einer Teilrente in eine Vollrente umzugehen ist
04./05.12.2018	<u>4.3.1.16 „Versicherte, die sich in Elternzeit befinden“</u> , <u>7.3.14 „Berechnung für Versicherte, die sich in Elternzeit befinden“</u> -Wort „versicherungspflichtige“ klarstellend eingefügt
04./05.12.2018	<u>5.3.7 „Alleinerziehende Versicherte“</u> - weitere Hinweise zum Umgang mit Leistungsanträgen
04./05.12.2018	<u>7.2.3.1 „Ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt“</u> , <u>7.2.3.2 „Ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt“</u> - Begriff „Gleitzone“ nach § 20 SGB IV wird zum 01.07.2019 durch „Übergangsbereich“ ersetzt, daher Umformulierung
04./05.12.2018	<u>10.4.1 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“</u> - Hinweis aufgenommen, wonach das Arbeitsentgelt aus geringfügigen Beschäftigungen zu berücksichtigen ist
04./05.12.2018	<u>12 „Anlage 2 – Auflistung der verwiesenen Anlagen“</u> - Verlinkung der im Text genannten Dokumente
18./19.06.2019	<u>3 „Allgemeines“</u> - Klarstellung mittels Fußnote zum Begriff „Elternanteil“ aufgenommen und Querverweis auf Fußnote zu jedem Wort „Elternanteil“ im gesamten Rundschreiben eingefügt
18./19.06.2019	<u>4.3 „Anspruchsberechtigter Personenkreis“</u> - Streichung des Wortes „Erwerbsunfähigkeit“, da seit dem 01.07.2017 die Renten wegen Erwerbsunfähigkeit als Renten wegen Erwerbsminderung gelten. Die Rechtsbereinigung erfolgte durch das TSVG.
18./19.06.2019	<u>4.3.1.10 „Arbeitnehmer mit Familienpflegezeit“</u> - Aufnahme gesetzlicher Verweise
18./19.06.2019	<u>4.3.1.12 „Rentner, Rentenantragsteller und Versorgungsempfänger“</u> - Streichung der Wörter „oder Berufsunfähigkeitsrente“, da diese seit dem 01.07.2017 als Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung gelten. Die Rechtsbereinigung erfolgte durch das TSVG.
18./19.06.2019	<u>4.4 „Kinder“</u> - Gesetzliche Änderung durch TSVG zu Stief- und Enkelkinder aufgenommen, wonach diese auch familienversichert sind, wenn sie mit dem Anspruchsberechtigten in häuslicher Gemeinschaft leben

## Änderungshistorie

18./19.06.2019	<u>5.3 „Anspruchsdauer“</u> -Aussage zur Gesamthöchstanspruchsdauer ergänzt
18./19.06.2019	<u>7.3.8 „Berechnung bei Arbeitnehmern mit flexibler Arbeitszeitenregelung“</u> , <u>12 „Anlage 2 - Auflistung der verwiesenen Anlagen“</u> - Verweis auf gemeinsame Verlautbarung zur Berechnung des Krankengeldes bei flexiblen Arbeitszeitenregelungen vom 19.04.2007 entfernt, da Inhalte nun im <u>„Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII“</u> eingepflegt wurden

## 2. Gesetzliche Grundlagen

### § 45 SGB V

- (1) **Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten.**
- (2) **Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.**
- (3) **Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.**
- (4) **Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,**

## Gesetzliche Grundlagen

- a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
- c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und § 47 gelten entsprechend.

- (5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

## § 12 KVLG 1989

Krankengeld nach den Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten

1. die nach § 2 Absatz 1 Nummer 3 versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen, die rentenversicherungspflichtig sind,
2. die nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 Versicherten, soweit sie die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,
3. die nach § 3 Absatz 2 Nummer 1 Versicherten, wenn die Arbeitsunfähigkeit während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses eingetreten ist, und
4. freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

## Allgemeines

**3. Allgemeines**

Eltern haben mit der Erziehung ihrer Kinder eine gesellschaftliche Aufgabe zu erfüllen. Zur Bewältigung der wirtschaftlichen Folgen, die durch die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes entstehen können, hat der Gesetzgeber daher mit dem Krankengeld bei Erkrankung des Kindes eine Entgeltersatzleistung eingeführt, die den in der Regel kurzfristigen wirtschaftlichen Ausfall kompensieren soll. So haben Versicherte nach § 45 Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, wenn sie nicht selbst arbeitsunfähig erkrankt sind, jedoch wegen Erkrankung des versicherten Kindes an ihrer Arbeitsleistung gehindert sind.

Der Anspruch ist daran geknüpft, dass das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Der Anspruch besteht jedoch über das vollendete 12. Lebensjahr hinaus, wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes ist grundsätzlich zeitlich begrenzt. Nach § 45 Abs. 2 SGB V besteht der Anspruch in jedem Kalenderjahr für jedes Kind je Elternteil<sup>3</sup> längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Bei einer schweren, unheilbaren Erkrankung eines Kindes mit nur noch geringer Lebenserwartung (schwerstkrankes Kind) besteht für ein Elternteil<sup>3</sup> ein Krankengeldanspruch ohne zeitliche Beschränkungen (vgl. § 45 Abs. 4 SGB V). Im Abschnitt [4 „Anspruchsvoraussetzungen“](#) werden die Grundlagen für einen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V erläutert. Der Beginn sowie die Dauer des Anspruchs auf Kinderkrankengeld werden im Abschnitt [5 „Beginn und Dauer des Anspruchs“](#) dargestellt. Gegebenenfalls zu beachtende Besonderheiten in Bezug auf das Krankengeld von schwerstkranken Kindern sind ebenfalls in den vorgenannten Abschnitten enthalten.

Das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 Abs. 1 SGB V wird seit dem 01.01.2015 aus dem tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt berechnet und beträgt 90 % von diesem. Es kann sich auf 100 % erhöhen, falls der Versicherte in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung eine beitragspflichtige Einmalzahlung (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld) erhalten hat. Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Die Berechnung und Höhe des Krankengeldes bei Erkrankung von schwerstkranken Kindern mit begrenzter Lebenserwartung gemäß § 45 Abs. 4 SGB V richtet sich jedoch weiterhin nach den Vorgaben des § 47 SGB V. In den Abschnitten [7 „Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes“](#), [8 „Zahlung des Kinderkrankengeldes“](#) und [9 „Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld“](#) sind die Regelungen zur Berechnung, Höhe und Zahlungsweise des Kinderkrankengeldes dargestellt. Die Besonderheiten des Kinderkrankengeldes nach § 45 Abs. 4 SGB V sind ebenso in

---

<sup>3</sup> Elternteile in diesem Sinne sind die im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern der Kinder nach § 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V (leibliche Eltern, Adoptiveltern) sowie nach § 10 Abs. 4 SGB V (Stiefeltern, Pflegeeltern, Großeltern).

## Allgemeines

den vorgenannten Abschnitten enthalten.

Für die Dauer des Anspruchs auf Kinderkrankengeld wird ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung begründet. Näheres zu den arbeitsrechtlichen Ansprüchen wird in Abschnitt 6 „Arbeitsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber“ ausgeführt.

Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V richtet sich nach den allgemeinen krankengeldrechtlichen Normen der §§ 44 Abs. 2, 47 und – mit Ausnahmen – 49 SGB V.

Auf die Besonderheiten des Kinderverletztengeldes wird in Abschnitt 10 „Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung“ eingegangen.

Tabelle 1 – Übersicht über die Gliederung des gemeinsamen Rundschreibens

Ab-schnitt	Titel des Abschnitts	Hinweis zum Abschnitt
2	<u>Gesetzliche Grundlagen</u>	Relevante Gesetzestexte
3	<u>Allgemeines</u>	Einführung zum Thema Kinderkrankengeld und in das Rundschreiben
4	<u>Anspruchsvoraussetzungen</u>	Erläuterung der Voraussetzungen für den Anspruch auf Kinderkrankengeld
5	<u>Beginn und Dauer des Anspruchs</u>	Hinweise zum Anspruchsbeginn und zur Dauer des Anspruchs
6	<u>Arbeitsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber</u>	Erklärung der arbeitsrechtlichen Ansprüche
7	<u>Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes</u>	Erläuterung der Berechnung für relevante Personenkreise sowie Ausführungen zum Höchstkinderkrankengeld
8	<u>Zahlung des Kinderkrankengeldes</u>	Erläuterung der Zahlungsweise; diverse Beispiele zur Berechnung und Zahlung von Kinderkrankengeld für Arbeitnehmer
9	<u>Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld</u>	Darstellung von Zusammentreffen des Kinderkrankengeldes mit anderen Leistungen bzw. Ruhen des Kinderkrankengeldes
10	<u>Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung</u>	Erläuterungen rund um das Kinderverletztengeld

## 4. Anspruchsvoraussetzungen

### 4.1 Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V

Nach § 45 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, wenn:

- es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben,
- sie mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind,
- das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist (ohne Altersgrenze) und
- keine andere Person im Haushalt lebt, die eine Betreuung, Pflege oder Beaufsichtigung sicherstellen kann.

Der Anspruch besteht für den Elternteil<sup>3</sup>, der aufgrund der Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege der Arbeit fernbleibt, unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse das Kind versichert ist.

### 4.2 Kinderkrankengeld bei einem schwerstkranken Kind nach § 45 Abs. 4 SGB V

Mit dem Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder vom 26.07.2002 hat der Gesetzgeber den Eltern von schwerstkranken Kindern mit einer Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten einen Anspruch auf Kinderkrankengeld ohne zeitliche Befristung eingeräumt. Der Anspruch ist daran geknüpft, dass das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Für die Dauer dieses Anspruches auf Krankengeld wird ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung begründet.

Das Krankengeld für schwerstkranken Kinder wird gezahlt, wenn das Kind an einer Erkrankung leidet,

- die progredient (fortschreitend) verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativ-medizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil<sup>3</sup> erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.



## Anspruchsvoraussetzungen

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil<sup>3</sup> (vgl. § 45 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Nach § 45 Abs. 4 Satz 3 SGB V gelten § 45 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 SGB V sowie § 47 SGB V entsprechend.

### 4.3 Anspruchsberechtigter Personenkreis

Grundsätzlich haben nach § 45 Abs. 1 SGB V alle Versicherten einen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes. Durch den Verweis auf § 44 Abs. 2 SGB V wird jedoch klargestellt, dass der Krankengeldanspruch nur für die Versicherten besteht, die bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit selbst einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V haben.

Ausgenommen von diesem Anspruch sind Personen, die bei Eintritt des Versicherungsfalls keinen Einkommensverlust haben und die Entgeltersatzfunktion des Kinderkrankengeldes hier nicht greift. Dieser Personenkreis ist in § 44 Abs. 2 SGB V ausdrücklich genannt, danach ist der Krankengeldanspruch ausgeschlossen für:

- Personen, die Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V),
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, wenn kein Anspruch auf Übergangsgeld besteht (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
- Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V),
- Praktikanten, Auszubildende ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
- Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V),
- Familienversicherte (§ 10 SGB V),
- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, wenn sie gegenüber ihrer Krankenkasse nicht erklärt haben, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (s. Abschnitt [4.3.1.1 „Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige“](#)),
- Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben (unständig und kurzfristig Beschäftigte), außer sie erklären, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (s. Abschnitt [4.3.1.3 „Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte“](#)) und
- Versicherte, deren Lebensunterhalt durch eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder einer anderen vergleichbaren Stelle sichergestellt ist (s. jedoch Abschnitt [4.3.1.12 „Rentner, Rentenantragsteller und Versorgungsempfänger“](#)).

## Anspruchsvoraussetzungen

Darüber hinaus ist der Anspruch auf Kinderkrankengeld ausgeschlossen für Bezieher von Renten wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie für Bezieher eines Ruhegehalts bzw. eines Vorruhestandsgeldes (§ 50 Abs. 1 Nr. 1 – 3 SGB V). Gleiches gilt für Versicherte, die eine vergleichbare Rente von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland (§ 50 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) beziehen.

Im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexi-Rentengesetz, BGBl Teil I Nr. 59 vom 13.12.2016, S. 2838 ff.) wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters neu geregelt. Bei einem Hinzuverdienst neben dem Bezug einer Rente siehe [„Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII“](#).

Wird infolge des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI die Vollrente rückwirkend in eine Teilrente abgeändert, entsteht damit rückwirkend grundsätzlich ab Beginn der Teilrente auch ein Anspruch auf Kinderkrankengeld für eine ausgeübte Beschäftigung, da keine Ruhensregelung analog § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V beim Kinderkrankengeld besteht.

Wird die Rente wegen Alters unter Berücksichtigung des Hinzuverdienstes als Teilrente gezahlt und rückwirkend in eine Vollrente abgeändert, entfällt dadurch rückwirkend ab dem Beginn der Vollrente der Anspruch auf Kinderkrankengeld. Wurde neben der Teilrente Kinderkrankengeld von der Krankenkasse gewährt, ergibt sich mit dem rückwirkend eingetretenen Anspruch auf Vollrente und aufgrund des ebenfalls rückwirkend entfallenden Anspruchs auf Kinderkrankengeld für die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch, der regelmäßig aus der Rentennachzahlung (teilweise) beglichen wird. Der die Rente übersteigende Kinderkrankengeldbetrag verbleibt jedoch bei dem Versicherten, da er von der Krankenkasse nicht mehr zurückgefordert werden kann (§ 50 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Für weitere Informationen siehe [„Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII“](#).

### **4.3.1 Besondere anspruchsberechtigte Personenkreise**

#### **4.3.1.1 Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige**

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen, die einen Anspruch auf Krankengeld gemäß § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V aufgrund einer Wahlerklärung gewählt haben, ist auch ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V einzuräumen, sofern sie ihrer Arbeit (Erwerbstätigkeit) wegen der notwendigen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten

## Anspruchsvoraussetzungen

Kindes fernbleiben müssen. Die weiteren Anspruchsvoraussetzungen müssen erfüllt werden. Näheres zum Anspruchsbeginn s. Abschnitt [5.2 „Anspruchsbeginn“](#).

### 4.3.1.2 Künstler und Publizisten

Künstler und Publizisten haben Anspruch auf Kinderkrankengeld, sofern sie wegen der Erkrankung des Kindes ihrer Arbeit (Erwerbstätigkeit) fernbleiben müssen. Die weiteren Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 45 SGB V müssen erfüllt werden. Näheres zum Anspruchsbeginn s. Abschnitt [5.2 „Anspruchsbeginn“](#).

### 4.3.1.3 Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte

Unständig/kurzzeitig beschäftigte Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V haben einen Anspruch auf Kinderkrankengeld ab dem ersten Tag, wenn sie eine Wahlerklärung abgeben, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (vgl. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Dies gilt auch, wenn sie zusätzlich einen Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V abgeschlossen haben.

Unständig/kurzzeitig beschäftigte Arbeitnehmer sind z. B. Hafenarbeiter, die nur für einzelne Tage angeheuert werden, oder Mitarbeiter der Rundfunkanstalten, die für einzelne Moderationen vertraglich gebunden sind. Zur Realisierung ihres Anspruchs müssen die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sein.

### 4.3.1.4 In einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger)

Auch in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Arbeitnehmer und hauptberuflich Selbstständige mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR, der Schweiz sowie der Abkommenstaaten Bosnien–Herzegowina, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien haben Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden. Hierbei sind lediglich Besonderheiten in der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts zu berücksichtigen (s. Abschnitt [7.2.3.2.1 „Steuerabzüge für in einem anderen Staat wohnende Versicherte \(z. B. Grenzgänger\)“](#)).

### 4.3.1.5 Versicherte nach dem KVLG 1989

Mitarbeitende Familienangehörige haben Anspruch auf Kinderkrankengeld, wenn sie zu dem versicherten Personenkreis nach § 12 KVLG 1989 gehören und die sonstigen Voraussetzungen des § 45 SGB V erfüllen. Die in § 13 KVLG 1989 genannten mitarbeitenden Familienangehörigen gehören nicht zum anspruchsberechtigten Personenkreis.

## Anspruchsvoraussetzungen

Kinderkrankengeld nach den Vorschriften des § 45 SGB V erhalten landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989, die saisonal als Arbeitnehmer tätig sind, wenn die Freistellung wegen der Erkrankung des Kindes während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses eingetreten ist (§ 12 Satz 1 Nr. 3 i.V.m. § 3 Abs. 2 Nr. 1 KVLG 1989) sowie freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfüllen (§ 12 Satz 1 Nr. 4 KVLG 1989).

### 4.3.1.6 Seeleute

Seeleute nach § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB IV haben Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden.

### 4.3.1.7 Auszubildende

Auszubildende haben grundsätzlich einen Anspruch auf Kinderkrankengeld, sofern sie Ausbildungsvergütung bzw. Arbeitsentgelt beziehen und die weiteren Anspruchsvoraussetzungen des § 45 SGB V erfüllen. Der Anspruch kann jedoch ruhen. Näheres hierzu siehe Abschnitt [9.1.3 „Auszubildende“](#).

Auszubildende, welche weder einen Anspruch auf Arbeitsentgelt noch einen Anspruch auf Ausbildungsvergütung haben (insbesondere bei schulischen Aus- und Weiterbildung oder Teilnehmer des 2. Bildungsweges), besitzen keinen Anspruch auf Kinderkrankengeld, da ihnen kein Arbeitsentgelt aufgrund der Betreuung des erkrankten Kindes ausfällt.

### 4.3.1.8 Teilnehmer an Freiwilligendiensten

Für Teilnehmer an Freiwilligendiensten (z. B. Bundesfreiwilligendienst, Jugendfreiwilligendienst, Freiwilliges Soziales oder Ökologisches Jahr), welche einen Anspruch auf Arbeitsentgelt (ggf. ausschließlich auf Sachbezüge in Form von Verpflegung und/oder Unterkunft) haben, besteht ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden. Die Ausführungen des Abschnittes [9.1.1 „Ruhens bei Teilnehmern an Freiwilligendiensten“](#) sind zu berücksichtigen.

### 4.3.1.9 Arbeitnehmer mit flexibler Arbeitszeitenregelung

Die üblichen flexiblen Arbeitszeitmodelle erlauben Arbeitnehmern grundsätzlich eine längere Zeit der Arbeit fern zu bleiben, ohne hierdurch Nachteile zu erleiden. Die Dauer der flexiblen Arbeitszeit wird zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber vereinbart. Sie unterteilt sich in eine Arbeits-

## Anspruchsvoraussetzungen

und eine Freistellungsphase. In der regelhaft vorausgehenden Arbeitsphase wird der Arbeitnehmer in dem gewohnten Umfang seine Beschäftigung weiter ausüben. Allerdings erhält er hierfür nicht das dem Umfang der Tätigkeit entsprechende Arbeitsentgelt, sondern z. B. nur die Hälfte. Der nicht ausgezahlte Arbeitsentgeltanspruch dient der Sicherung des Lebensunterhaltes in der sich anschließenden Freistellungsphase. Hier bleibt der Arbeitnehmer der Arbeit fern; der Arbeitgeber ist dennoch zur (monatlichen) Zahlung des entsprechend angesparten Arbeitsentgelts verpflichtet. In der Arbeitsphase wird also für die Freistellungsphase ein sogenanntes Wertguthaben erarbeitet. Wurde das für die Freistellungsphase erforderliche Wertguthaben erreicht, kann die Freistellungsphase vereinbarungsgemäß beginnen (vgl. §§ 7 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 und 7b SGB IV).

Entscheidend für die flexible Arbeitszeit, den Beginn und das Ende der Arbeits- bzw. Freistellungsphase und den Aufbau des Wertguthabens sind jeweils die vertraglichen Absprachen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Diese müssen daher entsprechend berücksichtigt werden.

Versicherte haben einen Anspruch auf Kinderkrankengeld, wenn es während der Arbeitsphase zu einer Freistellung wegen der Erkrankung des Kindes kommt und die Voraussetzungen für die Gewährung von Kinderkrankengeld vorliegen.

Tritt die Erkrankung des Kindes während einer vollständigen Freistellung aufgrund des gewählten Arbeitszeitmodells in der Freistellungsphase ein, besteht kein Anspruch auf Kinderkrankengeld, da der Versicherte nicht zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes seiner Arbeit fernbleibt.

Arbeitet der Versicherte während der Freistellungsphase aufgrund seiner flexiblen Arbeitszeitenregelung noch teilweise (z. B. an 2 Tagen pro Woche), besteht an den Tagen, an denen er eigentlich zur Arbeitsleistung verpflichtet gewesen wäre, jedoch wegen der Erkrankung seines Kindes der Arbeit fernbleibt, ein Anspruch auf Kinderkrankengeld. Der Arbeitgeber muss dabei jedoch das aufgrund der Arbeitsleistung ansonsten erzielte Arbeitsentgelt oder ggf. das nunmehr beitragspflichtige Wertguthaben in der Zeit der Freistellung entsprechend kürzen.

### **4.3.1.10 Arbeitnehmer mit Familienpflegezeit**

Versicherte, die mit ihrem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) vereinbaren, haben einen Anspruch auf Kinderkrankengeld, sofern die übrigen Voraussetzungen für die Gewährung von Kinderkrankengeld erfüllt sind.

Voraussetzung für die Familienpflegezeit ist nach § 2 Abs. 1 FPfZG, dass für die Dauer von höchstens zwei Jahren die wöchentliche Arbeitszeit bis zu einem Mindestumfang von 15 Stunden zur häuslichen Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen reduziert wird (Pflegephase).

## Anspruchsvoraussetzungen

Gleiches gilt nach § 2 Abs. 5 FPfZG, wenn Arbeitnehmer einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. "Nahe Angehörige" in diesem Sinne sind die in § 7 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 PflegeZG genannten Personen.

Während der reduzierten Arbeitszeit in der Pflegephase haben Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA), welches maximal die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettoarbeitsentgelts abdeckt. Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt. Betroffene haben das Darlehen beim BAFzA zu beantragen. Das Darlehen wird während der Erkrankung des Kindes fortgezahlt und hat keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Kinderkrankengeld.

Arbeitnehmer und Arbeitgeber können aber auch eine Aufstockung des Arbeitsentgelts über Wertguthaben vereinbaren (z. B. Verringerung der Arbeitszeit von 100 % auf 50 % bei einem Gehalt von 75 % des letzten Bruttoeinkommens). Der Versicherte erhält dann während der reduzierten Arbeitszeit in der Pflegephase eine Aufstockung des Arbeitsentgelts, entweder aus einem vorhandenen Wertguthaben oder als negatives Wertguthaben. Ein negatives Wertguthaben wird im Anschluss an die Pflegephase wieder erarbeitet (z. B. Arbeitnehmer arbeitet wieder voll, bekommt aber weiterhin nur 75 % des Bruttoarbeitsentgelts bis der Vorschuss nachgearbeitet ist). Das Kinderkrankengeld bemisst sich nach dem ausgefallenen aufgestockten Arbeitsentgelt (Näheres s. Abschnitt [7.3.9 „Berechnung bei Arbeitnehmern mit Familienpflegezeit“](#)).

### 4.3.1.11 Leistungsbezieher nach dem SGB III

Bezieher von Leistungen nach dem SGB III (Arbeitslose) haben im Falle einer nach ärztlichem Zeugnis erforderlichen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes einen Anspruch auf Leistungsfortzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) mit einer Dauer von bis zu 10 Kalendertagen, bei alleinerziehenden Arbeitslosen mit einer Dauer von bis zu 20 Kalendertagen für jedes Kind in jedem Kalenderjahr, wenn eine andere im Haushalt der oder des Arbeitslosen lebende Person diese Aufgabe nicht übernehmen kann und das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Arbeitslosengeld wird jedoch für nicht mehr als 25 Kalendertage, für alleinerziehende Arbeitslose für nicht mehr als 50 Kalendertage in jedem Kalenderjahr fortgezahlt (vgl. § 146 Abs. 2 und Abs. 3 SGB III i.V.m. § 154 SGB III). Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ruht daher (s. hierzu Abschnitt [9.5 „Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen“](#)).

Die Vorschriften des SGB V, die bei Zahlung von Krankengeld im Fall der Erkrankung eines Kindes anzuwenden sind, gelten entsprechend (vgl. § 146 Abs. 3 SGB III). Auch in diesen Fällen ist die Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen.

## Anspruchsvoraussetzungen

Der Anspruch auf Leistungsfortzahlung ist nicht von einem auf den anderen Elternteil<sup>3</sup> übertragbar.

### **4.3.1.11.1 Leistungsbezieher mit einem schwerstkranken Kind**

Die Regelung des § 45 Abs. 4 SGB V findet für die Leistungsfortzahlung nach § 146 Abs. 2 SGB III keine Anwendung. Es gelten nach Auffassung der Bundesagentur für Arbeit die in § 146 Abs. 2 SGB III genannten Fristen gemäß Abschnitt [4.3.1.11 „Leistungsbezieher nach dem SGB III“](#).

### **4.3.1.11.2 Vorliegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III)**

Versicherte, die nur deshalb kein Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen, weil ihr Anspruch darauf wegen einer Sperrzeit nach § 159 SGB III ruht, haben grundsätzlich einen Anspruch auf Kinderkrankengeld ab dem ersten Tag der Sperrzeit, wenn auch die übrigen Voraussetzungen für die Gewährung von Kinderkrankengeld vorliegen, da sie durch die notwendige Betreuung des Kindes nicht vermittelbar durch die Agentur für Arbeit sind.

Für die Dauer der Sperrzeit ruht der Anspruch auf Kinderkrankengeld jedoch (siehe Abschnitte [9.5.3 „Sperrzeit“](#) und [9.16 „Übersicht „Zusammentreffen mit anderen Leistungen“](#)).

### **4.3.1.11.3 Bezieher einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III)**

Versicherte, die nur deshalb kein Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen, weil ihr Anspruch darauf wegen einer Urlaubsabgeltung nach § 157 Abs. 2 SGB III ruht, haben grundsätzlich einen Anspruch auf Kinderkrankengeld, da der Versicherte durch die notwendige Betreuung des Kindes nicht vermittelbar durch die Agentur für Arbeit ist. Die übrigen Anspruchsvoraussetzungen nach § 45 SGB V müssen erfüllt werden.

Für die Dauer der Urlaubsabgeltung kommt es zu keiner Auszahlung des Kinderkrankengeldes, da weder Arbeitsentgelt noch Arbeitslosengeld wegen der Erkrankung des Kindes ausfallen. Nähere Hinweise hierzu sind den Abschnitten [9.2 „Urlaubsabgeltung“](#) und [9.16 „Übersicht „Zusammentreffen mit anderen Leistungen“](#) zu entnehmen.

### **4.3.1.11.3.1 Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind**

Dauert eine bereits vor Ende des Beschäftigungsverhältnisses eingetretene Erkrankung eines schwerstkranken Kindes während der Zeit einer Urlaubsabgeltung an, besteht weiterhin ein Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V.

## Anspruchsvoraussetzungen

### 4.3.1.11.4 Bezieher einer Entlassungsentschädigung (§ 158 SGB III)

Versicherte, die nur deshalb kein Arbeitslosengeld nach dem SGB III beziehen, weil ihr Anspruch darauf wegen einer Entlassungsentschädigung nach § 158 SGB III ruht, haben keinen Anspruch auf Kinderkrankengeld, da sie – anders als bei einer Sperrzeit oder Urlaubsabgeltung – nicht mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind.

Die Ausführungen der Abschnitte [9.3 „Entlassungsentschädigung“](#) und [9.16 „Übersicht „Zusammentreffen mit anderen Leistungen““](#) sind zu beachten.

#### 4.3.1.11.4.1 Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind

Dauert eine bereits vor Ende des Beschäftigungsverhältnisses eingetretene Erkrankung eines schwerstkranken Kindes während der Zeit der Entlassungsentschädigung an, besteht weiterhin ein Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V.

### 4.3.1.12 Rentner, Rentenantragsteller und Versorgungsempfänger

Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 SGB V in der KVdR versicherten Bezieher

- einer Hinterbliebenenrente sowie
- einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung
- einer Rente für Bergleute oder einer Knappschaftsausgleichsleistung (vgl. § 50 Abs. 2 SGB V),
- einer Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie
- die nach § 189 SGB V versicherten Rentenantragsteller

haben einen Anspruch auf Kinderkrankengeld, wenn ihnen aufgrund der Freistellung wegen eines erkrankten Kindes beitragspflichtiges Arbeitseinkommen entgeht. Bei diesen Versicherten zählt das Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit zu den beitragspflichtigen Einnahmen (vgl. § 237 SGB V i.V.m. § 226 SGB V).

Versicherungspflichtige (z. B. Beschäftigte), die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge erhalten und daneben Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit beziehen, haben neben dem Kinderkrankengeldanspruch aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung auch einen Anspruch auf Kinderkrankengeld aus dem beitragspflichtigen Arbeitseinkommen.



## Anspruchsvoraussetzungen

**4.3.1.13     Bezieher von Kurzarbeitergeld**

Auch für Versicherte während des Kurzarbeitergeld-Anspruchszeitraums besteht der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V, sofern sie ihrer Arbeit wegen der notwendigen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes fernbleiben. Beim Zusammentreffen von Kurzarbeit und Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V ist jedoch zu beachten, dass generell kein Anspruch auf Kurzarbeitergeld nach §§ 95 ff. SGB III besteht, weil die Arbeit aus anderen als den im § 96 SGB III genannten Gründen ausfällt, sodass Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V zu zahlen ist.

**4.3.1.14     Bezieher von Übergangsgeld**

Versicherte, für die ein Anspruch auf Übergangsgeld gemäß § 20 SGB VI besteht, haben dem Grunde nach einen Anspruch auf Kinderkrankengeld. Die Rentenversicherungsträger gewähren Beziehern von Übergangsgeld jedoch eine Leistungsfortzahlung, soweit persönliche Gründe zu den Fehltagen führen und die Aussicht besteht, dass sie die jeweilige Leistung wieder in Anspruch nehmen können. Zu den persönlichen Gründen gehört auch die Erkrankung eines Kindes im Sinne des § 45 SGB V. Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ruht daher, solange Übergangsgeld fortgezahlt wird (Näheres s. Abschnitt [9.5.2 „Bezug von Übergangsgeld“](#)).

**4.3.1.15     Bezieher von Insolvenzgeld**

Grundsätzlich besteht auch für Versicherte während des Insolvenzzeitraums Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes.

Für die Feststellung, ob und ggf. auf welcher Grundlage das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes während eines Insolvenzzeitraums gezahlt wird, sind jeweils die maßgebenden Verhältnisse zu beurteilen:

- Die Tätigkeit im Insolvenzzeitraum wird weiter ausgeübt: Es besteht Anspruch auf Krankengeld nach § 45 SGB V. Besteht ein Anspruch auf bezahlte Freistellung bei Erkrankung des Kindes und der Arbeitgeber kommt dieser Verpflichtung nicht nach, ist Krankengeld nach § 45 SGB V zu zahlen und ein Erstattungsanspruch nach § 115 SGB X beim Arbeitgeber und beim Insolvenzverwalter geltend zu machen. Sofern Krankengeld nach § 45 SGB V von der Krankenkasse gezahlt wurde, ist zusätzlich ein Erstattungsanspruch an die Agentur für Arbeit nach § 165 SGB III und § 104 SGB X zu stellen; der Anspruch besteht aber nur, wenn sich später herausstellt, dass das Krankengeld während eines Insolvenzgeld-Zeitraums gezahlt wurde. Dieser Erstattungsanspruch besteht für die Dauer der eigentlichen Entgeltfortzahlung, längstens jedoch bis zum Tag des Insolvenzereignisses.

## Anspruchsvoraussetzungen

- Der Arbeitnehmer ist im Insolvenzzeitraum von der Arbeit freigestellt und bezieht Arbeitslosengeld: Es besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Kinderkrankengeld, der jedoch wegen des Anspruchs auf Leistungsfortzahlung nach § 146 Abs. 2 SGB III ruht (s. hierzu Abschnitt 9.5 „Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen“).
- Der Arbeitnehmer ist im Insolvenzzeitraum von der Arbeit freigestellt, bezieht jedoch kein Arbeitslosengeld: Es besteht kein Anspruch nach § 45 SGB V und auch kein Anspruch auf Leistungsfortzahlung nach § 146 Abs. 2 SGB III, da der wegen der Insolvenz freigestellte Arbeitnehmer zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes im Haushalt ist und damit nicht wegen der Erkrankung des Kindes der Arbeit fernbleibt; die Voraussetzungen des § 45 SGB V sind nicht erfüllt.

### 4.3.1.16 Versicherte, die sich in Elternzeit befinden

Ein Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V besteht nicht in der Zeit, in der Versicherte eine Elternzeit nach dem Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (BEEG) in Anspruch nehmen, da die Versicherten während der Elternzeit nicht wegen der Erkrankung des Kindes ihrer Arbeit fernbleiben und damit nicht die Voraussetzungen des § 45 Abs. 1 SGB V erfüllen.

Eine Ausnahme hiervon liegt vor, wenn Versicherte während ihrer Elternzeit eine zulässige versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben. In diesen Fällen besteht ein Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden.

#### 4.3.1.16.1 Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind

Ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V besteht auch während der Elternzeit, sofern die schwere Erkrankung des Kindes vor dem Bezug von Mutterschaftsgeld und der Elternzeit eingetreten ist und der daraus entstandene Krankengeldanspruch durchgängig bestand und nur für die Zeit des Mutterschaftsgeldbezuges nach § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V ruhte (vgl. Bundessozialgericht [BSG] vom 18.02.2016 – B 3 KR 10/15 R –; Näheres s. Abschnitt 9.4 „Elternzeit“).

## 4.4 Kinder

Das zu beaufsichtigende, zu betreuende und zu pflegende Kind muss gesetzlich versichert sein. Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes besteht nicht nur dann, wenn das Kind im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 SGB V versichert ist, sondern auch, wenn es selbst Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist, z. B. auf Grund

- der Beantragung einer Waisenrente nach § 189 Abs. 1 SGB V,

## Anspruchsvoraussetzungen

- des Bezuges einer Waisenrente nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V oder
- einer freiwilligen Versicherung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.

Versicherte, deren Kinder nicht gesetzlich krankenversichert sind, haben für krankheitsbedingt notwendige Betreuungszeiten dieser Kinder keinen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V (BSG vom 31.03.1998 – B 1 KR 9/96 R).

Zu den Kindern im Sinne des § 45 SGB V gehören:

- leibliche Kinder,
- Adoptivkinder,
- Pflegekinder (§ 56 Abs. 2 Nr. 2 SGB I),
- Stief- und Enkelkinder, wenn sie von dem anspruchsberechtigten Versicherten nach § 10 Abs. 4 Satz 1 SGB V überwiegend unterhalten werden oder in seinen Haushalt aufgenommen wurden (Stiefkinder sind auch die Kinder des Lebenspartners<sup>4</sup> eines Mitglieds) und
- Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht mehr als Kinder der leiblichen Eltern (§ 10 Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Wohnt ein Kind mit oder ohne den in Deutschland Versicherten in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) oder der Schweiz und ist dort gesetzlich versichert, gilt das Kind auch als versichert im Sinne des § 45 SGB V. Es ist irrelevant, ob das Kind dort einen abgeleiteten oder einen eigenen Anspruch auf Leistungen bei Krankheit hat.

Der Versicherte sollte bestätigen, dass sein Kind gesetzlich krankenversichert ist. Sollten Zweifel bestehen, kann für den Nachweis einer gesetzlichen Versicherung des Kindes in einem EU-/EWR-Staat bzw. der Schweiz z. B. der Vordruck E 001 / E 104 bzw. das SED S016 / S040 verwendet werden.

Sofern das Kind in einem Abkommenstaat versichert ist, erfolgt keine Gleichstellung der Versicherung des Kindes. Hierfür müsste es in den jeweiligen Abkommen gesonderte Gleichstellungsvorschriften geben. Diese sind jedoch nicht vorhanden.

---

<sup>4</sup> Lebenspartner im Sinne dieser Erläuterungen sind eingetragene Lebenspartner nach dem „Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften“ vom 16.02.2001 .

## Anspruchsvoraussetzungen

### 4.4.1 Alter des Kindes

Zu Beginn der Leistung darf das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Wenn das Kind während des Anspruchs nach § 45 SGB V das 12. Lebensjahr vollendet, fällt dieser Anspruch mit Ablauf des Tages vor seinem 12. Geburtstag (§ 26 Abs. 1 SGB X i.V.m. §§ 187 Abs. 2 Satz 2 und 188 Abs. 2 BGB) weg. Eine Ausnahme hiervon besteht, wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist. In diesen Fällen besteht ein Anspruch auf Kinderkrankengeld ohne Altersgrenze. Die Behinderung muss jedoch bis zu den Altersgrenzen des § 10 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB V eingetreten sein.

Behindert sind Kinder, wenn sie eine körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können. Eine solche Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IX<sup>5</sup>). „Auf Hilfe angewiesen“ sind behinderte Kinder, wenn sie objektiv regelmäßige und dauerhafte Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen, die über das altersübliche Maß hinausgehen. Unterdurchschnittliche Begabung, Unkonzentriertheit, Nervosität, Labilität sowie ein Rückstand der geistigen Entwicklung stellen für sich allein keine Behinderung dar (BSG vom 31.01.1979 – 11 RA 19/78). Sie führen nicht zu einer Aufhebung der Altersgrenze.

#### Beispiel 1 – Erwachsenen Kind mit einer Behinderung

35-Jähriger, der aufgrund seiner angeborenen Behinderung in einer Behindertenwerkstatt versicherungspflichtig tätig ist, erkrankt. Der Arzt bescheinigt, dass wegen einer Erkrankung eine Beaufsichtigung durch einen Elternteil erforderlich ist. Die Betreuung übernimmt seine Mutter, die in der Zeit ihrer Arbeit fernbleibt.

#### Ergebnis:

Die Mutter hat einen Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V für die Dauer von 10 bzw. 20 Arbeitstagen (bei Alleinerziehenden).

#### 4.4.1.1 Altersbegrenzung bei einem schwerstkranken Kind

Eine Voraussetzung für den Leistungsanspruch für ein schwerstkrankes Kind ist auch hier, dass dieses das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. In

<sup>5</sup> Ab 01.01.2018; Zuvor gilt nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX folgende Definition: Behindert sind Kinder, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

## Anspruchsvoraussetzungen

Anbetracht der besonderen psychischen Belastung, der die betreuenden Eltern des schwerstkranken Kindes ausgesetzt sind, ist ihnen nicht zumut- und vermittelbar, dass der Leistungsanspruch analog dem Leistungsanspruch nach § 45 Abs. 1 SGB V mit Vollendung des 12. Lebensjahres endet, falls keine Behinderung vorliegt. Daher ist das Krankengeld auch über den Zeitpunkt der Vollendung des 12. Lebensjahres hinaus bis zum Tod des Kindes zu leisten (s. Abschnitt [4.5.1 „Angaben des ärztlichen Zeugnisses bei einem schwerstkranken Kind“](#)). Liegt eine Behinderung vor, muss diese bis zu den Altersgrenzen des § 10 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB V eingetreten sein.

### 4.5 Ärztliches Zeugnis

Die Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen der Erkrankung des Kindes gemäß § 45 Abs. 1 SGB V muss von einem Arzt bescheinigt werden (z. B. Muster 21 für Vertragsärzte).

Aus der ärztlichen Bescheinigung sollte mindestens hervorgehen,

- welches Kind erkrankt ist (Name, Vorname, Geburtsdatum),
- in welchem Zeitraum die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des genannten Kindes wegen Krankheit erforderlich war und
- ob ein Unfall Ursache für die notwendige Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ist.

Zusätzlich zu dem o.g. ärztlichen Nachweis hat der Versicherte einen Antrag auf Kinderkrankengeld zu stellen. Hierfür steht die Rückseite des Musters 21 zur Verfügung. Sofern dies nicht genutzt wird, ist der Antrag auf Kinderkrankengeld individuell durch die Versicherten zu stellen.

Es ist nicht erforderlich, dass das ärztliche Zeugnis von einem Vertragsarzt ausgestellt wird.

#### 4.5.1 Angaben des ärztlichen Zeugnisses bei einem schwerstkranken Kind

Für ein schwerstkrankes Kind gilt, dass aus dem ärztlichen Zeugnis die Diagnose, das im Abschnitt [4 „Anspruchsvoraussetzungen“](#) genannte Krankheitsstadium und die voraussichtliche Lebenserwartung des Kindes hervorgehen sollen. Ferner muss es ggf. Informationen darüber enthalten, ob das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Im Zweifel ist der Inhalt des ärztlichen Zeugnisses durch den MDK prüfen zu lassen. Auch in diesen Fällen ist es nicht erforderlich, dass das ärztliche Zeugnis von einem Vertragsarzt ausgestellt wird.

### 4.6 Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege

Der Anspruch auf Krankengeld nach § 45 SGB V hängt davon ab, dass der Versicherte der Arbeit deshalb fernbleibt, weil er sein erkranktes Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen muss. Ein

## Anspruchsvoraussetzungen

Anspruch auf Kinderkrankengeld kommt hiernach sowohl in den Fällen in Betracht, in denen das erkrankte Kind zu Hause der Beaufsichtigung oder Pflege bedarf, als auch dann, wenn es von dem Versicherten zur ärztlichen Behandlung begleitet und währenddessen betreut werden muss (z. B. in Fällen einer ambulanten Operation oder vor- und nachstationärer Behandlung). Über die Erforderlichkeit entscheidet der behandelnde Arzt.

Bei einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme von Versicherten als Begleitperson während einer stationären (sowohl voll- als auch teilstationären) Behandlung ihres Kindes ist der Ausgleich des Verdienstausfalls allerdings aus § 11 Abs. 3 SGB V abzuleiten. Leistungspflichtig ist die Krankenkasse, die die Kosten der Hauptleistung „stationäre Behandlung“ trägt.

### 4.6.1 Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind

Der Krankengeldanspruch nach § 45 Abs. 4 SGB V besteht auch, wenn das schwerstkranken Kind

- stationär in einem Kinderhospiz versorgt wird,
- ambulante Leistungen eines Hospizdienstes erhält oder
- sich in einer palliativ-medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus befindet.

Abweichend zu Abschnitt [4.6 „Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege“](#) ist im Falle der stationären Mitaufnahme des betreuenden Elternteils in ein Krankenhaus der Krankengeldanspruch nach § 45 Abs. 4 SGB V gegenüber einer Verdienstausfallerstattung nach § 11 Abs. 3 SGB V vorrangig. Ebenso schließen Pflegeleistungen nach dem SGB XI den Krankengeldanspruch nach § 45 Abs. 4 SGB V nicht aus.

### 4.7 Eine andere im Haushalt lebende Person

Voraussetzung für den Leistungsanspruch nach § 45 Abs. 1 SGB V ist, dass eine andere im Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen und pflegen kann. Hierzu hat der Versicherte eine Erklärung abzugeben, welche bereits Bestandteil auf dem ärztlichen Zeugnis (z. B. Muster 21) ist.

Unter Haushalt ist nach allgemeinem Sprachgebrauch die häusliche, wohnungsmäßige, familienhafte Wirtschaftsführung zu verstehen (BSG vom 30.03.2000 – B 3 KR 23/99 R).

Ein Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht nicht, wenn im Haushalt des Versicherten eine andere Person lebt, die an seiner Stelle die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes übernehmen kann. In Frage kommen grundsätzlich alle Personen, die im Haushalt des

## Anspruchsvoraussetzungen

Versicherten leben, geeignet und zeitlich auch in der Lage sind, das erkrankte Kind zu beaufsichtigen, betreuen und zu pflegen. Die bloße Anwesenheit eines Dritten ist nicht ausreichend, sondern es muss eine subjektive und objektive Pflegefähigkeit vorhanden sein. Dies ist insbesondere dann nicht der Fall, wenn die im Haushalt lebende Person aufgrund eines zu niedrigen oder hohen Alters dazu nicht in der Lage ist oder selbst an einer Krankheit leidet, die die Betreuung des Kindes nicht zulässt.

### 4.7.1 Besonderheit bei einem schwerstkranken Kind

Der Krankengeldanspruch nach § 45 Abs. 4 SGB V hängt nicht davon ab, dass keine andere im Haushalt lebende Person zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege vorhanden sein darf. Der Leistungsanspruch besteht daher in diesen Fällen unabhängig davon, ob eine andere im Haushalt lebende Person die Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des schwerstkranken Kindes übernehmen könnte. Diese Regelung erscheint insbesondere für Familien mit mehreren Kindern hilfreich. Somit kann ein berufstätiger Elternteil<sup>3</sup> auch dann Krankengeld für die Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege eines schwerstkranken Kindes beantragen, wenn der andere Elternteil<sup>3</sup> des Kindes nicht berufstätig ist und das Kind ansonsten versorgt. Aber auch dann, wenn keine weiteren Kinder im Haushalt leben und ein Elternteil<sup>3</sup> nicht arbeitet, kann vom berufstätigen Elternteil<sup>3</sup> das Krankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V beansprucht werden.

Beginn und Dauer des Anspruchs

## 5. Beginn und Dauer des Anspruchs

### 5.1 Arbeitstag

Unter einem Arbeitstag im Sinne des § 45 Abs. 2 SGB V ist der Arbeitstag zu verstehen, wie er an dem jeweiligen Tag der tatsächlichen Versorgung des Kindes arbeitsvertraglich zu leisten wäre. Es kommt nicht darauf an, wie viele Arbeitsstunden an diesem Tag zu erbringen gewesen wären (vgl. BSG vom 17.09.1986 – 3 RK 25/85).

Von einem Arbeitstag ist auch auszugehen, wenn sich z. B. im Rahmen der Schichtarbeit ein Arbeitstag über 2 Kalendertage erstreckt (Nachtschicht, vgl. Bundesarbeitsgericht [BAG] vom 17.04.1958 – 2 AZR 289/57).

Arbeitsfreie Feiertage und arbeitsfreie Wochenenden zählen nicht als Arbeitstage im Sinne des § 45 SGB V und sind daher nicht auf die Höchstanspruchsdauer nach § 45 Abs. 2 SGB V anzurechnen. Nähere Hinweise s. Abschnitt [5.3 „Anspruchsdauer“](#) und [Beispiel 30 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Feiertagen und Wochenenden](#).

### 5.2 Anspruchsbeginn

Das Krankengeld ist grundsätzlich von dem Tag an zu zahlen, an dem die Voraussetzungen (vgl. Abschnitt [4 „Anspruchsvoraussetzungen“](#)) hierfür gemäß § 45 SGB V vorliegen (BSG vom 22.10.1980 – 3 RK 56/79). Wartetage sind dabei nicht vorgesehen. Dies gilt auch, sofern am ersten Tag der Freistellung wegen Erkrankung des Kindes noch teilweise gearbeitet wurde und nur für den Rest des Tages eine unbezahlte Freistellung durch den Arbeitgeber erfolgt und bei der Krankenkasse für diesen Tag Krankengeld bei Erkrankung des Kindes beantragt wird (vgl. BSG vom 17.09.1986 – 3 RK 25/85).

Sofern der Arbeitgeber am ersten Tag der Erkrankung des Kindes, an dem noch teilweise gearbeitet wurde, für die Zeit der Freistellung des Versicherten das Arbeitsentgelt fortzahlt, ist dieser Tag nicht als Anspruchstag anzurechnen (Näheres hierzu s. Abschnitt [9.1.1 „Arbeitsentgelt“](#)). Gleiches gilt, wenn für den Rest des Tages eine unbezahlte Freistellung erfolgt, jedoch kein Kinderkrankengeld für diesen Tag beantragt wird (vgl. BSG vom 17.09.1986 – 3 RK 25/85).

Der Anspruch beginnt auch für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige gemäß Abschnitt [4.3.1.1 „Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige“](#) sowie für Künstler und Publizisten im Sinne des Abschnitts [4.3.1.2 „Künstler und Publizisten“](#) ab dem ersten Tag, an dem es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass die Versicherten zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres



## Beginn und Dauer des Anspruchs

erkrankten und versicherten Kindes ihrer Arbeit (Erwerbstätigkeit) fernbleiben. Die Regelungen des § 46 Satz 3 SGB V bzw. § 46 Satz 4 SGB V i.V.m. § 53 Abs. 6 SGB V sind nicht anzuwenden.

Eine übersichtliche Darstellung der verschiedenen Fallkonstellationen ist in Abschnitt [5.4 „Übersicht zum Anspruch und zur Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer“](#) enthalten.

### 5.2.1 Anspruchsbeginn bei einem schwerstkranken Kind

Der Anspruch auf das Krankengeld bei Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege eines schwerstkranken Kindes beginnt, wenn die in § 45 Abs. 4 SGB V genannten Voraussetzungen vorliegen. § 46 SGB V gilt nicht.

### 5.3 Anspruchsdauer

Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage je Elternteil<sup>3</sup>, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage (s. jedoch Abschnitt [5.3.2 „Dauer des Anspruchs bei Erkrankung mehrerer Kinder“](#)). Damit besteht für die Eltern je Kind eine Gesamthöchstanspruchsdauer von 20 Arbeitstagen je Kalenderjahr. Die Tage müssen nicht zusammenhängend verlaufen, sondern stellen vielmehr eine Begrenzung der Dauer des kalenderjährlichen Höchstanspruchs dar. Bei jeder Erkrankung für ein und dasselbe Kind ist daher zu prüfen, ob der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 45 Abs. 2 SGB V im laufenden Kalenderjahr bereits erschöpft ist. Hierfür sind ggf. auch die Anspruchszeiten bei einer anderen Krankenkasse zu berücksichtigen.

Sofern Versicherte an Feiertagen oder an den Wochenendtagen arbeiten müssen und sie ihrer Arbeit wegen der notwendigen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes fernbleiben, sind diese Tage als Anspruchstage gemäß § 45 Abs. 2 SGB V anzurechnen. Arbeitsfreie Feiertage und arbeitsfreie Wochenenden sind nicht bei der Ermittlung der Höchstanspruchsdauer zu berücksichtigen, da der Versicherte ohne Erkrankung des Kindes nicht an diesen Tagen gearbeitet hätte.

Für die Ermittlung der Anspruchsdauer hat der Arbeitgeber der Krankenkasse die Anzahl der freigestellten Arbeitstage im Freistellungszeitraum im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ (DTA EEL nach § 107 SGB IV) zu melden, also die Tage, an denen ohne Erkrankung des Kindes hätte gearbeitet werden müssen.

Wird am ersten Tag der Freistellung wegen Erkrankung des Kindes noch teilweise gearbeitet, erfolgt für den Rest des Tages eine unbezahlte Freistellung durch den Arbeitgeber und wird bei der Krankenkasse für diesen Tag Kinderkrankengeld beantragt, ist dieser Tag auf die Höchstdauer gemäß § 45 Abs. 2 SGB V anzurechnen.

## Beginn und Dauer des Anspruchs

Ganze Tage, an denen der Versicherte unter Weiterzahlung des Arbeitsentgelts der Arbeit fernbleibt, werden ebenso auf die Höchstanspruchsdauer gemäß § 45 Abs. 2 SGB V angerechnet (Näheres s. Abschnitt [9.1.1 „Arbeitsentgelt“](#)). Der Arbeitgeber meldet hierfür ebenfalls per „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ der Krankenkasse, für wie viele Arbeitstage das Arbeitsentgelt weitergezahlt wird.

Tage, an denen der Versicherte nur stundenweise zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt und hierfür den Verdienstausfall von seinem Arbeitgeber erhält, sind jedoch nicht auf die Höchstanspruchsdauer nach § 45 Abs. 2 SGB V anzurechnen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn der Arbeitgeber am ersten Tag der Erkrankung des Kindes, an dem noch teilweise gearbeitet wurde, für die Zeit der Freistellung das Arbeitsentgelt fortzahlt.

Anrechnungsfrei bleiben auch Tage der Erkrankung des Kindes, für die kein Krankengeld geltend gemacht wurde und für die auch keine bezahlte Freistellung wegen Erkrankung des Kindes erfolgte (vgl. BSG vom 17.09.1986 – 3 RK 25/85).

Wird während des Bezuges von Kinderkrankengeld das 12. Lebensjahr vollendet, ist lediglich der Zeitraum vom Beginn der Beaufsichtigung bis einen Tag vor dem 12. Geburtstag als Anspruchszeitraum anzusehen (s. Abschnitt [4.4.1 „Alter des Kindes“](#)). Eine Ausnahme hiervon besteht, wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Tage, an denen der Anspruch auf Kinderkrankengeld ruht, sind auf die Anspruchsdauer im Sinne des § 45 Abs. 2 SGB V anzurechnen (Näheres s. Abschnitt [9 „Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld“](#)).

Der Anspruch auf Krankengeld nach § 45 SGB V endet ferner, wenn

- die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung des Kindes in der gesetzlichen Krankenversicherung endet oder
- der betreuende Elternteil<sup>3</sup> selbst einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V oder § 44a SGB V erwirbt (s. Abschnitt [9.5.1 „Arbeitsunfähigkeit und Bezug von Krankengeld nach §§ 44 bzw. 44a SGB V“](#)).

Eine übersichtliche Darstellung der verschiedenen Fallkonstellationen ist in Abschnitt [5.4 „Übersicht zum Anspruch und zur Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer“](#) enthalten.

### 5.3.1 Anspruchsdauer bei einem schwerstkranken Kind

Der Anspruch nach § 45 Abs. 4 SGB V für ein schwerstkranken Kind unterliegt keiner zeitlichen Begrenzung (s. auch Abschnitt [4.4.1.1 „Altersbegrenzung bei einem schwerstkranken Kind“](#)). Der

## Beginn und Dauer des Anspruchs

Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht damit grundsätzlich bis zu dem Tag, an dem das Kind verstirbt. Eine Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist jedoch auch hier, dass das schwerst- kranke Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, falls es nicht behindert und auf Hilfe angewiesen ist. In Anbetracht der besonderen psychischen Belastung, der die betreuenden Eltern des sterbenden Kindes ausgesetzt sind, ist ihnen nicht zumut- und vermittelbar, dass der Leis- tungsanspruch analog dem Leistungsanspruch nach § 45 Abs. 1 SGB V mit Vollendung des 12. Lebensjahres endet, falls keine Behinderung vorliegt. Daher ist das Krankengeld auch über den Zeitpunkt der Vollendung des 12. Lebensjahres hinaus bis zum Tod des Kindes zu leisten.

Eine dem § 48 Abs. 1 SGB V vergleichbare Höchstanspruchsdauer wurde für das Krankengeld bei Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines schwerstkranken Kindes nicht eingeführt. Eine Be- grenzung des Anspruchs würde zu zusätzlichen unzumutbaren Belastungen der Eltern schwerst- kranker Kinder führen, soweit Pflichten eines Elternteils<sup>3</sup> aus einem Beschäftigungsverhältnis den Betreuungs- und pflegerischen Pflichten entgegenstehen. Intention des Gesetzgebers war es da- her, bei schwerer, unheilbarer Erkrankung eines Kindes mit nur noch geringer Lebenserwartung für einen der beiden Elternteile<sup>3</sup> einen Krankengeldanspruch ohne die Beschränkungen des § 45 Abs. 2 SGB V zu schaffen.

### 5.3.2 Dauer des Anspruchs bei Erkrankung mehrerer Kinder

Bei mehreren Kindern erhöht sich die Anspruchsdauer auf das Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V entsprechend. In der Summe können jedoch höchstens 25 Arbeitstage, für alleiner- ziehende Versicherte längstens 50 Arbeitstage pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden (vgl. § 45 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Bei gleichzeitiger Erkrankung mehrerer Kinder wird der jeweilige Anspruchstag, an dem mehrere Kinder gleichzeitig erkrankt sind, nur auf die Höchstanspruchs- dauer eines Kindes angerechnet.

Sofern eine Erkrankung eines Kindes nach § 45 Abs. 1 SGB V mit einer Erkrankung eines zweiten Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V zeitlich zusammentrifft, ist gemäß der Ausführungen in Abschnitt [9.16 „Übersicht „Zusammentreffen mit anderen Leistungen““](#) vorzugehen.

### 5.3.3 Ende des Beschäftigungsverhältnisses

Das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 Abs. 1 SGB V erfüllt nicht denselben Zweck der Lohnersatzfunktion wie das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit nach § 44 SGB V bzw. das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V. Dies lässt sich zum einen daraus herleiten, dass das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 1 SGB V eine sehr kurzfristige Leistung darstellt, währenddessen das Krankengeld nach § 44 SGB V sowie das

## Beginn und Dauer des Anspruchs

Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V i. d. R. für längere Zeiträume gewährt werden. Zum anderen ist für das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 1 SGB V eine andere Berechnungsgrundlage vorgesehen als für das Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit sowie das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes für schwerstkranke Kinder, da auf das während der Freistellung ausgefallene Arbeitsentgelt abgestellt wird.

Angesichts der unterschiedlichen Zielsetzungen dieser Entgeltersatzleistungen gilt auch eine abweichende Vorgehensweise in Bezug auf den Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach dem Ende eines Beschäftigungsverhältnisses. Der Krankengeldanspruch nach § 45 Abs. 1 SGB V endet, wenn das Beschäftigungsverhältnis des Versicherten endet. Auch wenn über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus die Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des erkrankten Kindes besteht, bleibt der Versicherte nach Ende der Beschäftigung nicht seiner Arbeit fern und ihm fällt auch kein Arbeitsentgelt aus. Hauptverhinderungsgrund für das Fernbleiben von der Arbeit ist nicht die Erkrankung des Kindes, sondern das Ende der Beschäftigung. Daher endet auch der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses.

### 5.3.3.1 Besonderheit bei einem schwerstkranken Kind

Für das Krankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V bei Erkrankung von schwerstkranken Kindern mit begrenzter Lebenserwartung wird der gesetzlichen Intention entsprechend empfohlen, bei über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus erforderlicher Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des Kindes einen fortwährenden Anspruch auf Kinderkrankengeld einzuräumen.

### 5.3.4 Wechsel in der Betreuung

Bei einem Wechsel der Betreuung während einer laufenden Erkrankung des Kindes, hat der zuerst pflegende Elternteil<sup>3</sup> seine Krankenkasse über den Wunsch des Betreuungswechsels unter Angabe des Termins unverzüglich zu informieren. Ist der Elternteil<sup>3</sup>, der die Pflege als zweiter übernimmt, bei einer anderen Krankenkasse versichert, hat er dieser ein neues ärztliches Zeugnis (vgl. Abschnitt [4.5 „Ärztliches Zeugnis“](#)) oder eine Kopie des ersten Zeugnisses, das bei der bisher zuständigen Krankenkasse verbleibt, vorzulegen. Auch bei weiteren Wechseln in der Betreuung, die mit einem Wechsel der leistungspflichtigen Krankenkasse verbunden sind, ist die Vorlage eines neuen ärztlichen Zeugnisses oder einer Kopie des bisher gültigen Zeugnisses bei der neu zuständigen Krankenkasse erforderlich.

## Beginn und Dauer des Anspruchs

### 5.3.4.1 Betreuungswechsel bei einem schwerstkranken Kind

Der Anspruch auf Krankengeld bei Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder besteht grundsätzlich nur für ein Elternteil<sup>3</sup>. Allerdings bestehen keine Bedenken gegen einen Betreuungswechsel auf Wunsch der Eltern. Der Wechsel ist für den Anspruch auf Krankengeld für die Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege eines schwerstkranken Kindes unschädlich, wenn beide Elternteile<sup>3</sup> gesetzlich krankenversichert sind und bei Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Krankengeld haben.

### 5.3.5 Übertragung des Anspruchs

Sind beide Elternteile<sup>3</sup> berufstätig und kommt sonst niemand als für die Pflege geeignete Person in Betracht, können grundsätzlich die Eltern entscheiden, wer von ihnen die Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des erkrankten Kindes übernimmt (vgl. BAG vom 20.06.1979 – 5 AZR 361/78). Infolgedessen wünschen Versicherte gelegentlich, ihren Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V auf den jeweils anderen Elternteil<sup>3</sup> des Kindes zu übertragen. Dadurch kommt es zu keiner Leistungsausweitung, jedoch ist der Leistungsanspruch für beide Elternteile<sup>3</sup> insgesamt auf einen Versicherten konzentriert. Im Interesse einer familienorientierten Handhabung des § 45 SGB V empfiehlt es sich, die Verständigung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu akzeptieren, einen Elternteil<sup>3</sup>, dessen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes und auf Freistellung von der Arbeit (§ 45 Abs. 3 SGB V) bereits erschöpft ist, gleichwohl nochmals freizustellen, weil der andere Elternteil<sup>3</sup>, dessen Anspruch noch nicht erschöpft ist, die Betreuung des erkrankten Kindes nicht übernehmen kann. Entsprechende Fälle sind dabei wie folgt abzuwickeln:

#### **Anspruch, Berechnung und Höchstbezugsdauer**

Grundlage für die "Übertragung" des Anspruches auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ist, dass der Arbeitgeber den Freistellungsanspruch, den sein Arbeitnehmer nach § 45 Abs. 3 SGB V bereits ausgeschöpft hat, nochmals gegen sich gelten lässt.

Die Krankenkasse des Arbeitnehmers, dessen Arbeitgeber einer weiteren Freistellung zustimmt, berechnet und zahlt das Kinderkrankengeld an ihren Versicherten auf der Grundlage des vom Arbeitgeber im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ gemeldeten ausgefallenen Arbeitsentgelts aus und führt die damit in Zusammenhang stehenden Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung ab (einschließlich Meldeverfahren). Die Krankenkasse des anderen Elternteils<sup>3</sup> bestätigt zuvor der auszahlenden Krankenkasse den Grundanspruch und die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.

## Beginn und Dauer des Anspruchs

### Erstattung

Die Krankenkassen akzeptieren gegenseitig die Berechnung, Höhe und Auszahlung des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes. Die Aufwendungen der das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes auszahlenden Krankenkasse werden dieser einschließlich der abgeführten Beiträge zur Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung von der Krankenkasse in tatsächlicher Höhe ersetzt, deren Versicherter die Betreuung des erkrankten Kindes nicht wahrnehmen konnte. Auf den Nachweis zahlungsbegründender Unterlagen wird verzichtet. Verwaltungskosten werden gegenseitig nicht erstattet.

### Klärung von Zweifelsfragen

Zweifelsfragen im Zusammenhang mit der Berechnung und Zahlung des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes sind zwischen den beteiligten Krankenkassen einvernehmlich zu klären.

### 5.3.6 Anspruchsdauer bei Wechsel des Personensorgerechts

Bei einem Wechsel von einem gemeinsamen zu einem alleinigen Personensorgerecht oder umgekehrt darf die Höchstanspruchsdauer für das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 2 SGB V von maximal 20 Arbeitstagen je Kind (bzw. maximal 50 Arbeitstage bei mehreren Kindern) nicht überschritten werden.

#### Beispiel 2 – Wechsel des Personensorgerechts

Verheiratetes Paar, beide versicherungspflichtig beschäftigt, ein Kind (9 Jahre alt)

Bereits aus der Versicherung der Mutter gezahltes Krankengeld nach § 45 SGB V für das lfd. Kalenderjahr	10 Arbeitstage
---	----------------

Bereits aus der Versicherung des Vaters gezahltes Krankengeld nach § 45 SGB V für das lfd. Kalenderjahr	5 Arbeitstage
---	---------------

Scheidung am 01.07. des lfd. Kalenderjahres. Danach alleiniges Personensorgerecht für die Mutter. Das Kind lebt ausschließlich bei der Mutter.

#### Lösung:

Da bereits für das Kind im lfd. Kalenderjahr für 15 Arbeitstage Krankengeld nach § 45 SGB V gezahlt wurde, besteht in diesem Kalenderjahr für die Mutter als nunmehr Alleinerziehende noch ein Restanspruch für 5 Arbeitstage.

## Beginn und Dauer des Anspruchs

### 5.3.7 Alleinerziehende Versicherte

Als alleinerziehend im Sinne des § 45 SGB V ist grundsätzlich ein Elternteil<sup>3</sup> anzusehen, der das alleinige Personensorgerecht für das mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebende Kind hat. In diesen Fällen ist die Höchstanspruchsdauer je Kind im Kalenderjahr auf 20 Arbeitstage bzw. für mehrere Kinder auf insgesamt 50 Arbeitstage festgelegt. Es ist im Einzelfall zu prüfen, ob in diesen Fällen für die Gewährung der längeren Höchstanspruchsdauer eine Erklärung des Elternteils<sup>3</sup> ausreichend ist oder weitere Nachweise (z. B. Entscheidung des Familiengerichts bei dauerhaftem Getrenntleben) durch den Versicherten einzureichen sind.

Lebt der allein personensorgeberechtigte Elternteil<sup>3</sup> in nichtehelicher Lebensgemeinschaft und steht das erkrankte Kind auch in einem Kindschaftsverhältnis zu dem Lebenspartner, sind die Ansprüche nach § 45 SGB V so zu beurteilen, als stünde beiden Elternteilen<sup>3</sup> das Personensorgerecht gemeinsam zu. Steht das erkrankte Kind in keinem Kindschaftsverhältnis zu dem nichtehelichen Lebenspartner, ist nur der allein personensorgeberechtigte Elternteil<sup>3</sup> nach § 45 SGB V anspruchsberechtigt. Soweit nichteheliche Partner oder andere Personen im Haushalt des allein personensorgeberechtigten Elternteils<sup>3</sup> leben und in der Lage sind, das Kind im Krankheitsfall zu beaufsichtigen, zu betreuen oder zu pflegen, sind aus diesem Grunde Ansprüche nach § 45 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen.

Erhalten die Eltern im Falle des nicht nur vorübergehenden Getrenntlebens das nach bürgerlich-rechtlichen Vorschriften zu bestimmende gemeinsame Personensorgerecht aufrecht, hat jeder Elternteil<sup>3</sup> grundsätzlich einen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes für maximal 10 Arbeitstage bzw. bei mehreren Kinder für insgesamt 25 Arbeitstage innerhalb eines Kalenderjahres.

Jedoch gelten auch Versicherte im Sinne des § 45 Abs. 2 Satz 1 SGB V als alleinerziehend, die als erziehender Elternteil<sup>3</sup> faktisch alleinstehend sind. Für den erweiterten Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes von 20 Arbeitstagen bzw. 50 Arbeitstagen ist dann nicht auf die alleinige Innehabung des Sorgerechts, sondern auf das tatsächliche Alleinstehen bei der Erziehung abzustellen (z. B. wenn das Kind grundsätzlich im gemeinsamen Haushalt mit einem Elternteil<sup>3</sup> lebt und sich nur alle 2 Wochen am Wochenende beim anderen Elternteil<sup>3</sup> aufhält; vgl. BSG vom 26.06.2007 – B 1 KR 33/06 R). In diesen Fällen ist bei dem Begriff alleinerziehend abzustellen auf Elternteile<sup>3</sup>, die

- faktisch alleinstehend sind,
- mit dem Kind in einem Haushalt zusammenleben und
- mindestens gemeinsam mit einem anderen das Sorgerecht für das Kind haben (Ausnahme: Stief-, Enkel- sowie Pflegekinder).

## Beginn und Dauer des Anspruchs

Alleinerziehend kann somit auch ein Elternteil<sup>3</sup> sein, dem kein alleiniges Personensorgerecht zusteht.

Bei der Entscheidung über die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes sollte den Wünschen der getrennt lebenden und gemeinsam sorgeberechtigten Eltern Rechnung getragen werden, zumal es in der Entscheidungskompetenz der Eltern liegt, die tatsächliche Wahrnehmung der Erziehungsverantwortung jeder Zeit zu ändern. Ihnen kommt insofern – wie im Falle des Zusammenlebens – ein Wahlrecht mit der Besonderheit zu, dass sich der individuell zustehende Anspruch grundsätzlich verdoppeln kann. Grundlage ist zunächst, dass der Arbeitgeber den Freistellungsanspruch seines Arbeitnehmers nach § 45 Abs. 3 SGB V weiterhin gewährt. Für den anderen Elternteil<sup>3</sup> ist der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes in solchen Fällen ausgeschlossen. Eine entsprechende Erklärung der Eltern gegenüber der Krankenkasse, die Kinderkrankengeld gewähren soll, sollte als ausreichend angesehen werden. Sind die Elternteile<sup>3</sup> bei verschiedenen Krankenkassen versichert und bestehen begründete Zweifel, dass nur der antragstellende Elternteil<sup>3</sup> die Betreuung des Kindes im Sinne des § 45 SGB V wahrgenommen hat bzw. zukünftig wahrnehmen möchte, ist von der Krankenkasse des nicht betreuenden Elternteils<sup>3</sup> eine Mitteilung zur Vorlage für die auszahlende Krankenkasse zu erstellen, aus der hervorgeht, ob und ggf. in welchem Umfang bereits Kinderkrankengeld für diesen Elternteil<sup>3</sup> gewährt wurde.

Ist ein Elternteil<sup>3</sup> an der Ausübung des Sorgerechts dadurch gehindert, dass er für einen längeren Zeitraum nicht im gemeinsamen Haushalt lebt (z. B. durch einen Krankenhausaufenthalt, eine Rehabilitation, eine berufliche Tätigkeit in weiter Entfernung vom Wohnort oder im Ausland), wird empfohlen, dem anderen Elternteil<sup>3</sup> den verlängerten Anspruch eines Alleinerziehenden einzuräumen. Voraussetzung hierfür ist, dass der Arbeitgeber den Freistellungsanspruch nach § 45 Abs. 3 SGB V, den sein Arbeitnehmer bereits ausgeschöpft hat, nochmals gegen sich gelten lässt. Auch in diesen Fällen sollte eine entsprechende Erklärung der Eltern gegenüber der auszahlenden Krankenkasse ausreichen. Die Krankenkassen prüfen einzelfallbezogen, ob ggf. weitere geeignete Nachweise (z. B. zum Arbeitsort) durch den antragstellenden Elternteil<sup>3</sup> vorzulegen sind. Sollten beide Elternteile<sup>3</sup> bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sein, entstehen hieraus dennoch keine Ansprüche wie bei einer Übertragung des Anspruchs gemäß Abschnitt [5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“](#), da der beaufsichtigende Elternteil<sup>3</sup> als alleinerziehend anzusehen ist.

### 5.3.8 Fortzahlung anderer Entgeltersatzleistungen

Haben Versicherte Anspruch auf andere Entgeltersatzleistungen (z. B. Arbeitslosengeld oder Übergangsgeld) und werden diese auch im Falle der Erkrankung des Kindes (teilweise) fortgezahlt, sind diese Tage auf die Höchstanspruchsdauer anzurechnen.



## Beginn und Dauer des Anspruchs

## 5.4 Übersicht zum Anspruch und zur Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer

Die nachfolgende Tabelle beschränkt sich auf die wesentlichen Personenkreise, die einen Anspruch auf Kinderkrankengeld haben.

Tabelle 2 – Anspruch auf Kinderkrankengeld und Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer

Sachverhalt		Anspruch auf Kinderkrankengeld	Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	Erläuterung
Arbeitnehmer ... ... arbeitet am Freistellungstag noch teilweise	Arbeitgeber stellt für den ...	ja	nein	Anspruch besteht, ruht jedoch wegen Fortzahlung des Arbeitsentgelts; keine Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer
	... restlichen Arbeitstag unter Weiterzahlung des Arbeitsentgelts frei			
	... restlichen Arbeitstag unbezahlt frei, Arbeitnehmer beantragt kein Kinderkrankengeld	ja	nein	
	... restlichen Arbeitstag unbezahlt frei, Arbeitnehmer beantragt Kinderkrankengeld	ja	ja	Anspruch i. H. des ausgefallenen Arbeitsentgelts; es wird ein Anspruchstag angerechnet
... arbeitet am Freistellungstag nicht (mehr)	... gesamten Arbeitstag unter Weiterzahlung des Arbeitsentgelts frei	ja	ja	Anspruch besteht, ruht jedoch, da Arbeitsentgelt fortgezahlt wird; es wird ein Tag auf die Höchstanspruchsdauer angerechnet
	... gesamten Arbeitstag unbezahlt frei	ja	ja	Anspruch besteht i. H. des ausgefallenen Arbeitsentgelts; es wird ein Tag auf die Höchstanspruchsdauer angerechnet

## Beginn und Dauer des Anspruchs

Sachverhalt		Anspruch auf Kinderkrankengeld	Anrechnung auf Höchstanrechnungsdauer	Erläuterung
Beschäftigungsverhältnis endet		Anspruch endet mit dem letzten Tag des Beschäftigungsverhältnisses	nach Ende Beschäftigungsverhältnis nicht mehr	Nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses fällt kein Arbeitsentgelt wegen der Erkrankung des Kindes aus, damit besteht kein Anspruch und folglich keine Anrechnung als Anspruchstag
<b>Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige</b> (sofern die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfasst) sowie <b>Künstler und Publizisten</b>	tatsächlicher Ausfall an Arbeitseinkommen durch die Betreuung des Kindes	ja	ja	Anspruch i. H. v. 70 % des erzielten regelmäßigen beitragspflichtigen Arbeitseinkommens, es wird ein Anspruchstag angerechnet
	kein tatsächlicher Ausfall an Arbeitseinkommen durch die Betreuung des Kindes	ja	ja	Anspruch besteht i.H.v. 0,00 EUR, kommt jedoch nur zum Tragen, wenn ein Antrag gestellt wird – dann Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer, ansonsten keine Anrechnung
<b>Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte</b> (sofern die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfasst)		ja	ja	Anspruch i. H. des ausgefallenen Arbeitsentgelts; es wird ein Anspruchstag angerechnet

## 6. Arbeitsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber

Nach § 45 Abs. 3 SGB V haben Versicherte mit Krankengeldanspruch bei Erkrankung des Kindes für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus gleichem Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V ist daher dem Anspruch auf bezahlte Freistellung gegenüber subsidiär ausgestaltet (BAG vom 31.07.2002 – 10 AZR 578/01).

Ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit ergibt sich für Arbeitnehmer grundsätzlich aus § 616 [jetzt] Satz 1 BGB (BAG vom 20.06.1979 – 5 AZR 479/77 und 5 AZR 361/78), sofern sie wegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres Kindes der Arbeit fernbleiben müssen. Zur Ermittlung der Dauer des Freistellungsanspruchs hat das BAG in seinem Urteil vom 07.06.1978 – 5 AZR 466/77 – eine Parallele zu dem seinerzeit versicherungsrechtlichen Krankengeldanspruch nach § 185c RVO, welches bis zu 5 Arbeitstage gezahlt wurde, gezogen. Eine Arbeitsverhinderung bis zu 5 Arbeitstagen wurde deshalb im Allgemeinen als verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit im Sinne des [jetzt] § 616 Satz 1 BGB angesehen. Der Arbeitgeber kann jedoch auch darüber hinaus das Arbeitsentgelt fortzahlen. Er hat im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ die Krankenkasse darüber zu informieren, ob ein Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Darüber hinaus muss er – bezogen auf den jeweiligen Freistellungszeitraum (s. Abschnitt [7.2.1 „Maßgebender Freistellungszeitraum“](#)) – angeben, für wie viele Arbeitstage ein Anspruch auf bezahlte Freistellung bestand. Während einer bezahlten Freistellung ruht der gleichzeitig bestehende Anspruch auf Kinderkrankengeld (s. Abschnitt [9.1 „Weiterbezug von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen“](#)).

Der Anspruch auf eine bezahlte Freistellung besteht solange, wie er nicht durch Tarifvertrag, Arbeitsvertrag usw. außer Kraft gesetzt (abbedungen) wird. Wenn und soweit der Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit wegen Erkrankung des Kindes abbedungen ist, ist ein Anspruch auf Krankengeld gemäß § 45 SGB V zu erfüllen.

In den einschlägigen Tarifverträgen wird zum Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit in unterschiedlicher Form eingegangen. Es wird empfohlen, wie folgt zu verfahren:

- a) Bei Verweisung auf den Entgeltfortzahlungsanspruch entsprechend den gesetzlichen Vorschriften

(z. B.: „Lohn wird nur für die Zeit gezahlt, in der Arbeit geleistet wird, sowie für die Zeit der Arbeitsbereitschaft, es sei denn, dass gesetzliche oder tarifliche Vorschriften etwas anderes bestimmen ...“)

## Arbeitsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber

ist davon auszugehen, dass der Anspruch auf bezahlte Freistellung in den hier in Rede stehenden Fällen nicht abbedungen ist. Als eine gesetzliche Vorschrift, die etwas anderes regelt, kommt nämlich auch [jetzt] § 616 Satz 1 BGB in Betracht. Das von der Krankenkasse dem Grunde nach zu beanspruchende (oder das zur einstweiligen wirtschaftlichen Sicherung des Arbeitnehmers bereits gezahlte) Krankengeld nach [jetzt] § 45 SGB V darf nämlich nicht nach § 616 Satz 2 BGB auf den arbeitsrechtlichen Entgeltfortzahlungsanspruch angerechnet werden (BAG vom 19.04. 1978 – 5 AZR 834/76).

- b) Bei positiver und abschließender Aufzählung der Tatbestände für eine bezahlte Freistellung von der Arbeit

(z. B.: „Soweit dieser Manteltarifvertrag oder ein Gesetz nichts anderes bestimmen, gelten von dem Grundsatz, dass nur die tatsächliche Arbeitszeit einschließlich Arbeitsbereitschaft bezahlt wird, folgende Ausnahmen:

1. ...
2. Arbeitsverhinderung:  
Dem Arbeitnehmer ist ohne Anrechnung auf seinen Urlaub und ohne Verdienstminderung Freizeit wie folgt zu gewähren:
  - 1) ...
  - 2) ...
  - 3) Bei schwerer Erkrankung von zur Hausgemeinschaft gehörenden Familienmitgliedern, sofern der Arzt bescheinigt, dass die Anwesenheit des Arbeitnehmers zur vorläufigen Sicherung der Pflege erforderlich ist, ... bis zu 2 Tage.
  - 4) ...“)

ist davon auszugehen, dass im Übrigen der Anspruch auf Entgeltfortzahlung abbedungen ist. Ein solcher Tarifvertrag stellt nämlich eine abschließende Regelung des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung bei solchen Arbeitsverhinderungen dar, die nicht durch eine Krankheit des Arbeitnehmers verursacht worden sind. Dies ergibt sich daraus, dass die aufgeführten Fälle von Verhinderungen nicht als Beispiele bezeichnet sind. Trifft ein Tarifvertrag genaue Bestimmungen darüber, in welchen Fällen und für welche Zeit der Lohn zu zahlen ist, so schließt er im Zweifel weitergehende Ansprüche nach § 616 BGB aus (LAG Bremen vom 03.02.1977 – 3 Sa 235/76).

Enthält die abschließende Aufzählung der Freistellungstatbestände den Fall der Erkrankung eines zur Hausgemeinschaft gehörenden Kindes gar nicht, ist ebenfalls von einer Abbedingung, und zwar in vollem Umfange auszugehen.

## Arbeitsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber

- c) Bei beispielhafter Aufzählung der Tatbestände für eine bezahlte Freistellung von der Arbeit

(z. B.: „Der Arbeitnehmer hat Anspruch auf Arbeitsentgelt bei Arbeitsversäumnis, insbesondere in folgenden Fällen:

- a. aus Anlass der Erfüllung öffentlicher Verpflichtungen,
- b. bei behördlichen Gesundheitsprüfungen für die erforderliche Zeit,
- c. bei Wohnungswechsel mit eigenem Haushalt,
- d. bei Eheschließung, bei Silberhochzeit, bei Eheschließung des Kindes, Stief- oder Pflegekindes, bei Niederkunft der Ehefrau,
- e. beim Tod des Ehegatten, beim Tode eines Elternteiles<sup>3</sup>, eines Kindes, auch Stief- oder Pflegekindes, oder beim Tode von Geschwistern,
- f. bei 25-, 40- und 50-jähriger Zugehörigkeit zum Unternehmen“)

ist grds. davon auszugehen, dass der Entgeltfortzahlungsanspruch nicht abbedungen wurde. In diesem Sinne hat das BAG mit Urteil vom 25.04.1960 – 1 AZR 16/58 – entschieden: Wenn der Tarifvertrag den Grundsatz aufstellt, dass „sich die Bezahlung notwendig versäumter Arbeitszeit nach § 616 BGB richtet“, und im Anschluss daran aufgeführt wird, in welchem Ausmaß bei Arbeitsversäumnis „beispielsweise“ (oder „insbesondere“), nämlich in den näher bezeichneten Fällen (ohne jedoch den hier in Rede stehenden Fall zu nennen) der Lohn weitergezahlt wird, so ergibt sich schon aus der Verwendung des Wortes „beispielsweise“, dass der Tarifvertrag keine erschöpfende Regelung in dem Sinne darstellt, dass in allen nicht genannten Fällen der [jetzt] Entgeltfortzahlungsanspruch abbedungen wäre (so auch LAG Bremen vom 03.02.1977 – 3 Sa 235/76).

Besteht gegen den Arbeitgeber Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit zur Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege des erkrankten Kindes, kommt der Arbeitgeber diesem jedoch nicht nach, so hat die Krankenkasse Kinderkrankengeld zu zahlen. Der Anspruch des Versicherten gegen den Arbeitgeber geht in diesen Fällen in Höhe des gezahlten Bruttokinderkrankengeldes auf die Krankenkasse über (§ 115 Abs. 1 SGB X).

Der Anspruch auf unbezahlte Freistellung kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden, er ist somit nicht abdingbar. Durch ihn sollen arbeitsrechtliche Konflikte zwischen dem Versicherten und seinem Arbeitgeber vermieden werden.

Wird der Freistellungsanspruch geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen (§ 45 Abs. 3

## Arbeitsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber

Satz 3 SGB V).

Nach § 45 Abs. 5 SGB V wird auch den nicht oder ohne Krankengeldanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmern ein arbeitsrechtlicher Anspruch auf unbezahlte Freistellung eingeräumt.

### **6.1 Besonderheiten bei Auszubildenden, für die das Berufsbildungsgesetz (BBiG) gilt**

Für Auszubildende, deren Ausbildung vorwiegend betrieblich organisiert ist, findet das BBiG Anwendung (Beschluss des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 27.01.1983 – GmS-OGB 2/82). Anders als für Arbeitnehmer gilt für diesen Personenkreis der § 616 BGB nicht. Die im Urteil des BAG vom 19.04.1978 – 5 AZR 834/76 – im Zusammenhang mit § 616 BGB entwickelten Rechtsgrundsätze, nach denen die Erkrankung des Kindes als ein „in der Person liegender Grund“ zu werten sei, gelten auch im Zusammenhang mit der in § 19 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b BBiG enthaltenen inhaltsgleichen Voraussetzung. Nach § 19 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b BBiG ist Auszubildenden die Vergütung bis zu 6 Wochen je Verhinderungsfall fortzuzahlen, wenn sie aus einem sonstigen, in ihrer Person liegenden Grund unverschuldet verhindert sind, ihre Pflichten aus dem Berufsausbildungsverhältnis zu erfüllen. Dies gilt insofern auch bei Erkrankung des Kindes. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung ist durch den Ausbildungsvertrag nicht abdingbar (vgl. § 25 BBiG). Die Ausführungen des Abschnittes 9.1.3 „Auszubildende“ sind zu berücksichtigen.

### **6.2 Ansprüche bei einem schwerstkranken Kind**

§ 45 Abs. 4 SGB V regelt den unbefristeten Krankengeldanspruch bei Beaufsichtigung, Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder und verweist in seinem Satz 3 auf § 45 Abs. 3 SGB V. Somit haben Arbeitnehmer einen unbefristeten Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, um ihre schwerstkranken Kinder in der letzten Lebensphase zu begleiten.

Die Ausführungen des Abschnittes 6 „Arbeitsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber“ sind zu berücksichtigen.

Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

## 7. Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Beispiele zur Berechnung aus dem Arbeitsentgelt sind zur besseren Übersicht im Abschnitt [8.2 „Beispiele zur Berechnung und Zahlung von Kinderkrankengeld für Arbeitnehmer“](#) zusammengefasst.

### 7.1 Allgemeines

Besteht Anspruch auf Kinderkrankengeld soll bei Beschäftigten das tatsächlich ausgefallene Arbeitsentgelt ersetzt werden (Entgeltersatzfunktion). Bei hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigen erfolgt die Berechnung des Kinderkrankengeldes aus ihrem Arbeitseinkommen. Basis für das Kinderkrankengeld bilden daher grundsätzlich die individuellen Verhältnisse des Versicherten.

Das Kinderkrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen (§ 45 Abs. 2 Satz 5 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Satz 6 und 7 SGB V).

### 7.2 Berechnung aus dem Arbeitsentgelt

Das kalendertägliche Krankengeld bei Erkrankung des Kindes beträgt 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt (sozialversicherungspflichtiges Bruttoarbeitsentgelt). Wenn dem Grunde nach beitragspflichtige Einmalzahlungen (§ 23a SGB IV, s. Abschnitt [7.2.3.3 „Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt“](#)) in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung gezahlt wurden, beträgt das Bruttokrankengeld ungeachtet der Höhe der Einmalzahlung 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes darf 70 % der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V (Höchstkinderkrankengeld; Näheres s. Abschnitt [7.4 „Höchstkinderkrankengeld“](#)) nicht überschreiten.

Hierfür hat der Arbeitgeber für den nicht bezahlt freigestellten Zeitraum das tatsächlich ausgefallene Arbeitsentgelt im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ an die Krankenkasse zu übermitteln. Hierbei ist zu beachten, dass die Meldung des ausgefallenen Arbeitsentgeltes dem Arbeitgeber erst mit der tatsächlichen Entgeltabrechnung des jeweiligen Entgeltabrechnungszeitraums, in den die Freistellung fällt, möglich ist. In diesem Zusammenhang stellt der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau mithilfe des Datenbausteins „DBFR – Angaben zur Freistellung bei Erkrankung/Verletzung des Kindes“ in der Kommentierung zum „Datenaustausch

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ u.a. für die Arbeitgeber Beschreibungen und Informationen zu den benötigten Angaben zur Verfügung.

Um den unbezahlten Freistellungszeitraum bestimmen zu können, teilt der Arbeitgeber der zuständigen Krankenkasse mit, ob und ggf. in welchem Zeitraum ein Anspruch auf bezahlte Freistellung während der Erkrankung des Kindes bestand und für wie viele Arbeitstage er diese leistete. Nach dem Ende der bezahlten Freistellung beginnt dann der Zeitraum der unbezahlten Freistellung. Bezahlte Wochenenden und Feiertage, die keine Arbeitstage sind, gelten nicht als „bezahlt“ freigestellt im vorgenannten Sinne und sind daher bei der Ermittlung des Kinderkrankengeldes zu berücksichtigen. Die Anzahl der unbezahlt freigestellten Kalendertage ist daher aus der Meldung des Arbeitgebers im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ abzuleiten.

### Beispiel 3 – Ermittlung der unbezahlten Kalendertage

Erkrankung des Kindes vom 24.11. (Do) bis 30.11. (Mi)

Der Arbeitgeber leistet keine bezahlte Freistellung bei Erkrankung des Kindes. Er kürzt jedoch das Arbeitsentgelt nur für Arbeitstage. Diese gehen von Montag bis Freitag.

#### Vorgehen des Arbeitgebers und der Krankenkasse:

Der Arbeitgeber meldet keine bezahlten Freistellungstage, da er für keinen Arbeitstag das Arbeitsentgelt fortzahlt. Er gibt das ausgefallene Arbeitsentgelt an, welches er aus den 5 freigestellten Arbeitstagen ermittelt.

Die Krankenkasse hat für 7 Kalendertage Kinderkrankengeld zu zahlen, die insoweit als „unbezahlte Freistellungstage“ zählen. Als Anspruchstage werden 5 Tage angerechnet, da es sich dabei um Arbeitstage handelt.

### Formel 1 – Berechnung ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt

$$\text{Kalendertägliche Kinderkrankengeld} = \frac{\text{ausgefallene Nettoarbeitsentgelt} \times 90\%}{\text{Anzahl der unbezahlt freigestellten Kalendertage}}$$

### Formel 2 – Berechnung mit einmalig gezahltem Arbeitsentgelt

$$\text{Kalendertägliche Kinderkrankengeld} = \frac{\text{ausgefallene Nettoarbeitsentgelt} (\times 100\%)}{\text{Anzahl der unbezahlt freigestellten Kalendertage}}$$

Das Ergebnis ist auf 3 Dezimalstellen nach dem Komma auszurechnen, wobei auf die 2. Stelle kaufmännisch auf- bzw. abzurunden ist. Das kalendertägliche Kinderkrankengeld darf 70% der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V nicht überschreiten (s. hierzu Abschnitt [7.4 „Höchstkinderkrankengeld“](#)).



## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Beispiele zur Berechnung aus dem Arbeitsentgelt sind zur besseren Übersicht im Abschnitt [8.2 „Beispiele zur Berechnung und Zahlung von Kinderkrankengeld für Arbeitnehmer“](#) zusammengefasst.

### 7.2.1 Maßgebender Freistellungszeitraum

Unter dem Freistellungszeitraum ist der Zeitraum zu verstehen, in dem der Versicherte wegen der notwendigen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege seines erkrankten Kindes seiner Arbeit fernbleibt. Grundsätzlich ist dies der Zeitraum, der in der ärztlichen Bescheinigung angegeben wurde.

Der Arbeitgeber stellt seinen Arbeitnehmer gemäß § 45 Abs. 3 SGB V für diesen Zeitraum frei und meldet den Zeitraum im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ an die Krankenkasse.

Beispiel 4 – Freistellungszeitraum Arbeitgeber entspricht ärztlicher Bescheinigung

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	15.06. bis 19.06.
Das Kind muss an allen Tagen durch die Mutter betreut werden. Die ärztliche Bescheinigung wird bei der Krankenkasse zur Beantragung von Kinderkrankengeld eingereicht. Die Mutter informiert auch ihren Arbeitgeber entsprechend.	
Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse als Freistellungszeitraum	15.06. bis 19.06.
<u>Lösung:</u>	
Die Krankenkasse hat den Freistellungszeitraum vom 15.06. bis 19.06. für die Berechnung des Kinderkrankengeldes anzusetzen, damit 5 Kalendertage.	

Sofern der Versicherte die Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege des Kindes anderweitig sicherstellen konnte bzw. diese ggf. nicht mehr erforderlich war, weil das Kind schneller genesen ist, als ärztlich prognostiziert, kann der Freistellungszeitraum von der ärztlichen Bescheinigung abweichen.

Beispiel 5 – Freistellungszeitraum Arbeitgeber entspricht nicht der ärztlichen Bescheinigung

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	15.06. bis 19.06.
Die ärztliche Bescheinigung wird bei der Krankenkasse zur Beantragung von Kinderkrankengeld eingereicht. Die Mutter informiert auch ihren Arbeitgeber über ihr Fernbleiben.	

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Am 19.06. ist das Kind jedoch wieder gesund und kann wieder die Kindertagesstätte besuchen. Die Mutter geht daher nach Absprache mit ihrem Arbeitgeber am 19.06. wieder arbeiten.

Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse daher als Freistellungszeitraum 15.06. bis 18.06.

Lösung:

Die Krankenkasse hat den Freistellungszeitraum vom 15.06. bis 18.06. (4 Kalendertage) für die Berechnung des Kinderkrankengeldes entsprechend der Meldung vom Arbeitgeber anzusetzen, da die Mutter am 19.06. wieder arbeiten war.

Liegen mehrere, nicht nahtlos aneinander schließende Freistellungszeiträume vor, ist für jeden Freistellungszeitraum eine separate Berechnung des Kinderkrankengeldes vorzunehmen.

## Beispiel 6 – Mehrere Freistellungen in einem Kalendermonat

Erste Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	07.06. bis 09.06.
Zweite Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	20.06. bis 23.06.

Das Kind wird an allen Tagen durch den Vater betreut. Die beiden ärztlichen Bescheinigungen werden bei der Krankenkasse zur Beantragung von Kinderkrankengeld eingereicht. Auch der Arbeitgeber wird entsprechend informiert.

Der Arbeitgeber hat zwei separate Meldungen an die Krankenkasse abzugeben und meldet als Freistellungszeitraum 1	07.06. bis 09.06.
und als Freistellungszeitraum 2	20.06. bis 23.06.

Lösung:

Die Krankenkasse hat für beide Freistellungszeiträume getrennt Kinderkrankengeld zu berechnen. Grundlage für die Berechnung stellt einmal der Freistellungszeitraum 1 vom 07.06. bis 09.06. (3 Kalendertage) und einmal der Freistellungszeitraum 2 vom 20.06. bis 23.06. (4 Kalendertage) dar.

Der Arbeitgeber hat nur eine Meldung an die Krankenkasse für Freistellungszeiträume zu erstellen, für welche tatsächlich Arbeitsentgelt ausgefallen ist. Freistellungszeiträume, bei denen der Arbeitgeber den Arbeitnehmer vollständig bezahlt freigestellt hat oder für die keine Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt, bleiben unberücksichtigt. Sofern im selben Kalenderjahr eine weitere Freistellung wegen Erkrankung desselben Kindes erfolgt und der Arbeitgeber den Arbeitnehmer nicht vollständig bezahlt freigestellt, hat der Arbeitgeber die bis zu diesem Zeitpunkt bezahlt freigestellten Arbeitstage in der Meldung anzugeben.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

## Beispiel 7 – Freistellung ohne Kürzung und mit Kürzung des Arbeitsentgelts in einem Kalendermonat

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	am 07.06. (Di)
Weitere Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	20.06. (Mo) bis 28.06. (Di)

Das Kind wird an allen Tagen durch die alleinerziehende Mutter betreut. Der Arbeitgeber gewährt 5 bezahlte Arbeitstage im Kalenderjahr. Es wurden bereits zuvor 4 bezahlte Freistellungstage in Anspruch genommen. Für den 07.06. besteht daher noch Anspruch auf einen bezahlt freigestellten Arbeitstag, der am 07.06. in Anspruch genommen wird. Der Arbeitgeber kürzt das Arbeitsentgelt vom 20.06. bis 28.06. Kinderkrankengeld wird bei der Krankenkasse beantragt.

Da am 07.06. kein Arbeitsentgelt ausfällt, gibt der Arbeitgeber für diesen Tag keine Meldung an die Krankenkasse ab. Er meldet daher nur

- |  |                   |   |
|--|-------------------|---|
| • den 2. Freistellungszeitraum                                   | 20.06. bis 28.06. |   |
| • die freigestellten Arbeitstage                                 |                   | 7 |
| • Anzahl der bereits bezahlten Freistellungstage im Kalenderjahr |                   | 5 |

Lösung:

Die Krankenkasse hat für den 07.06. kein Kinderkrankengeld zu zahlen und hat daher nur den Freistellungszeitraum vom 20.06. bis 28.06. (9 Kalendertage) für die Berechnung des Kinderkrankengeldes anzusetzen.

Als Anspruchstage sind jedoch der 07.06., die 4 zuvor freigestellten Arbeitstage sowie die 7 Arbeitstage vom 20.06. bis 28.06. anzurechnen(vgl. Abschnitt 5.3 „Anspruchsdauer“).

Tage, an denen der Arbeitgeber vollständig eine bezahlte Freistellung gewährt, werden bei der Berechnung des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes nicht berücksichtigt. Gleiches gilt, wenn am ersten Tag der Erkrankung des Kindes noch (teilweise) gearbeitet wurde und der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt für die Zeit der Freistellung an diesem Tag fortzahlt. Diese Freistellungstage sind insofern für die Berechnung des Kinderkrankengeldes nicht relevant.

## Beispiel 8 – Teilweise bezahlte Freistellung

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	17.10. (Mo) bis 21.10. (Fr)
--	-----------------------------

Das Kind muss an allen Tagen durch die Mutter betreut werden. Dazu reicht diese die ärztliche Bescheinigung bei der Krankenkasse zur Beantragung von Kinderkrankengeld ein. Die Mutter informiert auch ihren Arbeitgeber entsprechend. Sie hat Anspruch auf 2 bezahlte Freistellungstage je Kalenderjahr.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse

- den gesamten Freistellungszeitraum 17.10. bis 21.10.
- den darin enthalten bezahlten Freistellungszeitraum 17.10. bis 18.10.
- die freigestellten Arbeitstage 5

Lösung:

Die Krankenkasse hat den unbezahlten Freistellungszeitraum vom 19.10. bis 21.10. (3 Kalendarstage) für die Berechnung des Kinderkrankengeldes zugrunde zu legen. Als Anspruchstage zählen jedoch auch der 17.10. und 18.10. (vgl. Abschnitt [5.3 „Anspruchsdauer“](#)). Damit sind 5 Anspruchstage anzurechnen.

## Beispiel 9 - Weitergewährtes Arbeitsentgelt am ersten Tag der Freistellung

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung 15.11. (Mo) bis 17.11. (Mi)

Am 15.11. hat der Versicherte noch teilweise gearbeitet. Der Arbeitgeber zahlt für den gesamten Tag das Arbeitsentgelt fort. Die ärztliche Bescheinigung wird bei der Krankenkasse zur Beantragung von Kinderkrankengeld für den 16.11. und 17.11. eingereicht. Der Arbeitgeber wird entsprechend informiert.

Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse

- den gesamten Freistellungszeitraum 15.11. bis 17.11.
- die Entgeltfortzahlung für den 1. Tag der Freistellung
- die freigestellten Arbeitstage 2

Lösung:

Die Krankenkasse hat nur den Freistellungszeitraum vom 16.11. bis 17.11. (2 Kalendarstage) für die Berechnung des Kinderkrankengeldes anzusetzen, da am 15.11. noch teilweise gearbeitet wurde und der Arbeitgeber für den gesamten Tag Arbeitsentgelt gezahlt hat. Als Anspruchstage zählen daher nur der 16.11. und 17.11. (2 Arbeitstage, vgl. Abschnitt [5.3 „Anspruchsdauer“](#)).

Findet die Freistellung an einem Wochenendtag oder Feiertag statt, sind diese Tage bei der Berechnung des Kinderkrankengeldes zu berücksichtigen.

## Beispiel 10 - Freistellung mit Wochenende und Arbeitsentgeltkürzung für Arbeitstage (Mo - Fr)

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung 21.10. (Fr) bis 26.10. (Mi)

Das Kind muss an allen Tagen durch die Mutter betreut werden. Die ärztliche Bescheinigung wird bei der Krankenkasse zur Beantragung von Kinderkrankengeld eingereicht. Die Mutter informiert auch ihren Arbeitgeber entsprechend. Der Arbeitgeber gewährt keine

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

bezahlte Freistellung, kürzt jedoch das Arbeitsentgelt nur für die Arbeitstage. Arbeitstage sind Mo bis Fr.

Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse

- den gesamten Freistellungszeitraum 21.10. bis 26.10.
- die freigestellten Arbeitstage 4

Lösung:

Die Krankenkasse hat den Freistellungszeitraum vom 21.10. bis 26.10. (6 Kalendertage) für die Berechnung des Kinderkrankengeldes zugrunde zu legen. Als Anspruchstage zählen jedoch nur die 4 freigestellten Arbeitstage (vgl. Abschnitt [5.3 „Anspruchsdauer“](#)).

## Beispiel 11 - Freistellung mit Wochenende, an dem hätte gearbeitet werden müssen

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung 21.10. (Fr) bis 26.10. (Mi)

Das Kind muss an allen Tagen durch die Mutter betreut werden. Die ärztliche Bescheinigung wird bei der Krankenkasse zur Beantragung von Kinderkrankengeld eingereicht. Die Mutter informiert auch ihren Arbeitgeber entsprechend. Der Arbeitgeber gewährt keine bezahlte Freistellung. Die Mutter hätte an allen Tagen arbeiten müssen.

Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse

- den gesamten Freistellungszeitraum 21.10. bis 26.10.
- die freigestellten Arbeitstage 6

Lösung:

Die Krankenkasse hat den Freistellungszeitraum vom 21.10. bis 26.10. (6 Kalendertage) für die Berechnung des Kinderkrankengeldes zugrunde zu legen. Als Anspruchstage zählen ebenso die 6 freigestellten Arbeitstage (vgl. Abschnitt [5.3 „Anspruchsdauer“](#)).

Findet ein Wechsel in der Betreuung des erkrankten Kindes statt, haben die Versicherten die Krankenkasse sowie die betroffenen Arbeitgeber zu informieren. Lassen sich die Versicherten nur eine ärztliche Bescheinigung für den gesamten Zeitraum der Erkrankung des Kindes ausstellen, kann es zu einer Abweichung zwischen dem Betreuungszeitraum gemäß der Bescheinigung und dem Freistellungszeitraum, den der jeweilige Arbeitgeber meldet, kommen (vgl. Abschnitt [5.3.4 „Wechsel in der Betreuung“](#)).

## Beispiel 12 - Wechsel in der Betreuung

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung 14.12. (Mi) bis 21.12. (Mi)

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Die Mutter kann das Kind vom 14.12. (Mi) bis 15.12. (Do) sowie vom 20.12. (Di) bis 21.12. (Mi) betreuen. Der Arbeitgeber A zahlt das Arbeitsentgelt nicht fort. Die ärztliche Bescheinigung wird bei der Krankenkasse A zur Beantragung von Kinderkrankengeld für diese Tage eingereicht. Die Krankenkasse wird über den Betreuungswechsel informiert.

Der Vater übernimmt die Betreuung vom 16.12. (Fr) bis 19.12. (Mo) und weist dies gegenüber seiner Krankenkasse B und seinem Arbeitgeber B nach. Sein Arbeitgeber zahlt ebenfalls kein Arbeitsentgelt fort. Arbeitstage gehen jeweils von Mo bis Fr.

Arbeitgeber A gibt an Krankenkasse A zwei separate Meldungen ab.

## 1. Meldung:

- Freistellungszeitraum 1 14.12. bis 15.12.
- freigestellte Arbeitstage 2

## 2. Meldung:

- Freistellungszeitraum 2 20.12. bis 21.12.
- freigestellte Arbeitstage 2

Arbeitgeber B meldet der Krankenkasse B

- den gesamten Freistellungszeitraum 16.12. bis 19.12.
- freigestellte Arbeitstage 2

Lösung:

Die Krankenkasse A hat für beide Freistellungszeiträume getrennt Kinderkrankengeld zu berechnen. Grundlage für die Berechnung stellt einmal der Freistellungszeitraum 1 vom 14.12. bis 15.12. (2 Kalendertage) und einmal der Freistellungszeitraum 2 vom 20.12. bis 21.12. (2 Kalendertage) dar. Als Anspruchstage zählen jeweils die 2 freigestellten Arbeitstage (vgl. Abschnitt 5.3 „Anspruchsdauer“).

Die Krankenkasse B hat den Freistellungszeitraum vom 16.12. bis 19.12. (4 Kalendertage) für die Berechnung des Kinderkrankengeldes anzusetzen. Als Anspruchstage zählen jedoch nur die 2 freigestellten Arbeitstage (vgl. Abschnitt 5.3 „Anspruchsdauer“).

## 7.2.2 Entgeltabrechnungszeitraum

Ein Entgeltabrechnungszeitraum ist ein Zeitraum, für den der Arbeitgeber üblicherweise die Entgeltabrechnung vornimmt. Bei der Erkrankung des Kindes ist der Entgeltabrechnungszeitraum maßgeblich, in dem die Freistellung wegen der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes liegt. Grund hierfür ist, dass das Kinderkrankengeld aus dem tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt berechnet wird, welches dem Versicherten grundsätzlich für den Freistellungszeitraum bei Erbringung seiner Arbeitsleistung zugestanden hätte.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Liegt noch kein vollständiger Entgeltabrechnungszeitraum vor, z. B. weil die Beschäftigung erst im Laufe des Kalendermonats aufgenommen wurde, in dem die Erkrankung des Kindes eintritt, hat dies keine Auswirkungen auf die Bestimmung des maßgeblichen Entgeltabrechnungszeitraums.

Damit der Arbeitgeber das ausgefallene Arbeitsentgelt für den Freistellungszeitraum tatsächlich ermitteln kann, muss der Entgeltabrechnungszeitraum abgerechnet sein, d. h. der Arbeitgeber muss üblicherweise die Entgeltberechnung für diesen Entgeltabrechnungszeitraum abgeschlossen haben. Abgerechnet ist ein Entgeltabrechnungszeitraum dann, wenn der Arbeitgeber das für diesen Zeitraum in Betracht kommende Arbeitsentgelt vollständig berechnet hat, sodass aufgrund des Ergebnisses dieser Berechnung ohne weitere Rechenoperationen grundsätzlich eine Auszahlung an den Arbeitnehmer möglich ist. Auf den üblichen Zahltag, den Zeitpunkt der Auszahlung oder der Bankgutschrift kommt es nicht an.

### Beispiel 13 – Abrechnung im laufenden Monat nach Erkrankung des Kindes

Das Kind erkrankt vom 01.03. bis 02.03. Der Arbeitgeber stellt unbezahlt frei. Die Entgeltabrechnung und damit verbunden auch die Berechnung des ausgefallenen Arbeitsentgeltes erfolgten am 15. des laufenden Monats.

#### Lösung:

Der heranzuziehende Entgeltabrechnungszeitraum ist der März.

Mit der Entgeltabrechnung erfolgt die Meldung an die Krankenkasse über das ausgefallene Arbeitsentgelt.

### Beispiel 14 – Abrechnung im laufenden Monat vor der Erkrankung des Kindes

Das Kind erkrankt vom 19.03. bis 22.03. Der Arbeitgeber stellt unbezahlt frei. Die Abrechnung erfolgt am 15. des laufenden Monats.

#### Lösung:

Der heranzuziehende Entgeltabrechnungszeitraum ist der März.

Der Arbeitgeber hat das Gehalt bereits vor der Erkrankung abgerechnet, daher muss die Abrechnung um die Kürzung des Arbeitsentgelts für die unbezahlte Freistellung korrigiert werden. Erst mit der Korrektur der Entgeltabrechnung erfolgt die Meldung an die Krankenkasse.

### Beispiel 15 – Abrechnung im Folgemonat

Das Kind erkrankt vom 10.03. bis 13.03. Der Arbeitgeber stellt unbezahlt frei. Die Abrechnung erfolgt am 05. des Folgemonats.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

### Lösung:

Der heranzuziehende Entgeltabrechnungszeitraum ist der März. Mit der Entgeltabrechnung des Monats März erfolgt die Meldung an die Krankenkasse über das ausgefallene Arbeitsentgelt.

Verläuft eine Freistellung abrechnungszeitraumübergreifend und ist daher eine zusammenhängende Meldung des Freistellungszeitraums nicht möglich, ist für jeden Entgeltabrechnungszeitraum eine Meldung über das ausgefallene Arbeitsentgelt für den jeweils anteiligen Freistellungszeitraum durch den Arbeitgeber im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ abzugeben. Demzufolge kann es zu Teilzahlungen des Kinderkrankengeldes kommen.

### Beispiel 16 – Abrechnungszeitraumübergreifende Erkrankung des Kindes

Das Kind erkrankt vom 31.10. bis 03.11. Der Arbeitgeber rechnet das Arbeitsentgelt immer für den Kalendermonat ab und stellt vom 31.10. bis 03.11. unbezahlt frei. Die Abrechnung erfolgt am 05. des Folgemonats.

### Lösung:

Die Erkrankung des Kindes und die unbezahlte Freistellung bestehen in zwei Kalendermonaten. Da der Arbeitgeber kalendermonatlich abrechnet, sind bei der Berechnung des Kinderkrankengeldes zwei Entgeltabrechnungszeiträume zugrunde zu legen.

Für die Freistellung am 31.10. ist als Entgeltabrechnungszeitraum der Oktober heranzuziehen. Für die Freistellungstage im November, vom 01.11. bis 03.11., ist als Entgeltabrechnungszeitraum der November maßgebend. Der Arbeitgeber hat daher zwei separate Meldungen an die Krankenkasse abzugeben.

Aufgrund der unterschiedlichen Zeitpunkte der Entgeltabrechnung gibt der Arbeitgeber die Meldung der ausgefallenen Arbeitsentgelte zeitversetzt an die Krankenkasse ab. Dadurch ergeben sich Teilzahlungen des Kinderkrankengeldes.

### **7.2.2.1 Mehrere Freistellungszeiträume in einem Entgeltabrechnungszeitraum**

Sofern in einem Entgeltabrechnungszeitraum mehrere nicht zusammenhängende Erkrankungen eines Kindes und somit Freistellungszeiträume vorliegen, ist das Kinderkrankengeld für alle Freistellungstage kumuliert zu ermitteln. Da der Arbeitgeber für jeden Freistellungszeitraum eine separate Meldung abzugeben hat, ist das ermittelte kumulierte ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt auf die Kalendertage der Freistellungen entsprechend zu verteilen (Näheres s. Abschnitt [7.2.3.1 „Ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt“](#)).



## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

### Beispiel 17 – mehrere Freistellungszeiträume in einem Entgeltabrechnungszeitraum

Das Kind ist krank von 01.06. bis 05.06. (Freistellung 1) für 5 Kalendertage und vom 15.06. bis 24.06. (Freistellung 2) für 10 Kalendertage. Der Arbeitgeber rechnet das Arbeitsentgelt immer für den Kalendermonat ab und stellt vom 01.06. bis 05.06. sowie vom 15.06. bis 24.06. (unbezahlt) frei.

Die Abrechnung erfolgt am 05. des Folgemonats.

#### Lösung:

Der heranzuziehende Entgeltabrechnungszeitraum ist der Juni. Mit der Entgeltabrechnung des Monats Juni ist für jeden Freistellungszeitraum separat die Meldung an die Krankenkasse über das jeweils anteilig ausgefallene Arbeitsentgelt abzugeben.

Als Freistellungszeiträume sind nur Zeiträume zu berücksichtigen, für welche tatsächlich Arbeitsentgelt ausgefallen ist. Freistellungszeiträume, bei denen der Arbeitgeber den Arbeitnehmer vollständig bezahlt freigestellt hat oder für die keine Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt, bleiben unberücksichtigt (s. [Beispiel 7](#) im Abschnitt [7.2.1 „Maßgebender Freistellungszeitraum“](#)). Zur Anrechnung als Anspruchstage s. Abschnitt [5.3 „Anspruchsdauer“](#).

### 7.2.2.2 Andere Fehlzeiten in einem Entgeltabrechnungszeitraum

Liegen neben der Freistellung wegen der Erkrankung des Kindes weitere Fehlzeiten aus anderen Gründen (z. B. unbezahlter Urlaub, Bezug von Krankengeld) vor, sind diese bei der Ermittlung des ausgefallenen Bruttoarbeitsentgelts nicht gesondert herauszurechnen. Es ist auf das tatsächliche Ist-Arbeitsentgelt laut Abrechnung (Brutto 2) abzustellen, in welchem auch die Kürzung aufgrund aller Fehlzeiten bereits enthalten ist. Das Brutto 1 ist fiktiv zu ermitteln, indem der Arbeitgeber lediglich die Freistellungstage wegen der Erkrankung des Kindes fiktiv mit Arbeitsentgelt belegt (Näheres hierzu s. Abschnitt [7.2.3.1 „Ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt“](#)).

### 7.2.3 Während der Freistellung ausgefallenes Arbeitsentgelt

#### 7.2.3.1 Ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt<sup>6</sup>

Für die Berechnung des Kinderkrankengeldes ist auf das während des Freistellungszeitraums ausgefallene laufende, dem Grunde nach beitragspflichtige Bruttoarbeitsentgelt (ohne Begrenzung

<sup>6</sup> Weitergewährtes Arbeitsentgelt während der Freistellung sowie teilweise gezahltes Arbeitsentgelt aufgrund einer untätigen Freistellung (für den freigestellten Teil des Tages) reduzieren lediglich das ausgefallene Arbeitsentgelt. Dieses Arbeitsentgelt wirkt sich daher nicht wie ein weitergewährtes Arbeitsentgelt bei Krankengeld nach § 44 SGB V aus.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

auf eine Beitragsbemessungsgrenze [BBG], notwendig u.a. für die Beitragsermittlung durch den Sozialversicherungsträger) abzustellen.

Als Bruttoarbeitsentgelt in diesem Sinne gilt das laufende Sozialversicherungsbruttoentgelt (SV-Brutto) analog § 1 Abs. 2 Nr. 2b Entgeltbescheinigungsverordnung (EBV), welches nicht auf die BBG gekürzt ist. Dabei ist zu beachten, dass sozialversicherungsfreie Entgeltumwandlungen kein SV-Brutto im Sinne der EBV darstellen.

Zur Ermittlung des ausgefallenen Bruttoarbeitsentgelts müssen zwei Hilfwerte – nämlich „Brutto 1“ und „Brutto 2“ – ermittelt werden:

- Brutto 1 ist fiktiv zu ermitteln. Es ist das laufende SV-Brutto analog § 1 Abs. 2 Nr. 2b EBV (nicht auf BBG gekürzt), welches für den Arbeitnehmer in diesem Entgeltabrechnungszeitraum abgerechnet worden wäre, wenn die Freistellungstage mit Entgeltfortzahlung vergütet worden wären.
- Brutto 2 ist das laufende SV-Brutto analog § 1 Abs. 2 Nr. 2b EBV (nicht auf BBG gekürzt), welches für den Arbeitnehmer in diesem Abrechnungszeitraum tatsächlich abgerechnet wurde (Ist-Arbeitsentgelt laut Entgeltabrechnung).

Die Differenz aus Brutto 1 und Brutto 2 ergibt das tatsächlich ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt.

Formel 3– Berechnung des ausgefallenen Bruttoarbeitsentgelts

$\text{Ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt} = \text{Brutto 1} - \text{Brutto 2}$
---

Liegen in einem Entgeltabrechnungszeitraum **mehrere nicht nahtlos aneinander anschließende Freistellungszeiträume** vor, ist das Brutto 1 für alle Freistellungstage kumuliert zu ermitteln. Da der Arbeitgeber für jeden Freistellungszeitraum eine separate Meldung abzugeben hat, ist das ermittelte kumulierte ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt auf die Kalendertage der Freistellungen entsprechend zu verteilen. Als Freistellungszeiträume sind jedoch nur Zeiträume zu berücksichtigen, für welche tatsächlich Arbeitsentgelt ausgefallen ist. Freistellungszeiträume, bei denen der Arbeitgeber den Arbeitnehmer vollständig bezahlt freigestellt hat oder für die keine Kürzung des Arbeitsentgelts erfolgt, bleiben unberücksichtigt (s. [Beispiel 7](#) im Abschnitt [7.2.1 „Maßgebender Freistellungszeitraum“](#)).

Beispiel 18 – Ermittlung des Bruttoarbeitsentgelts bei mehreren Freistellungen in einem Kalendermonat

<p>Freistellung wegen Erkrankung des Kindes vom 10.05. bis 13.05. (4 Kalendertage, Freistellung 1) und 23.05. bis 27.05. (5 Kalendertage, Freistellung 2). Der Arbeitgeber rechnet das Gehalt für den Kalendermonat ab.</p>
---

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Berechnung des Brutto 1 für 9 freigestellte Kalendertage. Daraus wird das insgesamt ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt ermittelt:

Brutto 1 - Brutto 2 = Gesamtausfall Bruttoarbeitsentgelt im Abrechnungszeitraum

Aufteilung des Gesamtausfalls auf die einzelnen Freistellungszeiträume:

1. Freistellungszeitraum (10.05. bis 13.05.):

Gesamtausfall / 9 Tage x 4 Tage = anteiliges ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt 1

2. Freistellungszeitraum (23.05. bis 27.05.):

Gesamtausfall / 9 Tage x 5 Tage = anteiliges ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt 2

Der Arbeitgeber hat die notwendigen Daten bezogen auf den jeweiligen Freistellungszeitraum separat an die Krankenkasse zu melden. Dabei hat er das entsprechend anteilig ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt anzugeben.

Liegen neben der Freistellung wegen der Erkrankung des Kindes **weitere Fehlzeiten aus anderen Gründen** (z. B. unbezahlter Urlaub, Bezug von Krankengeld) vor, sind diese bei der Ermittlung des Brutto 1 und 2 nicht gesondert herauszurechnen. Hierbei ist auf das tatsächliche Ist-Arbeitsentgelt laut Abrechnung (Brutto 2) abzustellen, in welchem auch die Kürzung aufgrund der Fehlzeit(en) bereits enthalten ist. Das Brutto 1 ist fiktiv zu ermitteln, indem der Arbeitgeber die Freistellungstage fiktiv mit Entgeltfortzahlung belegt.

Beispiel 19 – Bestimmung des ausgefallenen Arbeitsentgelts bei Freistellung und anderen Fehlzeiten

Bezug von Krankengeld wegen eigener Arbeitsunfähigkeit vom 01.06. bis 10.06. für 10 Kalendertage.

Freistellung wegen Erkrankung des Kindes gemäß ärztlichem Attest vom 21.06. bis 24.06. für 4 Kalendertage.

Der Arbeitgeber rechnet das Gehalt für den Kalendermonat ab. Das Arbeitsentgelt wird kalendertäglich um 1/30 gekürzt. Arbeitstage sind Mo bis Fr.

Arbeitgeberseitige Ermittlung des ausgefallenen Arbeitsentgelts<sup>7</sup>:

Aufgrund der Freistellung wegen der Erkrankung des Kindes und der Fehlzeiten wegen der eigenen Arbeitsunfähigkeit bekommt der Arbeitnehmer in diesem Monat noch 1.600,00 EUR (Brutto 2) und dementsprechend 1.158,12 EUR (Netto 2) ausgezahlt.

<sup>7</sup> Laut „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ in der ab 01.01.2018 geltenden Fassung.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Zur Bestimmung des ausgefallenen Arbeitsentgelts ermittelt der Arbeitgeber (ggf. fiktiv) das laufende sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelt, welches für den Arbeitnehmer im Monat Juni abgerechnet worden wäre, wenn die Freistellungstage (21.06. bis 24.06.) mit Entgeltfortzahlung vergütet worden wären und ermittelt so das Brutto 1 i. H. v. 2.000,00 EUR sowie das Netto 1 i. H. v. 1.370,77 EUR.

Brutto 1 – Brutto 2 = ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt  
 2.000,00 EUR – 1.600,00 EUR = 400,00 EUR

Netto 1 – Netto 2 = ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt  
 1.370,77 EUR – 1.158,12 EUR = 212,65 EUR

Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse daher als ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt 400,00 EUR und als ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt 212,65 EUR. Die Fehlzeit wegen der eigenen Arbeitsunfähigkeit hat insofern keinen Einfluss darauf.

Bei der Ermittlung des ausgefallenen Bruttoarbeitsentgelts sind folgende allgemeine Vorgaben zu beachten:

- Eine Nachzahlung aufgrund einer **rückwirkenden Entgelterhöhung** wird nur dann berücksichtigt, wenn der Zeitpunkt der Begründung des Anspruchs (z. B. der Tag des Tarifabschlusses) vor dem Beginn der Freistellung wegen Erkrankung des Kindes liegt. Die Nachzahlung wird in diesem Fall mitbescheinigt, wenn sie sich auf den maßgebenden Freistellungszeitraum bezieht. Dies gilt auch dann, wenn die Nachzahlung für die Berechnung der Beiträge aus Vereinfachungsgründen wie einmalig gezahltes Arbeitsentgelt behandelt worden ist.
- Bei Arbeitsentgelten innerhalb des **Übergangsbereichs**<sup>8</sup> (§ 20 Abs. 2 SGB IV) ist das tatsächliche (nicht das beitragspflichtige) Bruttoarbeitsentgelt zu melden.
- Bei **Seeleuten** ist die während der Freistellung ausgefallene Heuer zu melden.

**Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt** wird bei der Ermittlung des ausgefallenen Bruttoarbeitsentgelts nicht berücksichtigt.

<sup>8</sup> Der Begriff „Übergangsbereich“ ersetzt zum 01.07.2019 den bisherigen Begriff „Gleitzone“, s. RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilitätsgesetz.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

**7.2.3.2 Ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt**

Für die Berechnung des Kinderkrankengeldes ist auf das während des Freistellungszeitraums ausgefallene laufende Nettoarbeitsentgelt aus Brutto 1 und aus Brutto 2 (s. Abschnitt [7.2.3.1 „Ausgefallenes Bruttoarbeitsentgelt“](#)) abzustellen. Das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt in diesem Sinne ist die Differenz zwischen dem Nettoarbeitsentgelt aus Brutto 1 und dem Nettoarbeitsentgelts aus Brutto 2.

Formel 4 – Berechnung des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts

$\text{Ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt} = \text{Netto 1} - \text{Netto 2}$
--

Zur Ermittlung des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts müssen zwei Hilfwerte „Netto 1“ und „Netto 2“ ermittelt werden:

- Netto 1 ist fiktiv aus dem Brutto 1 zu ermitteln.
- Netto 2 ist ggf. fiktiv aus dem Brutto 2 zu ermitteln.

Formel 5 – Berechnung Brutto zu Netto

$\text{Netto 1} =$	$\text{Brutto 1}$	– fiktive Beitragslast des Versicherten aus Brutto 1
		– fiktive Steuerlast des Versicherten aus Steuerbrutto 1
$\text{Netto 2} =$	$\text{Brutto 2}$	– ggf. fiktive Beitragslast des Versicherten aus Brutto 2
		– ggf. fiktive Steuerlast des Versicherten aus Steuerbrutto 2

Zur Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts müssen fiktiv die Beitrags- und Steuerlast, unter Berücksichtigung der entsprechend anteiligen SV- und Steuertage, ermittelt werden. Eine fiktive Berechnung der Beitrags- und Steuerlast ist notwendig, weil z. B. beitragspflichtige Anteile von Einmalzahlungen oder die Besonderheiten innerhalb des Übergangsbereichs<sup>9</sup> nicht bei der Ermittlung des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts berücksichtigt werden dürfen, welche in den tatsächlich abgerechneten Werten enthalten sein können.

- Zur Bestimmung der Beitragslast werden die SV-Beiträge aus dem zu Grunde liegenden Bruttowerten (Brutto 1 bzw. 2) berechnet.
  - Bei **freiwillig Krankenversicherten** ist der um den Beitragszuschuss des Arbeitgebers verminderte Beitrag des Versicherten zur Kranken- und Pflegeversicherung vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen.

<sup>9</sup> Der Begriff „Übergangsbereich“ ersetzt zum 01.07.2019 den bisherigen Begriff „Gleitzone“, s. RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilitätsgesetz.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Formel 6 – Berechnung Beitragsanteil freiwillig Versicherter zur KV/PV

<p>Gesamtbeitrag zur KV und PV</p> <p>– Arbeitgeberzuschuss</p> <p>= Beitragsanteil des Versicherten</p> <p>Vom Bruttoarbeitsentgelt darf nur der Beitragsanteil des Versicherten abgezogen werden.</p>
---

- Beiträge der **Arbeitnehmer zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen**, für eine Winterbeschäftigungsumlage sowie weitere gesetzlich vorgesehene Beiträge (z. B. Arbeits- und Arbeitnehmerkammerbeiträge [Bremen und Saarland]) sind analog der gesetzlichen Abgaben vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen. Arbeitnehmeranteile an Beiträgen, welche ausschließlich auf Basis von Tarif- oder Arbeitsverträgen verpflichtend vorgesehen sind, sind keine gesetzlichen Abzüge.
- Bei Arbeitsentgelten innerhalb des **Übergangsbereichs** (§ 20 Abs. 2 SGB IV) ist aus dem tatsächlichen (nicht dem beitragspflichtigen) Bruttoarbeitsentgelt ein fiktives Nettoarbeitsentgelt auf der Basis der allgemeinen Beitragsermittlungsgrundsätze – also ohne Berücksichtigung der besonderen beitragsrechtlichen Regelungen für den Übergangsbereich – zu ermitteln.
- Zur Bestimmung der **Steuerlast** werden die Lohnsteuer, Kirchensteuer und der Solidaritätszuschlag aus dem Steuerbrutto (Steuerbrutto 1 bzw. 2) berechnet. Als Werte für die Steuerberechnung sind anzusetzen:
  - Steuerbrutto 1 ist fiktiv zu ermitteln. Es ist das laufende Steuerbrutto analog § 1 Abs. 2 Nr. 2b EBV (nicht auf die BBG gekürzt), welches für den Arbeitnehmer in diesem Abrechnungszeitraum abgerechnet worden wäre, wenn die Freistellungstage mit Entgeltfortzahlung vergütet worden wären.
  - Steuerbrutto 2 ist das laufende Steuerbrutto analog § 1 Abs. 2 Nr. 2b EBV (nicht auf die BBG gekürzt), welches für den Arbeitnehmer in diesem Abrechnungszeitraum tatsächlich abgerechnet wurde (Ist-Arbeitsentgelt laut Abrechnung).

Bei **Kurzarbeit** (auch Saison- oder Transferkurzarbeit) während der Freistellung setzt sich das Nettoarbeitsentgelt aus dem ausgefallenen Kurzarbeitergeld, dem ggf. tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt und dem ggf. ausgefallenen Aufstockungsbetrag zusammen. Das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt ist somit nicht aus dem SV-Brutto (Soll-Entgelt) zu ermitteln.

Liegen in einem Abrechnungszeitraum **mehrere nicht nahtlos aneinander schließende Freistellungszeiträume**, ist das Netto 1 entsprechend dem Brutto 1 für alle Freistellungstage kumuliert zu

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

ermitteln. Da für jeden Freistellungszeitraum eine separate Meldung abzugeben ist, ist das ermittelte kumulierte ausgefallene Nettoarbeitsentgelt auf die Kalendertage der Freistellungen entsprechend zu verteilen.

### Beispiel 20 – Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts bei mehreren Freistellungen in einem Kalendermonat

Freistellung wegen Erkrankung des Kindes vom 10.05. bis 13.05. (4 Kalendertage) und 23.05. bis 27.05. (5 Kalendertage). Der Arbeitgeber rechnet das Gehalt für den Kalendermonat ab.

Berechnung des Netto 1 für 9 Freistellungstage. Daraus wird das insgesamt ausgefallene Nettoarbeitsentgelt ermittelt:

Netto 1 – Netto 2 = Gesamtausfall Nettoarbeitsentgelt im Abrechnungszeitraum

#### Aufteilung des Gesamtausfalls auf die einzelnen Freistellungszeiträume:

1. Freistellungszeitraum (10.05. bis 13.05.):

Gesamtausfall / 9 Tage x 4 Tage = anteiliges ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt 1

2. Freistellungszeitraum (23.05. bis 27.05.):

Gesamtausfall / 9 Tage x 5 Tage = anteiliges ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt 2

Der Arbeitgeber hat die notwendigen Daten bezogen auf den jeweiligen Freistellungszeitraum separat an die Krankenkasse zu melden. Dabei hat er das entsprechend anteilig ausgefallene Nettoarbeitsentgelt anzugeben.

### 7.2.3.2.1 Steuerabzüge für in einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger)

Auch bei in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmern mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR, der Schweiz, sowie in den Abkommenstaaten Bosnien–Herzegowina, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien, die zwar dem deutschen Sozialversicherungsrecht, nicht aber dem deutschen Steuerrecht unterliegen, ist ebenfalls grundsätzlich das tatsächlich ausgefallene Nettoarbeitsentgelt für die Berechnung des Kinderkrankengeldes zugrunde zu legen.

Hierzu wird im Sinne einer einheitlichen Berechnung das Nettoarbeitsentgelt zugrunde gelegt, welches sich bei einer fiktiven Beurteilung des Versicherten ergibt, wenn dieser in der Bundesrepublik Deutschland wohnen würde. Dabei sind die folgenden Vorgaben bei der fiktiven Berechnung des Nettoarbeitsentgelts durch die Arbeitgeber zu berücksichtigen:

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

- Für alleinstehende Arbeitnehmer die Lohnsteuerklasse 1 zu Grunde zu legen; liegt eine Mehrfachbeschäftigung vor, ist für alle Beschäftigungen außer der Hauptbeschäftigung die Lohnsteuerklasse 6 anzusetzen.
- Für verheiratete Arbeitnehmer die Lohnsteuerklasse 4 zu Grunde zu legen; liegt eine Mehrfachbeschäftigung vor, ist für alle Beschäftigungen außer der Hauptbeschäftigung die Lohnsteuerklasse 6 anzusetzen.
- Für Arbeitnehmer mit Kindern kein steuerlicher Kinderfreibetrag zu berücksichtigen und auch kein Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung anzusetzen.
- Für Arbeitnehmer keine Kirchensteuer aber ein Solidaritätszuschlag zu berücksichtigen.

Die Berechnung des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes durch die Krankenkasse erfolgt aufgrund der dann errechneten Werte.

Für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmer mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR oder der Schweiz gilt die Besonderheit, dass diese einen Antrag auf Neuberechnung des Nettoarbeitsentgelts bei ihrer Krankenkasse stellen und entsprechende Nachweise erbringen können, dass ihr Nettoarbeitsentgelt tatsächlich höher war. Gegebenenfalls ist das Kinderkrankengeld anhand des nunmehr nachgewiesenen Arbeitsentgelts neu zu berechnen und eine ergänzende Zahlung vorzunehmen. Hierbei ist zu beachten, dass bei dem nachgewiesenen Nettoarbeitsentgelt auch die im Ausland tatsächlich anfallenden Steuern zu berücksichtigen sind.

### 7.2.3.3 Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind Zuwendungen, die dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind und nicht für die Arbeit in einem einzelnen Entgeltabrechnungszeitraum gezahlt werden (§ 23a SGB IV).

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist nicht als ausgefallenes Arbeitsentgelt zu berücksichtigen. Jedoch erhöht sich der Anspruch auf Kinderkrankengeld von 90 % auf 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt, wenn in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung dem Grunde nach sozialversicherungspflichtige Einmalzahlungen gewährt wurden. Die Beitragsbemessungsgrenzen der jeweiligen Sozialversicherungsträger sind hierbei nicht zu berücksichtigen.

Auch für Versicherte, die bereits durch ihr laufendes Arbeitsentgelt im Sinne des § 45 Abs. 1 und 2 SGB V die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen (freiwillig versicherte Arbeitnehmer), wirkt sich eine Einmalzahlung im vorgenannten Sinne entsprechend anspruchserhöhend aus.



## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Der für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen maßgebende Zeitraum umfasst die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Freistellung.

Beispiel 21 – Bestimmung des Zwölf-Monats-Zeitraums

Beginn der Freistellung am	27.07.
12-Monats-Zeitraum für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen	01.07. des Vorjahres bis 30.06.

Für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen stellt § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB V nicht ausschließlich auf das aktuelle Beschäftigungs- oder Versicherungsverhältnis ab. Daher sind Arbeitgeber- oder Krankenkassenwechsel innerhalb des 12-Monats-Zeitraums unerheblich.

Daraus folgt, dass ggf. ein vorheriger Arbeitgeber zu bescheinigen hat, ob beitragspflichtige Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Freistellung gezahlt wurden, sofern der aktuelle Arbeitgeber noch kein einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gezahlt hat.

Die ehemaligen Arbeitgeber erhalten in diesen Fällen eine besondere Entgeltbescheinigung (s. [Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen](#)), da eine Meldung im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ bisher nicht vorgesehen ist.

### 7.3 Berechnung für besondere Personengruppen

#### 7.3.1 Berechnung bei Mehrfachbeschäftigten

Bei Mehrfachbeschäftigten ist das Kinderkrankengeld aus dem bei jeder Beschäftigung ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt gesondert entsprechend der Ausführungen in den vorangegangenen Abschnitten zu berechnen. Hierfür meldet jeder beteiligte Arbeitgeber im Rahmen des Verfahrens „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ die notwendigen Angaben an die Krankenkasse. Dabei sind auch geringfügige Beschäftigungen zu berücksichtigen, sofern das daraus erzielte Arbeitsentgelt der Beitragspflicht unterliegt. Daher ist eine Anrechnung des Arbeitsentgelts erst ab der zweiten geringfügigen Beschäftigung vorzunehmen (§§ 8 Abs. 2 Satz 1 SGB IV, 8a SGB IV i.V.m. § 7 SGB V).

Übersteigen die berechneten Teilkinderkrankengelder aus den einzelnen Beschäftigungsverhältnissen zusammen 70 % der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V, so ist festzustellen, in welcher Relation das Kinderkrankengeld aus den einzelnen Beschäftigungsverhältnissen zum Gesamtkinderkrankengeld steht. Hierbei sind die entsprechend dem maßgeblichen Höchst-kinderkrankengeld gekürzten Teilkinderkrankengelder nach folgender Formel zu ermitteln:

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Formel 7 – Berechnung eines gekürzten Teilkinderkrankengeldes wegen Überschreitens des Höchstkinderkrankengeldes

$\frac{\text{Höchstkinderkrankengeld} \times \text{Teilkinderkrankengeld}}{\text{Gesamtkinderkrankengeld}} = \text{gekürztes Teilkinderkrankengeld}$
--

Wird nicht in allen Beschäftigungen ein einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 23a SGB IV) gewährt, erhöht sich nur das Teilkinderkrankengeld aus den Beschäftigungen mit Einmalzahlungen auf 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Für die weiteren Beschäftigungen, in denen kein einmalig gezahltes Arbeitsentgelt gewährt wird, verbleibt es bei den 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, da sich der erhöhte Anspruch auf Kinderkrankengeld auf die jeweilige Beschäftigung beschränkt, aus der heraus eine Einmalzahlung gewährt wird.

Verschiedene Beispiele zur Berechnung sind im Abschnitt [8.2 „Beispiele zur Berechnung und Zahlung von Kinderkrankengeld für Arbeitnehmer“](#) zusammengefasst.

### 7.3.2 Berechnung bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen

Wenn Krankengeld bei Erkrankung des Kindes aus Arbeitseinkommen zu ermitteln ist, beträgt das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 70 % des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung nach § 223 Abs. 3 SGB V unterliegt (vgl. § 45 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Dabei ist von dem Begriff „Arbeitseinkommen“ im Sinne des § 15 SGB IV auszugehen, wonach Arbeitseinkommen der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit ist. Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist.

Versicherte haben jedoch den tatsächlichen Ausfall an Arbeitseinkommen gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen. Dies kann z. B. durch Vorlage eines Einkommenssteuerbescheids oder einer betriebswirtschaftlichen Auswertung erfolgen. Sofern bei der Prüfung der Frage, ob im Einzelfall Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit während der Erkrankung des Kindes weiter bezogen wird, keine verwertbaren Anhaltspunkte vorliegen, sollte die Erklärung des Versicherten als ausreichend angesehen werden.

Bei der Berechnung des Kinderkrankengeldes ist der kalendertägliche Betrag anzusetzen, der zuletzt vor Beginn der Erkrankung des Kindes für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den Fällen, in denen das tatsächlich erzielte Arbeitseinkommen unterhalb der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 SGB V liegt, auf das tatsächlich erzielte Arbeitseinkommen abzustellen ist (BSG vom 30.03.2004 –

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

B 1 KR 31/02 – und – B 1 KR 32/02 R – sowie vom 07.12.2004 – B 1 KR 17/04 R). Ergibt sich ein Negativeinkommen, scheidet der Anspruch auf Kinderkrankengeld am Fehlen eines erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens (BSG vom 12.03.2013 – B 1 KR 4/12 R).

Einnahmen, die nicht Arbeitseinkommen sind (z. B. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinseinkünfte, Renten, Gründungszuschuss für Existenzgründer), werden bei der Ermittlung des Kinderkrankengeldes nicht berücksichtigt.

Hat der Versicherte neben dem Arbeitseinkommen weitere nach § 240 SGB V grundsätzlich der Beitragspflicht unterliegende Einnahmen und übersteigen die Einnahmen insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze, ist für die Berechnung des Kinderkrankengeldes – ungeachtet der Höhe der anderen Einnahmen – das tatsächlich erzielte Arbeitseinkommen bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 6 Abs. 7 SGB V heranzuziehen.

Wird neben Arbeitseinkommen auch Arbeitsentgelt bezogen, sind für die Ermittlung des Kinderkrankengeldes aus dem Arbeitsentgelt die Aussagen des Abschnitts [7.2 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“](#).

### Beispiel 22 – Berechnung Kinderkrankengeld aus Arbeitseinkommen

Erkrankung des Kindes für 3 Arbeitstage im April. Der Versicherte weist einen Ausfall von Arbeitseinkommen gegenüber seiner Krankenkasse nach.

1/12 des jährlichen Arbeitseinkommens	960,00 EUR
Gesetzlicher Mindestbemessungswert für Beitragsberechnung (2017)	2.231,25 EUR
	(kalendertäglich 74,38 EUR)

#### Berechnung des Kinderkrankengeldes:

$$\frac{960,00 \text{ EUR} \times 70 \%}{30 \text{ Tage}} = \underline{\underline{22,40 \text{ EUR}}}$$

Grundlage für die Berechnung des Kinderkrankengeldes ist das monatliche Arbeitseinkommen. Die Höhe des Mindestbetrages für die Beitragsberechnung ist unerheblich.

### Beispiel 23 – Berechnung Kinderkrankengeld bei fehlendem Arbeitseinkommen

Gleiche Ausgangslage wie im vorherigen Beispiel.

1/12 des jährlichen Arbeitseinkommens	0,00 EUR
Gesetzlicher Mindestbemessungswert für Beitragsberechnung (2017)	2.231,25 EUR
	(kalendertäglich 74,38 EUR)

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

(Berechnung des Kinderkrankengeldes:

$$\frac{0,00 \text{ EUR} \times 70 \%}{30 \text{ Tage}} = \underline{0,00 \text{ EUR}}$$

Aufgrund des fehlenden Arbeitseinkommens kommt es zu keiner Auszahlung von Kinderkrankengeld.

Beispiel 24 – Berechnung Kinderkrankengeld aus Arbeitseinkommen und Einnahmen, die kein Arbeitseinkommen sind

Gleiche Ausgangslage wie im vorherigen Beispiel.

1 / 12 des jährlichen Arbeitseinkommens	2.400,00 EUR
Monatliche Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung	600,00 EUR

Berechnung des Kinderkrankengeldes:

$$\frac{2.400,00 \text{ EUR} \times 70 \%}{30 \text{ Tage}} = \underline{56,00 \text{ EUR}}$$

Grundlage für die Berechnung des Kinderkrankengeldes ist das monatliche Arbeitseinkommen. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung werden nicht berücksichtigt.

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz wurden Neuregelungen bei der Verbeitragung der Arbeitseinkommen eingeführt. So wird ab 01.01.2018 die Höhe des der Beitragspflicht unterliegendem Arbeitseinkommens nur noch vorläufig festgesetzt. Erst auf Basis des Steuerbescheides für das jeweilige Kalenderjahr werden die beitragspflichtigen Einnahmen endgültig festgesetzt. Damit wird die Beitragsfestsetzung gegebenenfalls nachträglich korrigiert. Eine Veränderung der Höhe des beitragspflichtigen Arbeitseinkommens hätte grundsätzlich auch Auswirkungen auf die Höhe des Kinderkrankengeldes.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 240 SGB V (s. BT-Drs. 18/11205) soll die nachträgliche beitragsrechtliche Korrektur nicht zu einer Anpassung des Krankengeldes führen. Hintergrund ist, dass gesetzlich für die Berechnung des Krankengeldes nach § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag gilt, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Damit ist das Regelentgelt, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Krankengeldberechnung maßgeblich war, unabhängig von Beitragsnachberechnungen nach dem neuen § 240 Abs. 4a Satz 3 SGB V endgültig festzustellen. Dadurch wird sichergestellt, dass sowohl eine Erhöhung des Krankengeldes wegen des Nachweises eines höheren Einkommens, wie auch eine Reduktion des Krankengeldes weiter ausgeschlossen bleiben. Dabei wird berücksichtigt, dass der Versicherte typischerweise zur Sicherung seines Lebensunterhalts auf das Krankengeld angewiesen ist und die Bewilligung zeitnah

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

zum Ausfall des zu ersetzenden Einkommens erfolgen muss. Dem wird Rechnung getragen, wenn als Regelentgelt im Sinne einer widerlegbaren Vermutung auf die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich gewesene Beitragsbemessungsgrundlage und damit auf diejenigen Verhältnisse im aktuellen Versicherungsverhältnis abgestellt wird, die anhand einfach festzustellender Tatsachen rasch und verwaltungspraktikabel ermittelt werden können. Dies trägt der Funktion des Krankengeldes Rechnung, den Entgeltersatz bei vorübergehendem Verlust der Arbeitsfähigkeit sicherzustellen. Dieser Grundsatz ist gleichermaßen auf das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes zu übertragen. Auch hier wird auf das der Beitragsberechnung zu Grunde liegende Arbeitseinkommen abgestellt, welches zuletzt vor Beginn der Erkrankung des Kindes für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war.

### Beispiel 25 – Kinderkrankengeld bei nachträglicher Beitragsfestsetzung

Fortsetzung von [Beispiel 22 – Berechnung Kinderkrankengeld aus Arbeitseinkommen](#)

Mit Schreiben vom 31.05.2020 wird der Steuerbescheid für das Jahr 2018 zur endgültigen Festsetzung des Beitrages eingereicht.

1/12 des tatsächlichen jährlichen Arbeitseinkommens (lt. Bescheid)	1.000,00 EUR
--	--------------

Grundlage für die Berechnung des Kinderkrankengeldes bleibt unverändert das beitragspflichtige, monatliche Arbeitseinkommen, welches vor Beginn der Erkrankung des Kindes maßgebend war (hier: 960,00 EUR). Eventuelle Erhöhungen oder Verringerungen des Arbeitseinkommens haben keine Auswirkungen auf die Höhe des Kinderkrankengeldes.

### 7.3.3 Berechnung bei Künstlern und Publizisten

Das Kinderkrankengeld beträgt auch für diesen Personenkreis 70 % des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt.

Versicherte haben jedoch den tatsächlichen Ausfall an Arbeitseinkommen gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen. Die notwendigen Informationen können über die Künstlersozialkasse eingeholt werden. Sofern bei der Prüfung der Frage, ob im Einzelfall Arbeitseinkommen während der Erkrankung des Kindes weiter bezogen wird, keine verwertbaren Anhaltspunkte vorliegen, sollte die Erklärung des Versicherten als ausreichend angesehen werden.

Zur Berechnung des Kinderkrankengeldes wird das Arbeitseinkommen zugrunde gelegt, das für die Beitragsbemessung in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Erkrankung des Kindes maßgebend war (Bemessungszeitraum, § 45 Abs. 2 Satz 5 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Auch wenn die Beiträge nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage gemäß § 234 Abs. 1

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

SGB V entrichtet wurden, ist auf die tatsächlichen Einkommensverhältnisse abzustellen (vgl. Abschnitt 7.2.3 „Während der Freistellung ausgefallenes Arbeitsentgelt“).

Das im Bemessungszeitraum erzielte Arbeitseinkommen ist grundsätzlich durch 360 zu teilen.

Liegen im Bemessungszeitraum Zeiten, in denen

- keine Versicherungspflicht nach dem KSVG bestand oder
- für die Anspruch auf (Kinder-)Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder andere Entgeltersatzleistungen bestand,

ist der Divisor von 360 um die Zahl dieser Tage zu mindern (§ 45 Abs. 2 Satz 5 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V). Diese Verfahrensweise wurde auch vom BSG mit Urteil vom 06.11.2008 – B 1 KR 35/07 R – bestätigt.

## Beispiel 26 – Berechnung Kinderkrankengeld für Künstler und Publizisten

Beginn der Versicherungspflicht am	01.04. des Vorjahres
Eintritt der Erkrankung des Kindes am	26.07.
Für die Kinderkrankengeldberechnung maßgebender Bemessungszeitraum (letzte 12 Kalendermonate vor der Erkrankung des Kindes)	01.07. des Vorjahres bis 30.06.
Arbeitseinkommen, das in diesem Zeitraum für die Beitragsbemessung zugrunde gelegt wurde	18.000,00 EUR
<u>Berechnung des Kinderkrankengeldes:</u>	
Bemessungsgrundlage für das Kinderkrankengeld (18.000,00 EUR : 360 Tage =)	50,00 EUR
Kinderkrankengeld (50,00 EUR x 70 % =)	35,00 EUR

## Beispiel 27 – Berechnung Kinderkrankengeld bei Tagen ohne Versicherungspflicht im Bemessungszeitraum

Beginn der Versicherungspflicht am	01.04. des Vorjahres
Keine Versicherungspflichtzeiten nach dem KSVG	01.10. des Vorjahres bis 28.02.
Eintritt der Erkrankung des Kindes am	18.04.
Für die Kinderkrankengeldberechnung maßgebender Bemessungszeitraum (letzte 12 Kalendermonate vor der Erkrankung des Kindes)	01.04. des Vorjahres bis 31.03.
Arbeitseinkommen, das in diesem Zeitraum für die Beitragsbemessung zugrunde gelegt wurde	12.000,00 EUR

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

<u>Berechnung des Kinderkrankengeldes:</u>	
Für das Kalenderjahr grundsätzlich anzusetzende Tage	360 Tage
Tage, in denen im Bemessungszeitraum keine Versicherungspflicht nach dem KSVG bestand (01.10. des Vorjahres bis 28.02.)	150 Tage
Daher zu berücksichtigende Tage (360 Tage - 150 Tage)	210 Tage
Bemessungsgrundlage für das Kinderkrankengeld	
(12.000,00 EUR : 210 Tage =)	57,14 EUR
Kinderkrankengeld (57,14 EUR x 70 % =)	40,00 EUR

**7.3.4 Berechnung bei unständig/kurzzeitig Beschäftigten**

Bei unständig bzw. kurzzeitig Beschäftigten ist das Kinderkrankengeld aus dem ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt entsprechend der Ausführungen des Abschnittes [7.2 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“](#) zu berechnen.

**7.3.5 Berechnung bei Versicherten nach dem KVLG 1989**

Einmalzahlungen an mitarbeitende Familienangehörige sind in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nicht beitragspflichtig, sodass aus der Versicherung als mitarbeitender Familienangehöriger daher kein höheres Kinderkrankengeld erwachsen kann. Damit verbleibt es grundsätzlich dabei, dass das Kinderkrankengeld in Höhe von 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts zu gewähren ist.

Einmalzahlungen sind bei der Krankengeldberechnung für rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige allerdings dann zu berücksichtigen, wenn sie aus einer außerlandwirtschaftlichen Zweitbeschäftigung oder aus einer außerlandwirtschaftlichen "Vorbeschäftigung" in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung gewährt wurden und beitragspflichtig waren (vgl. Abschnitt [7.2.3.3 „Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt“](#)).

Landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989, die saisonal als Arbeitnehmer tätig sind und während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses aufgrund der Erkrankung des Kindes freigestellt werden, haben Anspruch auf Kinderkrankengeld in Höhe des tatsächlich ausgefallenen Arbeitsentgelts (vgl. § 12 Satz 2 KVLG 1989). Gleiches gilt für freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfüllen.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

### 7.3.6 Berechnung bei Seeleuten

Das kalendertägliche Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ergibt sich bei Seeleuten aus der tatsächlich ausgefallenen Heuer. Wenn dem Grunde nach beitragspflichtige Einmalzahlungen (§ 23a SGB IV) in den letzten 12 Kalendermonaten vor der Freistellung gezahlt wurden, beträgt das Bruttokrankengeld ungeachtet der Höhe der Einmalzahlung 100 % der ausgefallenen Nettoheuer aus beitragspflichtiger Heuer (§ 233 Abs. 1 SGB V). Das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes darf 70 % der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V (Höchstkinderkrankengeld, Näheres s. Abschnitt [7.4 „Höchstkinderkrankengeld“](#)) nicht überschreiten.

### 7.3.7 Berechnung bei Teilnehmern an Freiwilligendiensten

Für Versicherte, die während ihres Freiwilligendienstes (z. B. Bundesfreiwilligendienst, Jugendfreiwilligendienst) wegen der Erkrankung des Kindes dem Freiwilligendienst fernbleiben, ist das Kinderkrankengeld gemäß den Abschnitt [7.2 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“](#) zu ermitteln.

### 7.3.8 Berechnung bei Arbeitnehmern mit flexibler Arbeitszeitenregelung

Kommt es während der Arbeitsphase zu einer Freistellung wegen der Erkrankung des Kindes, ist das Kinderkrankengeld auf Basis des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt zu ermitteln. Ausfallen kann nur das Arbeitsentgelt, was der Arbeitgeber ohne Freistellung wegen Erkrankung des Kindes dem Arbeitnehmer ausgezahlt hätte.

Während der Arbeitsphase wird ein weiteres Arbeitsentgelt (Wertguthaben) „erarbeitet“, welches jedoch nicht an den Arbeitnehmer ausgezahlt, sondern für Zeiten einer Freistellung angespart wird. Dieses Wertguthaben ist während der Arbeitsphase nicht der Beitragsberechnung zugrunde zu legen. Aus dem Wertguthaben entsteht demnach kein Anspruch auf Kinderkrankengeld.

Tritt die Erkrankung des Kindes im Falle einer teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung während einer Freistellungsphase aufgrund der vereinbarten flexiblen Arbeitszeit ein und kürzt der Arbeitgeber das nunmehr beitragspflichtige Wertguthaben entsprechend, hat er dies der Krankenkasse über den „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ zu melden. Die Krankenkasse hat daraus das Kinderkrankengeld zu ermitteln.

Entscheidend für die flexible Arbeitszeit, den Beginn und das Ende der Arbeits- bzw. Freistellungsphase und den Aufbau des Wertguthabens sind jeweils die vertraglichen Absprachen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Diese müssen daher entsprechend berücksichtigt werden.



## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

Für weitere Informationen siehe auch [Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII](#).

### **7.3.9 Berechnung bei Arbeitnehmern mit Familienpflegezeit**

Sofern Arbeitnehmer während einer Familienpflegezeit zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben müssen, ist das Kinderkrankengeld aus dem ausgefallenen Arbeitsentgelt zu berechnen.

Beansprucht der Arbeitnehmer während der Pflegephase ein zinsloses Darlehen, wird dieses grundsätzlich auch während der Zeit der Erkrankung des Kindes vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben fortgezahlt. Das Kinderkrankengeld ist daher nur aus dem ausgefallenen Arbeitsentgelt zu berechnen.

Vereinbart der Versicherte mit seinem Arbeitgeber die Inanspruchnahme eines Wertguthabens, ist wie folgt zu verfahren:

Wird in der eigentlichen Pflegephase Arbeitsentgelt gezahlt, welches jedoch teilweise noch nicht erarbeitet wurde, sondern nur darlehensweise als negatives Wertguthaben gewährt wird (Aufstockungsbetrag) und ist dieses beitragspflichtig, ist dies bei der Ermittlung des Kinderkrankengeldes zu berücksichtigen, sofern es vom Arbeitgeber für die Zeit der Freistellung gekürzt wird (s. Abschnitt [4.3.1.10 „Arbeitnehmer mit Familienpflegezeit“](#)).

Im Anschluss an die Pflegephase erarbeitet sich der Arbeitnehmer über sein ausgezahltes Arbeitsentgelt hinaus Arbeitsentgelt, welches jedoch nicht ausgezahlt und verbeitragt, sondern zum Ausgleich des negativen Wertguthabens verwendet wird. Im Falle einer Erkrankung des Kindes kann daher nur das Arbeitsentgelt berücksichtigt werden, was der Arbeitgeber ohne Erkrankung des Kindes tatsächlich an den Arbeitnehmer ausgezahlt hätte.

### **7.3.10 Berechnung bei Rentnern, Rentenantragstellern und Versorgungsempfängern**

Ein Anspruch auf Kinderkrankengeld kann bestehen, sofern neben der Rente oder den Versorgungsbezügen aufgrund der Freistellung wegen eines erkrankten Kindes beitragspflichtiges Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflichen selbstständigen Tätigkeit ausfällt (s. Abschnitt [4.3.1.12 „Rentner, Rentenantragsteller und Versorgungsempfänger“](#)).

Für die Berechnung des Kinderkrankengeldes aus dem Arbeitseinkommen gilt analog Abschnitt [7.3.2 „Berechnung bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen“](#) entsprechend.

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

### 7.3.11 Berechnung bei Bezug von Kurzarbeitergeld

Das ausgefallene Nettoarbeitsentgelt ist nicht aus dem SV-Brutto zu ermitteln. Es setzt sich hingegen aus dem ausgefallenen Kurzarbeitergeld, dem ggf. tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelt und dem ggf. ausgefallenen Aufstockungsbetrag zusammen.

In diesen Fällen hat der Arbeitgeber das wegen Erkrankung des Kindes ausgefallene Arbeitsentgelt gemäß Abschnitt [7.2 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“](#) zu ermitteln. Die Kurzarbeiter (auch Saison- oder Transferkurzarbeiter) erhalten grundsätzlich 60 % des ausgefallenen pauschalierten Nettoentgelts als Kurzarbeitergeld. Bei Erfüllung weiterer Anspruchsvoraussetzungen kann das Kurzarbeitergeld 67 % des ausgefallenen pauschalierten Nettoentgelts betragen. Das Kurzarbeitergeld hat insofern keine Auswirkungen bei der Ermittlung des ausgefallenen Bruttoarbeitsentgelts.

### 7.3.12 Berechnung bei Bezug von Übergangsgeld

Nach Ende der Fortzahlung des Übergangsgeldes (s. Abschnitte [4.3.1.14 „Bezieher von Übergangsgeld“](#), [9.5.2 „Bezug von Übergangsgeld“](#)) ist Kinderkrankengeld von der Krankenkasse zu zahlen, sofern die Höchstanspruchsdauer noch nicht erreicht wurde.

Für Arbeitnehmer gelten insofern die Ausführungen des Abschnittes [7.2 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“](#). Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige wird auf die Ausführungen unter Abschnitt [7.3.2 „Berechnung bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen“](#) verwiesen.

Die Ausführungen gelten analog für Bezieher von Zwischenübergangsgeld nach § 71 Abs. 1 SGB IX bzw. Anschlussübergangsgeld nach § 71 Abs. 4 SGB IX.

### 7.3.13 Berechnung bei Bezug von Insolvenzgeld

Sofern die Tätigkeit im Insolvenzzeitraum weiter ausgeübt wird, ist das Kinderkrankengeld auf Basis des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt zu ermitteln (s. Abschnitt [7.2 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“](#)).

### 7.3.14 Berechnung für Versicherte, die sich in Elternzeit befinden

Wird während der Elternzeit eine zulässige versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt, ist das Kinderkrankengeld für die Dauer der Elternzeit auf Basis des im Rahmen der zulässigen Beschäftigung ausgefallenen Arbeitsentgelts zu berechnen, was der Arbeitgeber meldet (s. hierzu Abschnitt [7.2 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“](#)).

## Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes

### 7.4 Höchstkinderkrankengeld

Das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes beträgt 90 % bzw. 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt. Es wird für den Kalendertag gezahlt und darf dabei 70 % der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V (BBG) nicht überschreiten (2017: kalendertägliche BBG 145,00 EUR, 70 % hiervon: 101,50 EUR; 2018: kalendertägliche BBG 147,50 EUR, 70 % hiervon: 103,25 EUR).

Maßgebend ist die jeweils am Tag der Freistellung geltende BBG. Die Prüfung hat für jeden Freistellungstag separat zu erfolgen (vgl. [Beispiel 46](#) im Abschnitt [8.2 „Beispiele zur Berechnung und Zahlung von Kinderkrankengeld für Arbeitnehmer“](#)). Soweit das Kinderkrankengeld 70 % der BBG übersteigt, bleibt es außer Ansatz. Hierfür ist eine Vergleichsberechnung zwischen dem berechneten kalendertäglichen Kinderkrankengeld und 70 % der BBG erforderlich. Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht dabei in Höhe des niedrigeren Betrages.

Das kalendertägliche Kinderkrankengeld wird entsprechend der Abschnitte [7.2 „Berechnung aus dem Arbeitsentgelt“](#) bis [7.2.3.3 „Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt“](#) berechnet.

### 7.5 Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes bei einem schwerstkranken Kind nach § 45 Abs. 4 SGB V

Das Krankengeld für schwerstkranke Kinder nach § 45 Abs. 4 SGB V wird wegen des unbestimmten, häufig längeren Freistellungszeitraums gegenüber dem Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V nach den Maßgaben des § 47 SGB V berechnet. Die Berechnung erfolgt auch hierbei für den Kalendertag.

Für weitere Informationen siehe [„Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII“](#).

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

**8. Zahlung des Kinderkrankengeldes**

Das Kinderkrankengeld ist von dem Tag an zu zahlen, an dem die Voraussetzungen hierfür vorliegen. Wartetage sind hierbei nicht vorgesehen. Es ist grundsätzlich für den Zeitraum der Freistellung zu berechnen und für die entsprechenden Kalendertage zu zahlen. Die Art der Kürzung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber (z. B. arbeitstäglich, Kürzung um 1/30) ist dabei nicht zu berücksichtigen.

## Beispiel 28 – Zahlung des Kinderkrankengeldes

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	10.10. (Mo) bis 14.10. (Fr)
Die Freistellung von der Arbeit erfolgt für denselben Zeitraum.	
Der Arbeitgeber meldet	5 freigestellte Arbeitstage
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	5 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	5 Arbeitstage

## Beispiel 29 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Tagen ohne Freistellung

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	16.09. (Fr) bis 19.09. (Mo)
Arbeitstage gehen von Mo bis Di und Do bis Sa.	
Der Arbeitgeber meldet	3 freigestellte Arbeitstage
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	4 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	3 Arbeitstage

## Beispiel 30 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Feiertagen und Wochenenden

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	29.09. (Do) bis 07.10. (Fr)
Arbeitstage gehen von Mo bis Fr (außer Feiertage [hier: 3.10.]).	
Der Arbeitgeber meldet	6 freigestellte Arbeitstage
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	9 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	6 Arbeitstage

## Beispiel 31 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Wochenende, an dem hätte gearbeitet werden müssen

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	09.02. (Do) bis 15.02. (Mi)
Arbeitstage gehen von Mi bis So.	
Der Arbeitgeber meldet	5 freigestellte Arbeitstage
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	7 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	5 Arbeitstage

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

Verläuft die Erkrankung des Kindes und damit die Freistellung abrechnungszeitraumübergreifend (z. B. Freistellung über den Monatswechsel), hat der Arbeitgeber für jeden Entgeltabrechnungszeitraum eine separate Meldung der notwendigen Daten per „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ für den anteiligen Freistellungszeitraum zu erstellen. Grund hierfür ist, dass die Arbeitgeber grundsätzlich erst mit der Abrechnung des Arbeitsentgelts des jeweiligen Entgeltabrechnungszeitraums (s. Abschnitt [7.2.2 „Entgeltabrechnungszeitraum“](#)) das tatsächlich ausgefallene Arbeitsentgelt für den Freistellungszeitraum (s. Abschnitt [7.2.1 „Maßgebender Freistellungszeitraum“](#)) ermitteln können. Dadurch kann es zu mehreren, zeitversetzten Teilzahlungen des Kinderkrankengeldes trotz eines zusammenhängenden Freistellungszeitraums kommen.

## Beispiel 32 – Zahlung des Kinderkrankengeldes bei einem Wechsel des Entgeltabrechnungszeitraums

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	28.09. (Mi) bis 05.10. (Mi)
Arbeitstage sind Mo, Mi, Fr (außer Feiertage).	
Der Arbeitgeber rechnet das Arbeitsentgelt jeweils am 05. des Folgemonats für den vorausgegangenen Monat ab.	
Da sich die Freistellung über zwei Kalendermonate (Entgeltabrechnungszeiträume) erstreckt, hat der Arbeitgeber zwei separate Meldungen an die Krankenkasse zu erstellen. Er meldet für den 1. Zeitraum (28.09. – 30.09.) 2 freigestellte Arbeitstage und für den 2. Zeitraum (01.10. – 05.10.) 1 freigestellten Arbeitstag.	
Zahlung des Kinderkrankengeldes für insgesamt	8 Kalendertage
1. Teilzahlung (28.09. – 30.09.) für	3 Kalendertage
2. Teilzahlung (01.10. – 05.10.) für	5 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer insgesamt	3 Arbeitstage (28./29.09, 5.10.)

Ist Kinderkrankengeld für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen (§ 45 Abs. 2 Satz 5 SGB V i.V.m. § 47 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Zu einer solchen Krankengeldzahlung kann es z. B. bei Alleinerziehenden, die einen längeren Anspruch auf Kinderkrankengeld haben, oder Versicherten, die nur an wenigen Tagen pro Woche arbeiten müssen, kommen. Bei der Zahlung von Kinderkrankengeld für weniger als einen vollen Kalendermonat kommt es hingegen immer auf die tatsächliche Zahl der Kalendertage an.

## Beispiel 33 – Zahlung Kinderkrankengeld für ganzen Kalendermonat 1

Alleinerziehende Versicherte	
Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	01.02. (Mo) bis 29.02. (Mo)
Arbeitstage gehen von Mo bis Do.	
Der Arbeitgeber meldet	17 freigestellte Arbeitstage
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	30 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	17 Arbeitstage

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

## Beispiel 34 – Zahlung Kinderkrankengeld für ganzen Kalendermonat 2

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	01.07. (Fr) bis 02.08. (Di)
Arbeitstage sind Di und Fr.	
Der Arbeitgeber meldet	10 freigestellte Arbeitstage
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	32 Kalendertage
1. Teilzahlung (01.07. – 31.07.) für	30 Kalendertage
2. Teilzahlung (01.08. – 02.08.) für	2 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	10 Arbeitstage

Wird Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V direkt im Anschluss an Arbeitslosengeld, Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V, Krankengeld nach § 44 SGB V, Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes, Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld gezahlt, gilt § 65 Abs. 7 SGB IX. Das Kinderkrankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen.

## Beispiel 35 – Zahlung des Kinderkrankengeldes bei nahtlosem Anschluss an andere Entgeltersatzleistungen

Krankengeldbezug nach § 44 SGB V vom	15.11. des Vorjahres bis 27.01.
Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	28.01. (Do) bis 04.02. (Do)
Arbeitstage sind Mo bis Fr.	
Der Arbeitgeber meldet	6 freigestellte Arbeitstage
Da sich die Freistellung über zwei Kalendermonate erstreckt, hat der Arbeitgeber zwei separate Meldungen an die Krankenkasse zu erstellen. Er meldet für den 1. Zeitraum (28.01. – 31.01.) 2 freigestellte Arbeitstage und für den 2. Zeitraum (01.02. – 04.02.) 4 freigestellte Arbeitstage.	
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	7 Kalendertage
1. Teilzahlung (28.01. – 31.01.) für	3 Kalendertage (Rest bis 30 Tage)
2. Teilzahlung (01.02. – 04.02.) für	4 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	6 Arbeitstage

Das Kinderkrankengeld ist längstens bis zum Erreichen der jeweils maßgebenden Höchstanspruchsdauer bzw. bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres zu zahlen (Näheres s. Abschnitt [5.3 „Anspruchsdauer“](#)).

## 8.1 Besonderheiten bei Arbeitnehmern

Für Tage, an denen der Arbeitgeber vollständig eine bezahlte Freistellung gewährt, ist kein Krankengeld bei Erkrankung des Kindes zu zahlen. Gleiches gilt, wenn während der Erkrankung des

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

Kindes noch teilweise gearbeitet wird und der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt für die Zeit der Freistellung an diesen Tagen fortzahlt (z. B. am ersten Tag der Erkrankung des Kindes). Zur Anrechnung als Anspruchstag s. Abschnitt 5.3 „Anspruchsdauer“.

## Beispiel 36 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit teilweiser bezahlter Freistellung

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	11.04. (Mo) bis 15.04. (Fr)
Arbeitstage sind Mo bis Fr.	
Der Arbeitgeber gewährt 2 bezahlte Freistellungstage und meldet 5 freigestellte Arbeitstage, davon 2 bezahlte.	
Freigestellt für	5 Kalendertage
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	3 Kalendertage
Anrechnung auf Höchstanspruchsdauer	5 Arbeitstage

Liegen im Freistellungszeitraum arbeitsfreie Feiertage und arbeitsfreie Wochenenden, ist auch für diese Tage Kinderkrankengeld zu zahlen, jedoch findet keine Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer nach § 45 Abs. 2 SGB V statt (vgl. Abschnitt 5.3 „Anspruchsdauer“). Kürzt der Arbeitgeber das Arbeitsentgelt für Arbeitstage (z. B. Montag bis Freitag), gelten die arbeitsfreien Tage (z. B. Wochenende) dennoch nicht als bezahlt freigestellte Tage, da der Arbeitgeber nur die bezahlt freigestellten Arbeitstage aufgrund der Erkrankung des Kindes im „Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV“ meldet. Die arbeitsfreien Tage gehören daher zu den „unbezahlt“ freigestellten Kalendertagen.

## Beispiel 37 – Zahlung des Kinderkrankengeldes mit Kürzung des Arbeitsentgelts für Arbeitstage

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	21.10. (Fr) bis 26.10. (Mi)
Arbeitstage sind Mo bis Fr.	
Der Arbeitgeber gewährt keine bezahlte Freistellung bei Erkrankung des Kindes, kürzt das Arbeitsentgelt jedoch nur für Arbeitstage.	
Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse	
• den gesamten Freistellungszeitraum	21.10. bis 26.10.
• als freigestellte Arbeitstage	4
Da er keine Arbeitstage bezahlt freistellt, meldet er keine bezahlte Freistellung.	
<u>Lösung:</u>	
Freigestellt für	6 Kalendertage
Zahlung des Kinderkrankengeldes für	6 Kalendertage
Anspruchstage (freigestellte Arbeitstage, ohne Wochenende)	4 Arbeitstage

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

**8.2 Beispiele zur Berechnung und Zahlung von Kinderkrankengeld für Arbeitnehmer**

In den Beispielen wird die Berechnung des Brutto-Kinderkrankengeldes dargestellt.

Beispiel 38 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld über ein Wochenende, Arbeitstage Mo–Fr

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	20.01. (Fr) bis 27.01. (Fr)
Das Arbeitsentgelt ist nicht nach Monaten bemessen (z. B. Stundenlöhner). Der Arbeitgeber kürzt das Arbeitsentgelt für die tatsächlichen Arbeitstage (Mo bis Fr). Der Arbeitgeber stellt nicht bezahlt frei, am ersten Tag der Erkrankung wurde nicht (teilweise) gearbeitet.	
Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse	
• den gesamten Freistellungszeitraum (umfasst ... Kalendertage)	20.01. – 27.01. (8)
• die freigestellten Arbeitstage	6
• das ausgefallene Brutto	1.000,00 EUR
• das ausgefallene Netto	600,00 EUR
• Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten	ja
<u>Berechnung des Kinderkrankengeldes (KiKG):</u>	
100 % des ausgefallenen kalendertäglichen Netto (wegen Einmalzahlung):	
$(600,00 \text{ EUR} \times 100\%) / 8 \text{ Kalendertage} =$	75,00 EUR kal.tgl. KiKG
75,00 EUR < 101,50 EUR (70 % der kal.tgl. BBG von 2017 i. H. v. 145,00 EUR), daher ist KiKG mit 75,00 EUR anzusetzen.	
75,00 EUR x 8 Kalendertage =	<u>600,00 EUR KiKG</u>
Das Kinderkrankengeld (75,00 EUR) übersteigt nicht 70% der BBG (101,50 EUR) und beträgt daher kalendertäglich 75,00 EUR. Es ist für 8 Kalendertage zu zahlen und beträgt damit 600,00 EUR. Auf die Höchstanspruchsdauer werden 6 Arbeitstage angerechnet.	

Beispiel 39 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld mit bezahlter Freistellung, Arbeitstage Mo–Fr

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	06.03. (Mo) bis 10.03. (Fr)
Der Arbeitgeber kürzt das Arbeitsentgelt für die tatsächlichen Arbeitstage (Mo bis Fr) und gewährt für den 06.03. und 07.03. (Mo bis Di) eine bezahlte Freistellung. Am ersten Tag der Erkrankung wurde nicht (teilweise) gearbeitet.	



## Zahlung des Kinderkrankengeldes

Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse

- |  |                        |
|--|------------------------|
| • Den gesamten Freistellungszeitraum<br>(umfasst ... Kalendertage) | 06.03. – 10.03.<br>(5) |
| • die freigestellte Arbeitstage                                    | 5                      |
| ○ davon bezahlt freigestellte Arbeitstage<br>für den Zeitraum      | 2<br>06.03. bis 07.03. |
| • das ausgefallene Brutto  | 270,00 EUR             |
| • das ausgefallene Netto   | 180,00 EUR             |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten                | ja                     |

Berechnung des Kinderkrankengeldes (KiKG):

Aufgrund der bezahlten Freistellung vom 06.03. bis 07.03. ist Kinderkrankengeld für die Zeit vom 08.03. bis 10.03., somit für 3 Kalendertage zu berechnen.

100 % des ausgefallenen kalendertäglichen Netto (wegen Einmalzahlung):

$(180,00 \text{ EUR} \times 100\%) / 3 \text{ Kalendertage} = 60,00 \text{ EUR kal.tgl. KiKG}$

60,00 EUR < 101,50 EUR (70 % der kal.tgl. BBG von 2017 i. H. v. 145,00 EUR), daher ist KiKG mit 60,00 EUR anzusetzen.

$60,00 \text{ EUR} \times 3 \text{ Kalendertage} = \underline{180,00 \text{ EUR KiKG}}$

Das Kinderkrankengeld (60,00 EUR) übersteigt nicht 70% der BBG (101,50 EUR) und beträgt daher kalendertäglich 60,00 EUR. Es ist für 3 Kalendertage zu zahlen und beträgt damit 180,00 EUR. Auf die Höchstanspruchsdauer werden 5 (2 bezahlte und 3 unbezahlte) Arbeitstage angerechnet.

Beispiel 40 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld bei Mehrfachbeschäftigung ohne Einmalzahlungen

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung 10.10. bis 12.10.

Mehrfachbeschäftigte;

Arbeitgeber A und B rechnen das Entgelt für den Kalendermonat ab. Es wird keine bezahlte Freistellung geleistet. Einmalzahlungen werden nicht gewährt. Am Tag des Beginns der Freistellung wurde nicht gearbeitet.

Beschäftigung A – Arbeitgeber meldet:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • den gesamten Freistellungszeitraum                | 10.10. bis 12.10. |
| • die freigestellten Arbeitstage                    | 3                 |
| • das ausgefallene Brutto                           | 300,00 EUR        |
| • das ausgefallene Netto                            | 168,76 EUR        |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten | nein              |

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

Beschäftigung B – Arbeitgeber meldet:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • den gesamten Freistellungszeitraum                | 10.10. bis 12.10. |
| • die freigestellten Arbeitstage                    | 3                 |
| • das ausgefallene Brutto                           | 150,00 EUR        |
| • das ausgefallene Netto                            | 119,67 EUR        |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten | nein              |

1. Berechnung Teilkinderkrankengeld

## Beschäftigung A

(168,76 EUR x 90 % : 3 Kalendertage =) 50,63 EUR Teil-KiKG A

## Beschäftigung B

(119,67 EUR x 90 % : 3 Kalendertage =) 35,90 EUR Teil-KiKG B

2. Berechnung Gesamtkinderkrankengeld

Teil-KiKG A (50,63 EUR) + Teil-KiKG B (35,90 EUR) = 86,53 EUR

86,53 EUR < 101,50 EUR (70 % der kal.tgl. BBG von 2017 i. H. v. 145,00 EUR), daher beträgt das kalendertägliche Kinderkrankengeld aus beiden Beschäftigungen 86,53 EUR.

86,53 EUR x 3 Kalendertage = 259,59 EUR KiKG

Das Gesamtkinderkrankengeld beträgt vom 10.10. bis 12.10. insgesamt 259,59 EUR. Auf die Höchstanspruchsdauer werden 3 Arbeitstage angerechnet.

Beispiel 41 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld bei Mehrfachbeschäftigung mit Überschreiten des Höchstkinderkrankengeldes

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung 15.08. bis 18.08.

## Mehrfachbeschäftigte;

Arbeitgeber A und B rechnen das Entgelt für den Kalendermonat ab. Es wird keine bezahlte Freistellung geleistet. Einmalzahlungen werden nicht gewährt. Am Tag des Beginns der Freistellung wurde nicht gearbeitet.

Beschäftigung A – Arbeitgeber meldet:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • den gesamten Freistellungszeitraum                | 15.08. bis 18.08. |
| • die freigestellten Arbeitstage                    | 4                 |
| • das ausgefallene Brutto                           | 610,00 EUR        |
| • das ausgefallene Netto                            | 355,56 EUR        |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten | nein              |

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

Beschäftigung B – Arbeitgeber meldet:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| • den gesamten Freistellungszeitraum<br>(umfasst ... Kalendertage) | 15.08. bis 18.08.<br>(4) |
| • die freigestellten Arbeitstage                                   | 2                        |
| • das ausgefallene Brutto  | 160,00 EUR               |
| • das ausgefallene Netto   | 100,72 EUR               |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten                | nein                     |

1. Berechnung Teilkinderkrankengeld

## Beschäftigung A

(355,56 EUR x 90 % : 4 Kalendertage) = 80,00 EUR Teil-KiKG A

## Beschäftigung B

(100,72 EUR x 90 % : 4 Kalendertage) = 22,66 EUR Teil-KiKG B

2. Berechnung Gesamtkinderkrankengeld

Teil-KiKG A (80,00 EUR) + Teil-KiKG B (22,66 EUR) = 102,66 EUR

102,66 EUR > 101,50 EUR (70 % der kal.tgl. BBG von 2017 i. H. v. 145,00 EUR), daher sind die Teilkinderkrankengelder entsprechend zu kürzen.

Gekürztes Teil-KiKG A  $\frac{101,50 \text{ EUR} \times 80,00 \text{ EUR}}{102,66 \text{ EUR}} = 79,10 \text{ EUR}$

Gekürztes Teil-KiKG B  $\frac{101,50 \text{ EUR} \times 22,66 \text{ EUR}}{102,66 \text{ EUR}} = 22,40 \text{ EUR}$

Das kalendertägliche Gesamt-KiKG beträgt 101,50 EUR (79,10 EUR + 22,40 EUR).

101,50 EUR x 4 Kalendertage = 406,00 EUR KiKG

Das Gesamtkinderkrankengeld beträgt vom 15.08. bis 18.08. insgesamt 406,00 EUR. Auf die Höchstanspruchsdauer werden 4 Arbeitstage angerechnet.

## Beispiel 42 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld bei Mehrfachbeschäftigung mit und ohne Einmalzahlung

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung 10.10. bis 12.10.

## Mehrfachbeschäftigte;

Arbeitgeber A und B rechnen das Entgelt für den Kalendermonat ab. Am Tag des Beginns der Freistellung wurde nicht gearbeitet. Es wird keine bezahlte Freistellung geleistet. Arbeitgeber A gewährt eine Einmalzahlung, Arbeitgeber B gewährt diese nicht.

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

Beschäftigung A – Arbeitgeber meldet:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • den gesamten Freistellungszeitraum                | 10.10. bis 12.10. |
| • die freigestellten Arbeitstage                    | 3                 |
| • das ausgefallene Brutto                           | 300,00 EUR        |
| • das ausgefallene Netto                            | 168,76 EUR        |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten | ja                |

Beschäftigung B – Arbeitgeber meldet:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • den gesamten Freistellungszeitraum                | 10.10. bis 12.10. |
| • die freigestellten Arbeitstage                    | 3                 |
| • das ausgefallene Brutto                           | 150,00 EUR        |
| • das ausgefallene Netto                            | 119,67 EUR        |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten | nein              |

1. Berechnung Teilkinderkrankengeld

## Beschäftigung A

(168,76 EUR x 100 % : 3 Kalendertage) = 56,25 EUR Teil-KiKG A

## Beschäftigung B

(119,67 EUR x 90 % : 3 Kalendertage) = 35,90 EUR Teil-KiKG B

2. Berechnung Gesamtkinderkrankengeld

Teil-KiKG A (56,25 EUR) + Teil-KiKG B (35,90 EUR) = 92,15 EUR

92,15 EUR < 101,50 EUR (70 % der kal.tgl. BGG von 2017 i. H. v. 145,00 EUR), daher beträgt das kalendertägliche Kinderkrankengeld aus beiden Beschäftigungen 92,15 EUR.

92,15 EUR x 3 Kalendertage = 276,45 EUR KiKG

Das Gesamtkinderkrankengeld beträgt vom 10.10. bis 12.10. insgesamt 276,45 EUR. Auf die Höchstanspruchsauer werden 3 Arbeitstage angerechnet.

Beispiel 43 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld bei Mehrfachbeschäftigung mit und ohne Einmalzahlung und Überschreiten des Höchstkinderkrankengeldes

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	15.08. bis 18.08.
--	-------------------

## Mehrfachbeschäftigte;

Arbeitgeber A und B rechnen das Entgelt für den Kalendermonat ab. Am Tag des Beginns der Freistellung wurde nicht gearbeitet. Es wird keine bezahlte Freistellung geleistet. Arbeitgeber B gewährt eine Einmalzahlung, Arbeitgeber A gewährt diese nicht.

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

Beschäftigung A – Arbeitgeber meldet:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| • den gesamten Freistellungszeitraum                | 15.08. bis 18.08. |
| • die freigestellten Arbeitstage                    | 4                 |
| • das ausgefallene Brutto                           | 610,00 EUR        |
| • das ausgefallene Netto                            | 355,56 EUR        |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten | nein              |

Beschäftigung B – Arbeitgeber meldet:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| • den gesamten Freistellungszeitraum<br>(umfasst ... Kalendertage) | 15.08. bis 18.08.<br>(4) |
| • die freigestellten Arbeitstage                                   | 2                        |
| • das ausgefallene Brutto  | 160,00 EUR               |
| • das ausgefallene Netto   | 100,72 EUR               |
| • Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten                | ja                       |

1. Berechnung Teilkinderkrankengeld

## Beschäftigung A

(355,56 EUR x 90 % : 4 Kalendertage) = 80,00 EUR Teil-KiKG A

## Beschäftigung B

(100,72 EUR x 100 % : 4 Kalendertage) = 25,18 EUR Teil-KiKG B

2. Berechnung Gesamtkinderkrankengeld

Teil-KiKG A (80,00 EUR) + Teil-KiKG B (25,18 EUR) = 105,18 EUR

105,18 EUR > 101,50 EUR (70 % der kal.tgl. BBG von 2017 i. H. v. 145,00 EUR), daher sind die Teilkinderkrankengelder entsprechend zu kürzen.

Gekürztes Teil-KiKG A  $\frac{101,50 \text{ EUR} \times 80,00 \text{ EUR}}{105,18 \text{ EUR}} = 77,20 \text{ EUR}$

Gekürztes Teil-KiKG B  $\frac{101,50 \text{ EUR} \times 25,18 \text{ EUR}}{105,18 \text{ EUR}} = 24,30 \text{ EUR}$

Das kalendertägliche Gesamt-KiKG beträgt 101,50 EUR (77,20 EUR + 24,30 EUR).

101,50 EUR x 4 Kalendertage = 406,00 EUR KiKG

Das Gesamtkinderkrankengeld beträgt vom 15.08. bis 18.08. insgesamt 406,00 EUR. Auf die Höchstanspruchsdauer werden 4 Arbeitstage angerechnet.

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

## Beispiel 44 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld mit Überschreiten des Höchstkinderkrankengeldes

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	18.01. (Mi) bis 20.01. (Fr).
Arbeitsentgelt wird für den Kalendermonat gezahlt und kalendertäglich gekürzt. Der Arbeitgeber stellt nicht bezahlt frei, am ersten Tag der Erkrankung wurde nicht (teilweise) gearbeitet. Arbeitstage gehen von Mo bis Fr.	
Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse:	
• den gesamten Freistellungszeitraum	18.01. – 20.01.
• die freigestellten Arbeitstage	3
• das ausgefallene Brutto	585,00 EUR
• das ausgefallene Netto	325,73 EUR
• Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten	ja
<u>Berechnung des Kinderkrankengeldes (KiKG):</u>	
100 % des ausgefallenen kalendertäglichen Netto (325,73 EUR (x 100 %) / 3 Kalendertage =)	108,58 EUR kal.tgl. KiKG
108,58 EUR > 101,50 EUR (70 % der kal.tgl. BBG von 2017 i. H. v. 145,00 EUR), daher ist KiKG mit 101,50 EUR anzusetzen.	
101,50 EUR x 3 Kalendertage =	<u>304,50 EUR KiKG</u>
Das Kinderkrankengeld ist für 3 Kalendertage zu zahlen und beträgt insgesamt 304,50 EUR. Auf die Höchstanspruchsdauer sind 3 Arbeitstage anzurechnen.	

## Beispiel 45 – Berechnung und Zahlung Kinderkrankengeld, kein Überschreiten des Höchstkinderkrankengeldes wegen Freistellung über ein Wochenende

Gleiche Ausgangslage wie unter <a href="#">Beispiel 44</a> :	
Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung	18.01. (Mi) bis 24.01. (Di)
Der Arbeitgeber meldet der Krankenkasse:	
• den gesamten Freistellungszeitraum (umfasst ... Kalendertage)	18.01. – 24.01. (7)
• die freigestellten Arbeitstage	5
• das ausgefallene Brutto	1.365,00 EUR
• das ausgefallene Netto	710,08 EUR
• Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten	ja
<u>Berechnung des Kinderkrankengeldes (KiKG):</u>	

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

100 % des ausgefallenen kalendertäglichen Netto  
(710,08 EUR (x 100 %) / 7 Kalendertage =) 101,44 EUR kal.tgl. KiKG

101,44 EUR < 101,50 EUR (70 % der kal.tgl. BBG von 2017 i. H. v. 145,00 EUR), daher ist KiKG mit 101,44 EUR anzusetzen.

101,44 EUR x 7 Kalendertage = 710,08 EUR KiKG

Das Kinderkrankengeld ist für 7 Kalendertage zu zahlen und beträgt insgesamt 710,08 EUR. Auf die Höchstanspruchsdauer sind 5 Arbeitstage anzurechnen.

## Beispiel 46 – Kinderkrankengeld über Jahreswechsel mit Änderung des Höchstkinderkrankengeldes

Erkrankung des Kindes gemäß ärztlicher Bescheinigung 29.12.2016 bis 03.01.2017

Der Arbeitgeber rechnet das Gehalt für den Kalendermonat ab. Das Arbeitsentgelt wird kalendertäglich gekürzt. Der Arbeitgeber leistet keine bezahlte Freistellung, zahlt jedoch jährlich im Monat November Weihnachtsgeld. Arbeitstage sind Mo bis Fr (außer Feiertage). Der Arbeitgeber hat zwei separate Meldungen an die Krankenkasse abzugeben und meldet mit der Entgeltabrechnung für Dezember 2016:

- als Freistellungszeitraum 1 29.12.2016 – 31.12.2016  
(umfasst ... Kalendertage) (3)
- die freigestellten Arbeitstage 2
- das ausgefallene Brutto 527,42 EUR
- das ausgefallene Netto 304,05 EUR
- Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten ja

und mit der Entgeltabrechnung für Januar 2017:

- als Freistellungszeitraum 2 01.01.2017 – 03.01.2017  
(umfasst ... Kalendertage) (3)
- die freigestellten Arbeitstage 2
- das ausgefallene Brutto 527,42 EUR
- das ausgefallene Netto 304,26 EUR
- Einmalzahlungen in den letzten 12 Kalendermonaten ja

Berechnung des Kinderkrankengeldes (KiKG):

Die Krankenkasse hat für beide Freistellungszeiträume getrennt Kinderkrankengeld zu berechnen. Grundlage für die Berechnung stellt einmal der Freistellungszeitraum 1 vom 29.12.2016 bis 31.12.2016 (3 Kalendertage) und einmal der Freistellungszeitraum 2 vom 01.01.2017 bis 03.01.2017 (3 Kalendertage) dar. Aufgrund des Jahreswechsels und die dadurch bedingte Änderung der kalendertäglichen BBG (2016: 141,25 EUR und 2017: 145,00 EUR) hat die Krankenkasse dabei die jeweilige Höchstgrenze zu beachten:

## Zahlung des Kinderkrankengeldes

1. Berechnung Kinderkrankengeld Freistellungszeitraum 1

100 % des ausgefallenen kalendertäglichen Netto  
(304,05 EUR (x 100%) / 3 Kalendertage =) 101,35 EUR

70 % der BBG nach § 223 Abs. 3 SGB V  
(Wert 2016: 141,25 EUR x 70 % =) 98,88 EUR

101,35 EUR > 98,88 EUR, daher ist KiKG vom 29.12.2016 bis 31.12.2016 mit 98,88 EUR anzusetzen:

98,88 EUR x 3 Kalendertage = 296,64 EUR KiKG

Das Kinderkrankengeld ist für 3 Kalendertage zu zahlen und beträgt insgesamt 296,64 EUR für die Zeit vom 29.12.2016 bis 31.12.2016. Auf die Höchstanspruchsdauer sind 2 Arbeitstage anzurechnen.

2. Berechnung Kinderkrankengeld Freistellungszeitraum 2

100 % des ausgefallenen kalendertäglichen Netto  
(304,26 EUR (x 100%) / 3 Kalendertage =) 101,42 EUR

70 % der BBG nach § 223 Abs. 3 SGB V  
(Wert 2017: 145,00 EUR x 70 % =) 101,50 EUR

101,42 EUR < 101,50 EUR, daher ist KiKG vom 01.01.2017 bis 03.01.2017 mit 101,42 EUR anzusetzen:

101,42 EUR x 3 Kalendertage = 304,26 EUR KiKG

Das Kinderkrankengeld ist für 3 Kalendertage zu zahlen und beträgt insgesamt 304,26 EUR für die Zeit vom 01.01.2017 bis 03.01.2017. Auf die Höchstanspruchsdauer für das Jahr 2017 sind 2 Arbeitstage anzurechnen.

**8.3 Zahlung des Kinderkrankengeldes nach § 45 Abs. 4 SGB V**

Das Krankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V wird in entsprechender Anwendung des § 47 SGB V ebenso für Kalendertage gezahlt.

Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen (§ 47 Abs. 1 Satz 7 SGB V).



## Zahlung des Kinderkrankengeldes

Für weitere Informationen siehe „Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII“.

Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

## **9. Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld**

Die Ruhensvorschriften des § 49 SGB V gelten grundsätzlich auch für Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (BSG vom 31.01.1995 – 1 RK 1/94), unabhängig davon, ob es sich um eine versicherungspflichtige oder freiwillige Mitgliedschaft handelt. In den nachfolgenden Abschnitten werden wesentliche Fallkonstellationen, die auftreten können, sowie deren Auswirkungen auf das Kinderkrankengeld näher betrachtet.

Tage, an denen der Anspruch auf Kinderkrankengeld ruht sowie Tage, an denen ein Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht, es jedoch zu keiner Auszahlung kommt (Anspruchshöhe: 0,00 EUR), sind auf die Anspruchsdauer im Sinne des § 45 Abs. 2 SGB V anzurechnen (Näheres s. Abschnitt [5.3 „Anspruchsdauer“](#)).

### **9.1 Weiterbezug von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen**

Der Anspruch auf Kinderkrankengeld ruht, solange (Zeitraum) Versicherte während der Freistellung wegen einer Erkrankung des Kindes laufendes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten (vgl. § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

#### **9.1.1 Arbeitsentgelt**

Für die Ermittlung des Kinderkrankengeldes nach § 45 Abs. 1 SGB V hat der Arbeitgeber der Krankenkasse nur das tatsächlich ausgefallene Arbeitsentgelt aufgrund der Freistellung wegen der Erkrankung des Kindes zu melden, woraus die Krankenkasse das Kinderkrankengeld berechnet. Weitergewährtes Arbeitsentgelt zählt nicht zum ausgefallenen Arbeitsentgelt und verringert dadurch die Höhe des Anspruchs auf Kinderkrankengeld.

Gewährt der Arbeitgeber bei Vorliegen der in § 45 Abs. 1 SGB V geforderten Voraussetzungen aus demselben Grund eine bezahlte Freistellung von der Arbeit (z. B. aufgrund Tarifvertrag oder Arbeitsvertrag) für Arbeitstage, so ruht in dieser Zeit der Anspruch auf das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes. Schließen an die bezahlten Arbeitstage noch unbezahlte Freistellungstage an oder kommt es in demselben Kalenderjahr zu einer unbezahlten Freistellung wegen der Erkrankung des Kindes, meldet der Arbeitgeber per „[Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV](#)“ der Krankenkasse, für wie viele Arbeitstage er das Arbeitsentgelt weitergezahlt hat.

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Tage, an denen der Anspruch auf Kinderkrankengeld ruht, sind auf die Höchstanspruchsdauer anzurechnen. Eine Ausnahme hiervon liegt vor, sofern der Arbeitnehmer am ersten Tag der Erkrankung des Kindes noch teilweise gearbeitet hat und der Arbeitgeber an diesem Tag für die Zeit der Freistellung das Arbeitsentgelt fortzahlt (Näheres s. Abschnitt [5.2 „Anspruchsbeginn“](#)).

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führt nicht zum Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V. Dies gilt auch dann, wenn die Einmalzahlung beitragspflichtig ist.

Wird durch den Arbeitgeber Arbeitsentgelt für den Zeitraum der Freistellung nach § 45 Abs. 1 SGB V aufgrund einer rückwirkenden Arbeitsentgelterhöhung nachgezahlt, hat dieser die Meldung über das ausgefallene Arbeitsentgelt entsprechend zu korrigieren, sofern der Zeitpunkt der Begründung des Anspruchs auf das erhöhte Arbeitsentgelt (z. B. der Tag des Tarifabschlusses) vor dem Beginn der Freistellung wegen Erkrankung des Kindes liegt. Das Kinderkrankengeld erhöht sich dementsprechend.

### 9.1.1.1 Besonderheit bei einem schwerstkranken Kind

Nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V kann die Ruhenswirkung nur von laufendem Arbeitsentgelt ausgehen. Das Arbeitsentgelt muss mit dem Zeitraum der Freistellung wegen schwerer Erkrankung des Kindes in Beziehung stehen bzw. zusammenfallen. Dies ist aber nur dann der Fall, wenn es sich um Arbeitsentgelt handelt, welches während des Freistellungszeitraums für die Zeit der Freistellung (weiter)gezahlt wird. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führt hingegen nicht zum Ruhen des Kinderkrankengeldanspruchs, auch wenn die Einmalzahlung beitragspflichtig ist.

Für weitere Informationen zum Ruhen des Krankengeldes bei schwerstkranken Kindern siehe [„Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII“](#).

### 9.1.2 Arbeitseinkommen

Ein Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht auch, wenn kein Arbeitseinkommen während der Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 1 SGB V ausfällt und die Voraussetzungen gemäß Abschnitt [4.3.1.1 „Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige“](#) vorliegen. Aufgrund des fehlenden Ausfalls des Arbeitseinkommens, kommt es jedoch zu keiner Auszahlung von Kinderkrankengeld.

Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, welches während der Erkrankung des Kindes anfällt, führt zum Ruhen des Kinderkrankengeldes nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Zum Begriff "Arbeitseinkommen" wird auf die Ausführungen unter Abschnitt [7.3.2 „Berechnung bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen“](#) verwiesen. Sofern bei der Prüfung der Frage, ob im Einzelfall Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit während der Erkrankung des Kindes weiter bezogen wird, keine verwertbaren Anhaltspunkte vorliegen, sollte die Erklärung des Versicherten als ausreichend angesehen werden.

#### **9.1.2.1 Besonderheit bei einem schwerstkranken Kind**

Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit, das während der Freistellung aufgrund eines schwerstkranken Kindes anfällt, führt zum Ruhen des Kinderkrankengeldes nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Sofern bei der Prüfung der Frage, ob im Einzelfall Arbeitseinkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit während des Freistellungszeitraums weiter bezogen wird, keine verwertbaren Anhaltspunkte vorliegen, sollte die Erklärung des Versicherten als ausreichend angesehen werden.

#### **9.1.3 Auszubildende**

Für Auszubildende ruht der Anspruch auf Kinderkrankengeld ebenfalls für die Dauer, für die sie weiterhin Ausbildungsvergütung bzw. Arbeitsentgelt aufgrund ihres Ausbildungsverhältnisses erhalten (siehe Abschnitt [9.1.1 „Arbeitsentgelt“](#)).

Für die Beurteilung, wie lange der Anspruch auf Kinderkrankengeld im konkreten Einzelfall ruht, ist jedoch danach zu unterscheiden, ob für die Fortzahlung der Ausbildungsvergütung bzw. des Arbeitsentgelts das BBiG Anwendung findet.

Für Auszubildende, deren Ausbildung vorwiegend betrieblich organisiert ist, findet das BBiG Anwendung (Beschluss des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 27.01.1983 – GmS-OGB 2/82). Hiernach ist nach § 19 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b BBiG den Auszubildenden die Vergütung bis zu 6 Wochen je Verhinderungsfall fortzuzahlen, wenn sie wegen der Erkrankung des Kindes der Arbeit fernbleiben müssen. Dieser Anspruch auf Fortzahlung der Ausbildungsvergütung ist durch den Ausbildungsvertrag nicht abdingbar (vgl. § 25 BBiG). Verweigert der Arbeitgeber die Fortzahlung der Vergütung, kann die Krankenkasse einen Erstattungsanspruch nach § 115 SGB X beim Arbeitgeber geltend machen.

Für Auszubildende, deren Ausbildung nicht vorwiegend betrieblich organisiert ist (Beschluss des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 27.01.1983 – GmS-OGB 2/82), oder für die die Anwendung des BBiG aufgrund von gesetzlichen Regelungen (z. B. durch das Hebammengesetz oder Pflegeberufereformgesetz) ausgeschlossen ist, findet hingegen das BBiG

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

keine Anwendung. Daher gelten hier regelmäßig die Regelungen wie für Arbeitnehmer, die im Abschnitt 9.1.1 „Arbeitsentgelt“ näher beschrieben sind.

Bei der Beurteilung, ob das BBiG im Einzelfall anzuwenden ist oder nicht, kann das „Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe“ des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIBB) Hilfestellung geben. Danach ist das BBiG grundsätzlich bei den Ausbildungsgängen im Gesundheits- und Sozialbereich, die entweder durch Berufsgesetze (s. Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe, Abschnitt 2.2.1 „Bundesrechtliche Ausbildungsregelungen für Berufe im Gesundheitswesen und in der Altenpflege“) oder landesrechtlich geregelt sind (s. Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe, Abschnitt 2.2.2 „Landesrechtlich geregelte Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen sowie sozialpflegerische und sozialpädagogische Berufe“) ausgeschlossen.

### **9.1.4 Zeiten, in denen der Arbeitgeber auf die Arbeitsleistung verzichtet**

Das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet bei einer vereinbarten Freistellung von der Arbeitsleistung zum Ende des Arbeitsverhältnisses nicht bereits mit der Einstellung der tatsächlichen Arbeitsleistung. Es endet vielmehr erst mit dem regulären (vereinbarten) Ende des Arbeitsverhältnisses, wenn bis zu diesem Zeitpunkt Arbeitsentgelt gezahlt wird (BSG vom 24.09.2008 – B 12 KR 22/07 R – und – B 12 KR 27/07 R).

Verzichtet der Arbeitgeber demnach bis zum Ende des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses auf die Arbeitsleistung, ruht für diese Zeit das Kinderkrankengeld, wenn weiterhin beitragspflichtiges Arbeitsentgelt gezahlt wird.

### **9.2 Urlaubsabgeltung**

Erkrankt ein Kind während einer Zeit, in der der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Urlaubsabgeltung ruht, kommt es nicht zum Ruhen des Kinderkrankengeldes, da es in § 49 SGB V an einer entsprechenden Ruhensregelung mangelt.

Trotz des bestehenden Anspruches kommt es jedoch zu keiner Auszahlung von Kinderkrankengeld, da weder Arbeitsentgelt noch Arbeitslosengeld wegen der Erkrankung des Kindes ausfallen. Sofern Versicherte dennoch Kinderkrankengeld für diese Tage beantragen, gelten die Tage als Anspruchstage und sind daher auf die Anspruchsdauer nach Abschnitt 5.3 „Anspruchsdauer“ anzurechnen.

Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

### 9.2.1 Urlaubsabgeltung bei einem schwerstkranken Kind

Bei einer Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V, die vor dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses eingetreten ist und weiterhin andauert, ruht der Kinderkrankengeldanspruch nicht, da es an einer entsprechenden Ruhensregelung im § 49 SGB V fehlt.

Das BSG entschied mit Urteil vom 30.05.2006 – B 1 KR 26/05 R – für das Krankengeld, dass eine für die Zeit nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gewährte Urlaubsabgeltung weder nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V noch ggf. nach § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V zum Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld führt. Insofern können Versicherte grds. neben einer Urlaubsabgeltung Krankengeld erhalten, wenn auch die übrigen Voraussetzungen dafür vorliegen. Gleiches muss insofern auch für den Anspruch auf Krankengeld bei schwerstkranken Kindern gelten.

Kinderkrankengeld ist in diesen Fällen nach den Vorgaben des Abschnittes 7.5 „Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes bei einem schwerstkranken Kind nach § 45 Abs. 4 SGB V“ zu zahlen.

### 9.3 Entlassungsentschädigung

Erkrankt ein Kind im Sinne des § 45 SGB V während einer Zeit, in der der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Entlassungsentschädigung ruht, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Kinderkrankengeld. Dies gilt auch für die Zeit einer Entlassungsentschädigung, wenn das Kind bereits vor dem Ende der Beschäftigung erkrankte.

#### 9.3.1 Entlassungsentschädigung bei einem schwerstkranken Kind

Bei einer schweren Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V, die vor dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses eingetreten ist und weiterhin andauert, ruht der Kinderkrankengeldanspruch nicht, da es an einer Ruhensregelung im § 49 SGB V fehlt. Kinderkrankengeld ist in diesen Fällen nach den Vorgaben des Abschnittes 7.5 „Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes bei einem schwerstkranken Kind nach § 45 Abs. 4 SGB V“ zu zahlen.

### 9.4 Elternzeit

Die Ruhensregelung des § 49 Abs. 1 Nr. 2 SGB V kommt nicht zum Tragen, da während einer Elternzeit grundsätzlich kein Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht. Bei Ausübung einer nach § 15 Abs. 4 BEEG zulässigen versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit be-

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

steht ein Anspruch auf Kinderkrankengeld in Höhe des ausgefallenen Arbeitsentgelts aus der zulässigen Beschäftigung (§ 49 Abs. 1 Nr. 2 2. Halbsatz SGB V, s. Abschnitt [4.3.1.16 „Versicherte, die sich in Elternzeit befinden“](#)).

### 9.4.1 Elternzeit und schwerste Erkrankung eines Kindes

Sofern ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung eines schwerstkranken Kindes besteht, greift die Ruhensregelung des § 49 Abs. 1 Nr. 2 SGB V nicht, wenn das Kinderkrankengeld bereits vor Beginn der Elternzeit bezogen wurde (BSG vom 18.02.2016 – B 3 KR 10/15 R –; s. Abschnitt [4.3.1.16.1 „Besonderheiten bei einem schwerstkranken Kind“](#)). Kinderkrankengeld ist in diesen Fällen nach den Vorgaben des Abschnittes [7.5 „Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes bei einem schwerstkranken Kind nach § 45 Abs. 4 SGB V“](#) zu zahlen.

### 9.5 Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen

Beziehen Versicherte andere Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld aufgrund eigener Arbeitsunfähigkeit; Mutterschaftsgeld; Versorgungskrankengeld; vergleichbare ausländische Entgeltersatzleistungen), besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Kinderkrankengeld, da die Versicherten nicht zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes von der Arbeit fernbleiben und sie damit die Voraussetzungen des § 45 SGB V nicht erfüllen. Eine Ausnahme hiervon liegt bei Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V während des Bezuges von Mutterschaftsgeld vor (s. hierzu Abschnitt [9.5.4.1 „Mutterschaftsgeld und schwerste Erkrankung eines Kindes“](#)).

Der Anspruch auf Kinderkrankengeld ruht daher ausschließlich, solange Übergangsgeld (§ 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) oder Arbeitslosengeld bezogen wird (§ 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V) oder der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit nach dem SGB III ruht (§ 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V, s. jedoch Abschnitt [9.5.2 „Sperrzeit“](#)).

#### 9.5.1 Arbeitsunfähigkeit und Bezug von Krankengeld nach §§ 44 bzw. 44a SGB V

Ein Anspruch auf Krankengeld nach § 45 SGB V besteht nicht (mehr), sobald der betreuende Elternteil<sup>3</sup> wegen einer eigenen Erkrankung oder wegen einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen die Betreuung oder Pflege des Kindes nicht mehr übernehmen kann und damit einen eigenen Krankengeldanspruch nach §§ 44 bzw. 44a SGB V erwirbt.

Tritt während des Krankengeldanspruchs nach § 45 SGB V eine Arbeitsunfähigkeit ein und kann der arbeitsunfähige Elternteil<sup>3</sup> die Betreuung oder Pflege des Kindes wegen der eigenen Krankheit nicht weiterhin übernehmen, ist ab diesem Zeitpunkt das Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

nicht weiter zu zahlen. Dies gilt auch, wenn die Arbeitsunfähigkeit infolge einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen eintritt.

Sofern ein Arbeitnehmer schon arbeitsunfähig (auch infolge einer Spende) ist und während dieser Zeit die Betreuung oder Pflege seines Kindes übernimmt, besteht kein Anspruch auf Krankengeld nach § 45 SGB V, da er nicht wegen der notwendigen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes von der Arbeit fernbleiben muss, sondern dies bereits durch die eigene Erkrankung bedingt ist.

### 9.5.2 Bezug von Übergangsgeld

Tritt während der Teilnahme an einer Rehabilitationsleistung eine Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V ein, die eine Betreuung des erkrankten Kindes notwendig macht, besteht nach § 71 Abs. 3 SGB IX ein Anspruch auf Fortzahlung des Übergangsgeldes durch den zuständigen Leistungsträger (z. B. Rentenversicherungsträger). Während dieser Zeit ruht der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V.

Je nach Leistungsart wird das Übergangsgeld dabei für unterschiedliche Zeiträume fortgezahlt. In der [Tabelle 3 – Fortzahlung Übergangsgeld nach Leistungsarten](#) sind je nach Leistung die aktuell durch die Rentenversicherung vorgesehenen Fortzahlungszeiträume abgebildet (siehe „[Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld](#)“). Die Leistungsfortzahlung gilt dabei gleichermaßen für Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V. Die Notwendigkeit der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes ist durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Die Versicherten erhalten einen Bescheid über die Fortzahlung des Übergangsgeldes, in dem auch der Zahlungszeitraum angegeben ist.

Die Aussagen gelten gleichermaßen für das Anschlussübergangsgeld nach § 71 Abs. 4 SGB IX sowie das Zwischenübergangsgeld nach § 71 Abs. 1 SGB IX.

Tabelle 3 – Fortzahlung Übergangsgeld nach Leistungsarten

Art der Leistung	Zeitraum der Fortzahlung von Übergangsgeld wegen Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 1 oder Abs. 4 SGB V
Stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation	Anspruch auf Fortzahlung des Übergangsgelds besteht für längstens 3 Kalendertage.
Ganztägig ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation	
Stufenweise Wiedereingliederung	Anspruch auf Fortzahlung des Übergangsgelds besteht für längstens 7 Kalendertage je Unterbrechung.



## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

	Bei längerer Unterbrechung (ab 8 Kalendertage) besteht vom 1. Tag der Unterbrechung an kein Anspruch auf Übergangsgeld.
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Anspruch auf Fortzahlung des Übergangsgelds besteht für längstens 10 Ausbildungstage pro Kalenderjahr je Kind (für Alleinerziehende bis zu 20 Ausbildungstage), wobei für eingeschlossene Wochenenden und Feiertage zusätzlich gezahlt wird.
Abklärung der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V	
Leistung in Werkstätten für behinderte Menschen	

**9.5.3 Sperrzeit**

Erkrankt ein Kind im Sinne des § 45 SGB V während einer Sperrzeit, ruht gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V der Anspruch auf Kinderkrankengeld.

**9.5.4 Bezug von Mutterschaftsgeld**

Bei einer Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 1 SGB V besteht während des Bezuges von Mutterschaftsgeld kein Anspruch auf Kinderkrankengeld, da die Mutter nicht zur Betreuung des erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt. Die Ruhensregelung des § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V greift insofern nicht.

**9.5.4.1 Mutterschaftsgeld und schwerste Erkrankung eines Kindes**

Der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V während der Zeit, in der Mutterschaftsgeld bezogen wird (BSG vom 18.02.2016 – B 3 KR 10/15 R).

**9.5.5 Gleichzeitige Erkrankung eines Kindes nach § 45 Abs. 1 und eines Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V**

Trifft die Erkrankung eines schwerstkranken Kindes mit der eines im gewöhnlichen Maße erkrankten Kindes zusammen, wird im Sinne der Versicherten empfohlen, Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V zu leisten, sofern ein Elternteil<sup>3</sup> beide Kinder betreuen möchte. Ein Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V besteht somit nicht während dieser Zeit. Infolgedessen sind die Anspruchstage nach § 45 Abs. 2 SGB V für diese Zeiten auch nicht anzurechnen.

Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Entscheiden sich die Elternteile<sup>3</sup> dafür, dass ein Elternteil<sup>3</sup> das schwerstkranke Kind pflegt und der andere Elternteil<sup>3</sup> das normal erkrankte Kind versorgt, sind beiden Elternteilen<sup>3</sup> ihre jeweiligen Ansprüche auf Kinderkrankengeld zu gewähren.

#### **9.5.6 Bezug von Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII**

Sofern zuerst aufgrund eines Versicherungsfalls der Gesetzlichen Unfallversicherung (insbesondere Schul- oder Kindergartenunfall, Näheres hierzu siehe Abschnitt [10 „Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung“](#)) ein verletztes Kind beaufsichtigt, betreut oder gepflegt werden und der betreuende Elternteil<sup>3</sup> deshalb der Arbeit fernbleiben muss und eine Erkrankung desselben oder eines weiteren Kindes im Sinne von § 45 Abs. 1 SGB V hinzutritt, ist weiterhin Kinderverletztengeld zu zahlen (vgl. BSG vom 29.06.1962 – 2 RU 177/60). Infolgedessen sind diese Zeiten nicht auf einen Kinderkrankengeldanspruch nach § 45 Abs. 2 SGB V anzurechnen.

Ist hingegen zuerst ein Kind im Sinne des § 45 Abs. 1 SGB V erkrankt und wird von einem Elternteil<sup>3</sup> betreut und ist aufgrund eines Versicherungsfalls der Gesetzlichen Unfallversicherung (insbesondere Schul- oder Kindergartenunfall gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII) ein weiteres Kind durch denselben Elternteil<sup>3</sup> zu beaufsichtigen, betreuen oder zu pflegen, ist weiterhin der Anspruch auf Kinderkrankengeld zu erfüllen (vgl. BSG vom 26.03.1980 – 2 RU 105/79).

#### **9.5.7 Pflegeunterstützungsgeld**

Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI ist nachrangig gegenüber Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 SGB V.

#### **9.6 Flexible Arbeitszeitregelungen**

Während einer vollständigen Freistellung von der Arbeitsleistung besteht kein Anspruch auf Kinderkrankengeld, da nicht wegen der Erkrankung des Kindes von der Arbeit ferngeblieben wird. Insofern greift die Ruhensregelung des § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V nicht.

#### **9.7 Familienpflegezeit**

Während einer Familienpflegezeit besteht ein Anspruch auf Kinderkrankengeld (s. Abschnitt [4.3.1.10 „Arbeitnehmer mit Familienpflegezeit“](#)). Daher kommt die Ruhensregelung des § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V nicht zum Tragen.

Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

### **9.8 Ruhen bei unständig/kurzzeitig Beschäftigten**

Nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V ruht der Anspruch auf Krankengeld für Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG), eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben und eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben, während der ersten 6 Wochen ihrer Arbeitsunfähigkeit.

Mit dieser Regelung sollte ausweislich der Gesetzesbegründung sichergestellt werden, dass die Krankengeldzahlung zum selben Zeitpunkt einsetzt wie bei sonstigen abhängig beschäftigten Arbeitnehmern. Im Falle einer Erkrankung des Kindes haben Arbeitnehmer ab dem Zeitpunkt, an dem die Voraussetzungen des § 45 SGB V erfüllt sind (s. Abschnitt [4.3.1.3 „Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte“](#)), einen Anspruch auf Zahlung des Kinderkrankengeldes. Daher ist die Ruhensregelung des § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V nicht bei der Erkrankung des Kindes anzuwenden.

### **9.9 Ruhen bei Auslandsaufenthalt**

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen grundsätzlich, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten.

### **9.10 Ruhen bei gesetzlicher Dienstpflicht oder freiwilligen Wehrdienst**

Entsprechend § 16 Abs. 1 Nr. 2 und 2a SGB V ruht der Anspruch auf Kinderkrankengeld, solange Versicherte Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten oder in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes stehen.

### **9.11 Ruhen bei Teilnehmern an Freiwilligendiensten**

Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes ruht, solange Versicherte u. a. beitragspflichtiges Arbeitsentgelt erhalten (vgl. § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Dies ist bei Arbeitnehmern regelmäßig bei der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers der Fall.

In der nach § 8 Absatz 1 Bundesfreiwilligendienstgesetz bzw. § 11 Jugendfreiwilligendienstgesetz geschlossenen Vereinbarung wurde weder eine vertragliche noch gesetzliche Regelung zur Fortzahlung des Taschengeldes bei der Erkrankung des Kindes getroffen bzw. für anwendbar erklärt.

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Nach § 616 BGB wird der zur Dienstleistung Verpflichtete des Anspruchs auf die Vergütung nicht dadurch verlustig, dass er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Dienstleistung verhindert wird. Der Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeit aus Anlass der Erkrankung eines Kindes ist für Teilnehmer des Bundesfreiwilligendienstes (BFD) und Jugendfreiwilligendienstes (JFD) nach § 616 BGB weder durch eine gesetzliche noch eine vertragliche Regelung abbedungen, weshalb hieraus ein dem Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V vorrangiger Entgeltfortzahlungsanspruch abgeleitet werden könnte. Dies setzt voraus, dass ein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 611 BGB geschlossen wurde.

Die Vereinbarung im Rahmen des BFD bzw. JFD begründet kein privatrechtliches Arbeitsverhältnis, weshalb ebenfalls kein Fortzahlungsanspruch nach § 616 BGB für diesen Personenkreis hergeleitet werden kann.

Infolgedessen liegt kein vorrangiger Entgeltfortzahlungsanspruch während einer Erkrankung des Kindes im BFD bzw. JFD vor, weshalb Teilnehmern am BFD bzw. JFD bei Erkrankung des Kindes Krankengeld nach § 45 SGB V zu zahlen ist, weil grundsätzlich kein Ruhenstatbestand im Sinne des § 49 SGB V vorliegt; evtl. freiwillig fortgezahlt Taschengeld führt jedoch entsprechend zum Ruhen des Kinderkrankengeldes.

### **9.12 Ruhen für Beitragsschuldner nach dem SGB V**

Der Anspruch auf Krankengeld ruht für Beitragsschuldner nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V. Die Auslegung und Anwendung erfolgt analog der unter Abschnitt [9.13 „Ruhen für Beitragsschuldner der Künstlersozialkasse“](#) beschriebenen Vorgehensweise beim Ruhen des Anspruchs für Beitragsschuldner der Künstlersozialkasse.

Das Ruhen endet auch, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII werden (§ 16 Abs. 3a Satz 4 SGB V).

### **9.13 Ruhen für Beitragsschuldner der Künstlersozialkasse**

Die Vorschrift des § 16 Abs. 2 KSVG bestimmt, dass die Nichtzahlung von Beitragsanteilen für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ohne Folgen bleibt. Da die Künstlersozialkasse gegenüber den Krankenkassen Beitragsschuldnerin und damit zur Zahlung der Beiträge auch dann verpflichtet ist, wenn die Versicherten ihre Beitragsanteile nicht gezahlt haben, würde ein Fehlen dieser Regelung dazu führen, dass Versicherte ohne Beitragszahlung über einen längeren Zeitraum hinweg Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

könnten. Die Künstlersozialkasse hat deshalb das Ruhen der Leistungen (u. a. von Kinderkrankengeld) anzuordnen, wenn der Versicherte mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand ist und trotz Mahnung den Rückstand nicht mindestens auf einen Monatsbeitrag verringert. Damit die Krankenkasse die Ruhensvorschriften möglichst ungehindert und zeitnah umsetzen kann, wird sie von der Künstlersozialkasse über die Mahnung sowie den Eintritt und das Ende des Ruhens unterrichtet. Für zurückliegende Zeiten, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beiträge erfolgt, bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche bzw. des Kinderkrankengeldes. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

### **9.14 Ruhen bei Anspruch auf Heilfürsorge**

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ruht der Anspruch auf Kinderkrankengeld, solange Versicherte nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten.

### **9.15 Ruhen während freiheitsentziehender Maßnahmen**

Der Anspruch auf Leistungen ruht nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, solange

- sich ein Versicherter in Untersuchungshaft befindet oder
- er nach § 126a Strafprozessordnung (Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit bei Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit) vorübergehend untergebracht ist oder
- gegen ihn eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird oder
- soweit der Versicherte als Gefangener Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem StVollzG hat oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhält.

Während dieser Zeit besteht somit auch kein Anspruch auf Kinderkrankengeld, da Versicherte nicht zur Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege ihres Kindes der Arbeit fern bleiben und damit nicht die Voraussetzungen nach § 45 SGB V erfüllen.

Für Strafgefangene, die als "Freigänger" einem Beschäftigungsverhältnis außerhalb der Strafanstalt nachgehen und deswegen krankenversichert sind, ruht nach § 62a Strafvollzugsgesetz der Anspruch auf Gesundheitsfürsorge. Der Anspruch auf Kinderkrankengeld ruht in diesen Fällen nicht.

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

## 9.16 Übersicht „Zusammentreffen mit anderen Leistungen“

Tabelle 4 – Zusammentreffen mit anderen Leistungen

Zusammentreffen mit	Kinderkrankengeld ...	Erläuterung	Fundstelle
Arbeitsentgelt/ Arbeitseinkommen	ruht	Solange Versicherte während der Freistellung wegen einer Erkrankung des Kindes laufendes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen beziehen (vgl. § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).  Siehe Abschnitt <a href="#">9.1 „Weiterbezug von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen“</a>	§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V
Arbeitslosengeld	ruht	Es besteht ein Anspruch auf Leistungsfortzahlung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) (vgl. § 146 Abs. 2 SGB III i.V.m. § 154 Satz 1 SGB III).  Siehe Abschnitte <a href="#">4.3.1.11 „Leistungsbezieher nach dem SGB III“</a> und <a href="#">9.5 „Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen“</a>	§ 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V, § 146 Abs. 2 und 3 SGB III i.V.m. § 154 Satz 1 SGB III
Ausbildungsvergütung	ruht	Der Anspruch auf Kinderkrankengeld ruht, solange Auszubildende die Ausbildungsvergütung/das Arbeitsentgelt aufgrund des Ausbildungsverhältnisses fortgezahlt wird.  Siehe Abschnitte <a href="#">4.3.1.7 „Auszubildende“</a> und <a href="#">9.1.3 „Auszubildende“</a>	§ 19 Abs. 1 Nr. 2b BBiG

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Zusammentreffen mit	Kinderkrankengeld ...	Erläuterung	Fundstelle
Entlassungsentschädigung	1) nach § 45 Abs. 1 SGB V: Anspruch besteht nicht  2) nach § 45 Abs. 4 SGB V: Anspruch besteht	Zu 1) Während des Zeitraums der Entlassungsentschädigung besteht grds. keine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld.  Zu 2) Ist die Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V vor dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses eingetreten, besteht weiterhin ein Kinderkrankengeldanspruch, da es an einer Ruhensregelung im § 49 SGB V fehlt.  <u>Siehe Abschnitte 4.3.1.11.4 „Bezieher einer Entlassungsentschädigung“ und 9.3 „Entlassungsentschädigung“</u>	
Elternzeit	1) nach § 45 Abs. 1 SGB V: a) Anspruch besteht  b) Anspruch besteht nicht	Zu 1a) Sofern das Kinderkrankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das durch Ausübung einer zulässigen versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt wurde.  Zu 1b) Während der Elternzeit nach BEEG besteht kein Anspruch auf Kinderkrankengeld, da die Versicherten während dieser Zeit nicht wegen der Erkrankung des Kindes ihrer Arbeit fernbleiben.	§ 49 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Zusammentreffen mit	Kinderkrankengeld ...	Erläuterung	Fundstelle
	2) nach § 45 Abs. 4 SGB V: a) Anspruch besteht  b) Anspruch besteht	Zu 2a) Sofern das Kinderkrankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das durch Ausübung einer zulässigen versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt wurde.  Zu 2b) Der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes besteht und ruht nicht, wenn die Erkrankung des Kindes vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist (§ 49 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, BSG vom 18.02.2016 – B 3 KR 10/15 R).  Siehe Abschnitte <a href="#">4.3.1.16 „Versicherte, die sich in Elternzeit befinden“</a> und <a href="#">9.4 „Elternzeit“</a>	
Krankengeld nach § 44 SGB V/§ 44a SGB V	1) ist nachrangig  2) Anspruch besteht nicht	Zu 1) Sofern die Erkrankung des Kindes zuerst vorlag und die eigene Arbeitsunfähigkeit (wegen einer Spende) des Versicherten hinzutritt, die die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht mehr möglich macht.  Zu 2) Sofern die eigene Arbeitsunfähigkeit (wegen einer Spende) zuerst vorlag und währenddessen die Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes erforderlich wird.	§ 44 Abs. 1 SGB V, § 44a SGB V, § 45 Abs. 1 Satz 1 bzw. Abs. 4 SGB V



## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Zusammentreffen mit	Kinderkrankengeld ...	Erläuterung	Fundstelle
	3) Anspruch besteht vorrangig	<p>Zu 3) Wenn die Erkrankung des Kindes zuerst eintritt und trotz hinzukommender Arbeitsunfähigkeit (wegen einer Spende) die Betreuung oder Pflege des Kindes weiterhin übernommen werden kann.</p> <p>Siehe Abschnitt <a href="#">9.5.1 „Arbeitsunfähigkeit und Bezug von Krankengeld nach §§ 44 bzw. 44a SGB V“</a></p>	
Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V	<p>1) Anspruch nach § 45 Abs. 1 SGB V besteht nicht</p> <p>2) Anspruch besteht ggf. für anderen Elternteil<sup>3</sup></p>	<p>Zu 1) Trifft die Erkrankung eines schwerstkranken Kindes mit der eines im gewöhnlichen Maße erkrankten Kindes zusammen, wird im Sinne der Versicherten empfohlen, Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V zu leisten, sofern ein Elternteil<sup>3</sup> beide Kinder betreuen möchte. Ein Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V besteht somit nicht während dieser Zeit. Infolgedessen sind die Anspruchstage nach § 45 Abs. 2 SGB V für diese Zeiten auch nicht anzurechnen.</p> <p>Zu 2) Entscheiden sich die Elternteile<sup>3</sup> dafür, dass ein Elternteil<sup>3</sup> das schwerstkranken Kind pflegt und der andere Elternteil<sup>3</sup> das normal erkrankte Kind versorgt, sind beiden Elternteilen<sup>3</sup> ihre jeweiligen Ansprüche auf Kinderkrankengeld zu gewähren.</p>	§ 45 Abs. 1 Satz 1 bzw. Abs. 4 SGB V

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Zusammentreffen mit	Kinderkrankengeld ...	Erläuterung	Fundstelle
Kinderverletztengeld	1) ist nachrangig  2) Anspruch besteht vorrangig	Zu 1) Sofern die Verletzung/der Unfall des Kindes im Sinne des § 45 Abs. 4 SGB VII zuerst eingetreten ist und eine Erkrankung desselben oder eines weiteren Kindes im Sinne von § 45 Abs. 1 SGB V hinzutritt, ist weiterhin Kinderverletztengeld zu zahlen.  Zu 2) Wenn die Erkrankung des Kindes im Sinne des § 45 Abs. 1 SGB V zuerst eintritt und danach ein weiteres Kind aufgrund einer Verletzung/eines Unfalls im Sinne des § 45 Abs. 4 SGB VII beaufsichtigt, betreut oder gepflegt werden muss, ist hingegen Kinderkrankengeld vorrangig zu zahlen.  <u>Siehe Abschnitt 9.5.6 „Bezug von Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII“</u>	§ 45 Abs. 1 Satz 1 bzw. Abs. 4 SGB V, § 45 Abs. 4 SGB VII
Mutterschaftsgeld	1) nach § 45 Abs. 1 SGB V: Anspruch besteht nicht  2) nach § 45 Abs. 4 SGB V: ruht	Zu 1) Bei einer Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 1 SGB V besteht während des Bezuges von Mutterschaftsgeld kein Anspruch auf Kinderkrankengeld, da die Mutter nicht zur Betreuung des erkrankten Kindes der Arbeit fernbleibt.  Zu 2) Der Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V ruht während der Zeit, in der Mutterschaftsgeld bezogen wird (BSG vom 18.02.2016 – B 3 KR 10/15 R).  <u>Siehe Abschnitte 9.5.4 „Bezug von Mutterschaftsgeld“ und 9.5.4.1 „Mutterschaftsgeld und schwerste Erkrankung eines Kindes“</u>	§ 45 Abs. 1 und 4 SGB V, § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Zusammentreffen mit	Kinderkrankengeld ...	Erläuterung	Fundstelle
Pflegeunterstützungsgeld	ist vorrangig	Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld ist nachrangig gegenüber Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 SGB V (s. Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI).  Siehe Abschnitt <a href="#">9.5.7 „Pflegeunterstützungsgeld“</a>	§ 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI
Sperrzeit	ruht	Tritt die Erkrankung des Kindes während einer Sperrzeit ein, ruht der Anspruch auf Kinderkrankengeld.  Siehe Abschnitte <a href="#">4.3.1.11.2 „Vorliegen einer Sperrzeit“</a> und <a href="#">9.5.3 „Sperrzeit“</a>	§ 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V, BSG vom 30.05.2006 – B 1 KR 26/05 R
Übergangsgeld (auch Anschluss- und Zwischenübergangsgeld)	ruht	Während der Fortzahlung des Übergangsgeldes vom Rentenversicherungsträger ruht der Anspruch auf Kinderkrankengeld.  Siehe Abschnitte <a href="#">4.3.1.14 „Bezieher von Übergangsgeld“</a> und <a href="#">9.5.2 „Bezug von Übergangsgeld“</a>	§ 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V
Urlaubsabgeltung	1) nach § 45 Abs. 1 SGB V: Anspruch besteht	Zu1) Tritt die Erkrankung des Kindes während einer Urlaubsabgeltung auf, besteht ein Anspruch auf Kinderkrankengeld. Es kommt jedoch zu keiner Auszahlung, da weder Arbeitsentgelt noch Arbeitslosengeld wegen der Erkrankung des Kindes ausfallen. Eine Ruhensregelung in § 49 SGB V gibt es hierzu nicht.	BSG vom 30.05.2006 – B 1 KR 26/05 R

## Zusammentreffen mit anderen Leistungen und Ruhen des Anspruchs auf Kinderkrankengeld

Zusammentreffen mit	Kinderkrankengeld ...	Erläuterung	Fundstelle
	2) nach § 45 Abs. 4 SGB V: Anspruch besteht	<p>Siehe Abschnitte <a href="#">4.3.1.11.3 „Bezieher einer Urlaubsabgeltung“</a> und <a href="#">9.2 „Urlaubsabgeltung“</a></p> <p>Zu 2) Tritt die Erkrankung des Kindes nach § 45 Abs. 4 SGB V vor dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses ein, besteht der Kinderkrankengeldanspruch weiterhin, da es an einer entsprechenden Ruhensregelung im § 49 SGB V fehlt.</p>	

Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

## 10. Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

### § 45 Abs. 4 SGB VII

(1) – (3) ...

**(4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass**

- 1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und**
- 2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.**

**Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.**

### 10.1 Allgemeines

Nach § 11 Abs. 5 SGB V besteht kein Anspruch auf Kinderkrankengeld, wenn die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines Kindes eine Folge eines Arbeitsunfalls (insbesondere wegen eines Schul- oder Kindergartenunfalls) im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung ist. In diesen Fällen kann ein Anspruch auf Kinderverletztengeld bestehen. Der Leistungsanspruch richtet sich gegen die für das verletzte Kind zuständige gewerbliche/landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, (Feuerwehr-)Unfallkasse oder Gemeindeunfallversicherungsverband.

Die Erläuterungen der vorhergehenden Abschnitte gelten entsprechend für das Kinderverletztengeld während der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung verletzten Kindes. Dabei sind die nachfolgend genannten abweichenden Abschnitte zu berücksichtigen.

Da die Unfallversicherungsträger grundsätzlich das (Kinder-)Verletztengeld nicht selbst auszahlen, wurden Verwaltungsvereinbarungen abgeschlossen, im Rahmen derer die Krankenkassen generell oder im Einzelfall dazu beauftragt werden bzw. beauftragt werden können („Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV Generalauftrag Verletztengeld)“ und „Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Unfallversicherungsträger nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV Einzelauftrag)“).

## Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Zahlung von Kinderverletztengeld im Rahmen der VV Generalauftrag erfolgt, wenn das verletzte Kind und die anspruchsberechtigte Mutter/der anspruchsberechtigte Vater bei derselben Krankenkasse versichert sind. Hierzu ist ein Durchgangsarztbericht nicht zwingend erforderlich. Der Auftrag wird ausgelöst, wenn der Krankenkasse Anhaltspunkte für einen Arbeitsunfall (insbesondere Schul-/Kindergartenunfall) vorliegen. Das können neben entsprechenden Informationen über einen Unfallfragebogen z. B. auch Hinweise auf einen Schul-/Arbeitsunfall in Leistungs- oder Kostenübernahmeanträgen (z. B. für Krankenhausbehandlung oder für Heil- und Hilfsmittel) sein.

Ein Einzelauftrag ist insbesondere erforderlich, wenn:

- das verletzte Kind bei einer anderen Krankenkasse als die anspruchsberechtigte Mutter/der anspruchsberechtigte Vater versichert ist,
- die anspruchsberechtigte Mutter/der anspruchsberechtigte Vater bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist,
- Kinderverletztengeld für ein schwerstkrankes Kind (§ 45 Abs. 4 SGB VII i.V.m. § 45 Abs. 4 SGB V) gezahlt werden soll.

### 10.2 Anspruchsvoraussetzungen

Der Anspruch auf Kinderverletztengeld ist in § 45 Abs. 4 SGB VII geregelt. Danach erhält die Mutter/der Vater Kinderverletztengeld, wenn sie/er aufgrund eines Versicherungsfalles der Gesetzlichen Unfallversicherung (insbesondere Schul- oder Kindergartenunfall) das verletzte Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen und deshalb der Arbeit fernbleiben müssen. Dies ist vom behandelnden Arzt zu bescheinigen.

Auch in diesen Fällen darf keine andere Person im Haushalt leben, die die Pflege und Betreuung des Kindes übernehmen kann.

Zu Beginn der Leistung darf das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Eine Ausnahme hiervon besteht, wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist. In diesen Fällen besteht ein Anspruch auf Kinderverletztengeld ohne Altersgrenze.

Anspruchsberechtigt sind nur Personen, die unmittelbar vor dem Versicherungsfall Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Lohnersatzleistungen im Sinne des § 45 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII hatten. Keine Voraussetzung ist hingegen, dass die beaufsichtigende, betreuende oder pflegende Person in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied ist.

## Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

### 10.3 Beginn und Dauer des Anspruchs

Das Kinderverletztengeld ist grundsätzlich von dem Tag an zu zahlen, an dem die Voraussetzungen des § 45 Abs. 4 SGB VII i.V.m. § 45 Abs. 1 SGB V (vgl. Abschnitte [4 „Anspruchsvoraussetzungen“](#) und [10.2 „Anspruchsvoraussetzungen“](#)) vorliegen. Das Kinderverletztengeld wird gezahlt, wenn kein Anspruch auf bezahlte Freistellung durch den Arbeitgeber besteht (z. B. aus dem Tarifvertrag). Erfolgt eine Fortzahlung des Arbeitsentgelts, ist dieses nach § 52 Nr. 1 SGB VII auf das Kinderverletztengeld anzurechnen.

Mütter/Väter erhalten zulasten oder vom für den Versicherungsfall des Kindes zuständigen Unfallversicherungsträger Kinderverletztengeld für 10 Arbeitstage pro Kalenderjahr je Kind. Haben sie mehrere Kinder, werden insgesamt maximal 25 Arbeitstage gezahlt. Für Alleinstehende verdoppelt sich der Anspruch auf 20 Arbeitstage je Kind bzw. 50 Arbeitstage insgesamt. Nähere Ausführungen siehe Abschnitt [5 „Beginn und Dauer des Anspruchs“](#).

Zeiten des Anspruchs auf Kinderverletztengeld und Zeiten des Anspruchs auf Kinderkrankengeld sind bezüglich der Höchstanspruchsdauer nicht zusammenzurechnen. Denn gemäß § 11 Abs. 5 SGB V besteht kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalles im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Ein Anspruch, der nicht entstanden ist, kann auch nicht zum Ruhen gebracht werden. Zudem gibt es zwei unterschiedliche Anspruchsgrundlagen. Der Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht nach § 45 SGB V zur Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung des erkrankten und versicherten Kindes. Der Anspruch auf Kinderverletztengeld besteht hingegen nach § 45 Abs. 4 SGB VII im Fall der Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung eines durch einen Versicherungsfall der Gesetzlichen Unfallversicherung verletzten Kindes. Tritt eine Erkrankung des Kindes im Sinne von § 45 SGB V zusammen mit einem Versicherungsfall nach § 45 Abs. 4 SGB VII auf, sind die Ausführungen gemäß der Abschnitte [9.5.6 „Bezug von Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII“](#) und [9.16 „Übersicht „Zusammentreffen mit anderen Leistungen““](#) zu beachten.

### 10.4 Berechnung und Höhe des Kinderverletztengeldes nach § 45 Abs. 4 SGB VII

Es gelten die Ausführungen gemäß dem Abschnitt [7 „Berechnung und Höhe des Kinderkrankengeldes“](#), wobei nachfolgende Besonderheiten zu berücksichtigen sind.

#### 10.4.1 Berechnung aus dem Arbeitsentgelt

Das Kinderverletztengeld beträgt bei Arbeitnehmern – unabhängig von einer erhaltenen beitragspflichtigen Einmalzahlung – 100 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Abweichend zu den

## Kinderverletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

Regelungen zum Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V sind dabei auch ausgefallene Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit gemäß Sozialversicherungsentgeltverordnung zu berücksichtigen, soweit sie lohnsteuer- und beitragsfrei sind (§ 1 Abs. 2 SvEV). Es besteht nicht das Erfordernis der Regelmäßigkeit der Zuschläge. Zudem sind bei der Feststellung des Arbeitsentgelts Einkünfte aus geringfügigen Beschäftigungen (§ 8 SGB IV) zu berücksichtigen.

Das Arbeitsentgelt ist bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des für den jeweiligen Unfallversicherungsträger gültigen Höchstjahresarbeitsverdienstes (§ 85 Abs. 2 SGB VII i.V.m. der Satzung des zuständigen Unfallversicherungsträgers) zu berücksichtigen.

Für privat Krankenversicherte ist der um den Beitragszuschuss des Arbeitgebers verminderte Beitrag des Versicherten zur privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei der Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen.

### 10.4.2 Berechnung und Höhe aus Arbeitseinkommen

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 % des im Kalenderjahr vor Eintritt der Verletzung des Kindes erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes (§ 85 Abs. 2 SGB VII i.V.m. der Satzung des zuständigen Unfallversicherungsträgers).

### 10.4.3 Berechnung bei einem schwerstkranken Kind

Das Verletztengeld für schwerstkranke Kinder nach § 45 Abs. 4 SGB VII i.V.m. § 45 Abs. 4 SGB V wird wegen des unbestimmten, häufig längeren Freistellungszeitraums gegenüber dem Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII i.V.m. § 45 Abs. 1 SGB V nach den Maßgaben des § 47 SGB V i.V.m. § 47 SGB VII berechnet. Die Berechnung erfolgt damit auch für den Kalendertag.

Für weitere Informationen siehe [„Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII“](#).

## 10.5 Anrechnung von gleichzeitig erzieltm Einkommen auf das Kinderverletztengeld

Auf das Kinderverletztengeld werden gleichzeitig erzieltm Einkommen und andere Entgeltersatzleistungen angerechnet (§ 52 SGB VII). Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen ist bei Arbeitnehmern um die gesetzlichen Abzüge zu mindern, bei sonstigen Versicherten um 20 %. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt wird nicht angerechnet.



## Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen

**11. Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen**

Adresse  
der Krankenkasse

**Bescheinigung für die Krankenkasse vom ehemaligen Arbeitgeber****Daten des Arbeitnehmers<sup>10</sup>:**

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

hat Anspruch auf eine Entgeltsatzleistung.

Um die Höhe der Entgeltsatzleistung prüfen zu können, benötigen wir die Angabe<sup>11</sup>, ob in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn des Versicherungsfalles während der Dauer der Beschäftigung in Ihrem Unternehmen dem Grunde nach sozialversicherungspflichtige Einmalzahlungen (§ 23a SGB IV) gewährt wurden. Bitte teilen Sie uns mit, ob die o. g. Person von Ihnen im Zeitraum<sup>13</sup> (von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_) Einmalzahlungen bezogen hat.

- Nein, es wurden keine Einmalzahlungen gewährt.
- Ja, es wurden Einmalzahlungen gewährt,
- der beitragspflichtige Anteil der Einmalzahlungen betrug in der
    - Kranken-/Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_ EUR
    - Rentenversicherung: \_\_\_\_\_ EUR
    - Arbeitslosenversicherung: \_\_\_\_\_ EUR.
  - die Einmalzahlungen unterlagen nicht der Beitragspflicht.
  - die Einmalzahlungen wurden wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses zurückgefordert.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel der Firma

<sup>10</sup> Von der Krankenkasse vorauszufüllen.

<sup>11</sup> Der Auskunftsanspruch ergibt sich aus § 18e SGB IV bzw. § 98 SGB X.

Anlage 2 – Auflistung der verwiesenen Anlagen

## **12. Anlage 2 – Auflistung der verwiesenen Anlagen**

- 12.1 Datenaustausch Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV**
- 12.2 Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe**
- 12.3 Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld**
- 12.4 Gemeinsames Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII**
- 12.5 Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV Generalauftrag Verletztengeld)**
- 12.6 Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Unfallversicherungsträger nach § 189 SGB VII i.V.m. §§ 88 ff. SGB X (VV Einzelauftrag)**

## **Niederschrift**

### **über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019 in Berlin**

5.     **§ 60 SGB V – Fahrkosten,  
§ 75 SGB V – Inhalt und Umfang der Sicherstellung,  
§ 76 SGB V – Freie Arztwahl;  
hier: Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung, bei der der Behandlungstermin über eine Terminservicestelle vermittelt wurde**

#### **Sachstand:**

Nach § 60 SGB V übernehmen die Krankenkassen Fahrkosten, wenn diese im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind (unselbstständige Nebenleistung).

Die Krankenkassen übernehmen Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie, KT-RL) festgelegt hat. Die Übernahme der Fahrkosten zur ambulanten Behandlung erfolgt nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse (vgl. § 60 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V).

Nach § 8 Abs. 2 KT-RL werden Fahrkosten ausnahmsweise von den Krankenkassen übernommen, wenn Versicherte mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Versicherten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Diese Voraussetzungen werden bei der Dialysebehandlung, der onkologischen Strahlentherapie sowie der parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie/parenteralen onkologischen Chemotherapie als erfüllt angesehen, weshalb diese in der Anlage 2 der Richtlinie aufgelistet werden. Die Liste ist jedoch nicht abschließend.



Weiterhin übernehmen Krankenkassen gemäß § 8 Abs. 3 Satz 1 KT-RL die Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen für Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (Blindheit) oder "H" (Hilflosigkeit) oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 01.01.2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind. Für diesen Personenkreis gilt die Genehmigung nach § 60 Abs. 1 Satz 4 SGB V für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung als erteilt (§ 60 Abs. 1 Satz 5 SGB V). Für Versicherte, die einen der vorgenannten Nachweise nicht besitzen, können Krankenkassen Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung genehmigen, wenn diese von einer der genannten Kriterien vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und sie einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum (mindestens 6 Monate) bedürfen (§ 8 Abs. 3 Satz 3 KT-RL).

Darüber hinaus ist eine Übernahme von Fahrkosten durch die Krankenkassen zu ambulanten Behandlungen in den Fällen der § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 oder 4 SGB V möglich.

Die medizinische Notwendigkeit von Fahrten ist gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 KT-RL auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Versicherten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit beschränkt.

Analog hierzu regelt § 76 Abs. 2 SGB V, dass Versicherte die Mehrkosten zu tragen haben, wenn ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen oder medizinische Versorgungszentren in Anspruch genommen wird.

Gemäß § 75 Abs. 1 a SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen. Hierzu richten sie Terminservicestellen ein. Die Terminservicestelle hat

1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu vermitteln,
2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V wählen möchten, und



3. Versicherten spätestens zum 01.01.2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen eines Behandlungstermins bei einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt (§ 75 Abs. 1a Satz 11 Nr. 2 SGB V) vorliegen. Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Arzt muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle innerhalb der Frist von vier Wochen keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Die Pflicht zur Vermittlung eines Behandlungstermins innerhalb von vier Wochen gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, sofern es sich nicht um termingebundene Gesundheitsuntersuchungen für Kinder handelt, und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen. Ergänzend zu den Vorgaben des § 75 Abs. 1a SGB V sind im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) Regelungen zu treffen.

Gemäß § 4 Abs. 3 der Anlage 28 des BMV-Ä (Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen, Stand: 01.04.2017) liegt eine verschiebbare Untersuchung insbesondere vor bei

- Früherkennungsuntersuchungen,
- Verlaufskontrollen bei medizinisch nicht akuten Erkrankungen sowie
- Untersuchungen zur Feststellung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit.

Eine Bagatellerkrankung liegt vor, wenn ein Zuwarten von mehr als vier Wochen hingenommen werden kann, da keine Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand ohne Behandlung verschlechtert oder eine längere Verzögerung zu einer Beeinträchtigung des angestrebten Behandlungserfolgs führt. Die Beurteilung dieses Sachverhalts obliegt dem überweisenden Arzt (§ 4 Abs. 4 Anlage 28 BMV-Ä).



Fraglich war, ob und inwieweit in derartigen Fällen Fahrkosten durch die Krankenkassen zu übernehmen sind, sofern Versicherte die Voraussetzungen des § 60 SGB V i. V. m. den Vorgaben der KT-RL erfüllen.

Anlässlich einer Klage eines Versicherten, der Fahrkosten zu mehreren räumlich weiter entfernten Ärzten von seiner Krankenkasse erstattet haben wollte, jedoch die Krankenkasse die Übernahme der Fahrkosten auf die nächst erreichbaren geeigneten Behandler beschränkte, befasste sich das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil v. 08.09.2015 – B 1 KR 27/14 R – mit der Frage, wann ein Vertragsarzt als „nächst erreichbar“ i. S. d. § 76 Abs. 2 SGB V zu qualifizieren ist. Dies sei laut BSG zweistufig zu prüfen. Zunächst sind die tatsächlich räumlich nächst erreichbaren Leistungserbringer allein anhand der kürzesten Wegstreckendistanz zwischen Ausgangsort des Versicherten (z. B. Wohnung) und Zielort (Behandlungsort) festzustellen. Zu mehreren nächst erreichbaren Leistungserbringern kann es (nur) kommen, wenn sich einer oder mehrere von ihnen genau auf dem so bestimmten Radius um den Ausgangsort befinden. Spricht gegen dessen Inanspruchnahme ein „zwingender Grund“, ist der ohne Berücksichtigung dieses Leistungserbringers nächstgelegene Leistungserbringer zu bestimmen. Das ist der im Rechtssinne nächst erreichbare Leistungserbringer, sofern nicht auch gegen dessen Inanspruchnahme zwingende (medizinische) Gründe sprechen. Das BSG vertritt in seinem Urteil die Auffassung, dass ein „zwingender (medizinischer) Grund“ im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie § 76 Abs. 2 SGB V u. a. nicht begründet ist, wenn aufgrund etwas kürzerer Wartezeiten auf einen Termin ein weiter entfernt liegender Arzt in Anspruch genommen wird. So liege die Terminvergabe *„grundsätzlich im Ermessen des Arztes (bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt [jetzt: „Vertragsarzt“] sieht § 75 Abs. 1a Satz 3 [jetzt: Nr. 1] SGB V [...] die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V durch Terminservicestellen nach § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V binnen einer Woche vor), sofern kein Notfall vorliegt; in einem solchen Fall hat der Versicherte Anspruch auf eine Notfallbehandlung“* (vgl. BSG v. 08.09.2015 – B 1 KR 27/14 R, juris, Rz. 22). Anlass war, dass der Versicherte die Inanspruchnahme der weiter entfernt liegenden Ärzte u. a. auch damit begründete, dass ein nächst erreichbarer geeigneter Behandler nicht immer sofort Termine vergabe. Angaben zu einer medizinischen Notwendigkeit einer kurzfristigen Terminvergabe fehlten, weshalb das BSG den allgemeinen Grundsatz aufstellte, wonach „etwas kürzere Wartezeiten“ nicht gleichzusetzen sind mit einem zwingenden medizinischen Grund. Der Klammerzusatz, mit dem das BSG Bezug auf die Terminvergabe durch Terminservicestellen nimmt, lässt hingegen die Annahme zu, dass in derartigen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass zwingende (medizinische) Gründe für die Inanspruchnahme eines weiter entfernt liegenden Behandlers vorliegen.



Vor diesem Hintergrund war eine Beratung dieser Thematik im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass der Anspruch auf Übernahme der Fahrkosten nach § 60 SGB V im Verbindung mit § 3 Abs. 2 KT-RL bis zum räumlich nächst erreichbaren geeigneten Behandler besteht. Sofern Versicherte ohne Vorliegen eines zwingenden (medizinischen) Grundes einen räumlich weiter entfernt liegenden Behandler in Anspruch nehmen, haben sie daher ggf. entstehende Mehrkosten selbst zu tragen (vgl. § 76 Abs. 2 SGB V).

Erfolgt die Vermittlung eines Behandlungstermins zu einem Vertragsarzt über eine Terminservice-stelle nach § 75 Abs. 1a SGB V und handelt es sich dabei nicht um eine verschiebbare Untersuchung im Sinne des § 4 Abs. 3 und Abs. 4 Anlage 28 BMV-Ä (Stand: 01.04.2017), ist bei Erfüllung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen für die Übernahme der Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen nach § 60 SGB V davon auszugehen, dass es sich bei dem vermittelten Behandler um den nächst erreichbaren geeigneten Behandler handelt. Insofern sind die Fahrkosten durch die Krankenkasse bis zu diesem Behandler zu übernehmen.

Damit entsprechende Fälle für Krankenkassen bei der Prüfung der Genehmigung von verordneten Krankenförderungen bzw. im Rahmen der Abrechnung besser erkennbar sind, sprechen sich die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer dafür aus, dass ein Hinweis auf die Terminvergabe über eine Terminservicestelle – sofern zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung bekannt – im Feld „4. Begründung/Sonstiges“ (z. B. Vermittlung durch Terminservicestelle, TSS) erfolgen soll. Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, im Rahmen der fachlichen Abstimmungen zur Änderung des Musters 4 einen Vorschlag zur Erweiterung der Vordruckerläuterungen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zu übermitteln.



- nicht besetzt -





## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019 in Berlin

6.     **§ 44 SGB V – Krankengeld,  
§ 47 SGB V – Höhe und Berechnung des Krankengeldes,  
§ 47 SGB VII – Höhe des Verletztengeldes;  
hier: Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und Verletztengeldes**

#### Sachstand:

Mit dem Gemeinsames Rundschreiben vom 12.06.2018 zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII haben die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Unfallversicherung allgemeine Hinweise zur Berechnung des Kranken- und Verletztengeldes veröffentlicht.

Zwischenzeitlich hat sich insbesondere durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sowie das Brückenteilzeitgesetz die Notwendigkeit ergeben, Aussagen im gemeinsamen Rundschreiben zu aktualisieren bzw. neue Hinweise aufzunehmen und dadurch eine einheitliche praktische Umsetzung sicherzustellen. So entstehen insbesondere durch folgende Änderungen Anpassungsbedarfe:

- Hauptberuflich Selbständige können nunmehr nach § 44 Abs. 2 SGB V auch bei einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine Wahlerklärung aussprechen.
- Der Anspruch auf Krankengeld bleibt nunmehr nach § 46 Satz 3 SGB V bei Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, erhalten, wenn das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit zwar nicht rechtzeitig im Sinne von § 46 Satz 2 SGB V, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.
- Einführung einer elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.



- Der Anspruch auf Krankengeld ruht nach § 49 SGB V für Versicherte, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Fortbestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, solange bis die weitere Arbeitsunfähigkeit nach § 46 Satz 3 SGB V ärztlich festgestellt wird.
- Mit der Neufassung des § 51 Abs. 3 SGB V wird den Krankenkassen das Recht eingeräumt, Versicherte, die wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI eine Teilrente wegen Alters erhalten, zur Antragstellung bei der gesetzlichen Rentenversicherung auf Überprüfung des Hinzuverdienstes innerhalb von 4 Wochen aufzufordern, wenn absehbar ist, dass die Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten wird. Zudem wird geregelt, dass der Krankengeldanspruch bei einer nicht oder verspätet erfolgten Antragstellung ab Ablauf der Frist wiederauflebt, wenn die Überschreitung der Hinzuverdienstgrenze im Rahmen einer Überprüfung durch den Rentenversicherungsträger festgestellt wird.
- Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf eine Brückenteilzeit.

Fraglich war daher, inwieweit die bisher im gemeinsamen Rundschreiben enthaltenen Aussagen einer Überarbeitung oder Ergänzung bedürfen, um eine einheitliche praktische Umsetzung der Gesetzesänderungen zu gewährleisten. Eine Erörterung der Thematik in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht war angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen gesetzlichen Änderungen eine Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens erforderlich ist. In diesem Zusammenhang wird es zudem als sinnvoll angesehen, dass das gemeinsame Rundschreiben um weitergehende Aussagen zur Umsetzung des § 51 SGB V sowie die Inhalte der gemeinsamen Verlautbarung zur Berechnung des Krankengeldes bei flexiblen Arbeitszeitregelungen vom 19.04.2007 ergänzt wird. Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer beschließen eine entsprechend aktualisierte und ergänzte Fassung des gemeinsamen Rundschreibens.



Es löst sowohl das bisherige Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und zum Ver-  
letztengeld nach § 45 SGB VII vom 12.06.2018 als auch die gemeinsame Verlautbarung zur Be-  
rechnung des Krankengeldes bei flexiblen Arbeitszeitregelungen vom 19.04.2007 ab. Die aktuelle  
Fassung des gemeinsamen Rundschreibens ist als Anlage beigefügt.

Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen  
des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und – falls  
erforderlich – auch mit der gesetzlichen Unfallversicherung weiter beraten und bei Bedarf einver-  
nehmlichen Lösungen zugeführt.

## Anlage



- nicht besetzt -



GKV–Spitzenverband, Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V., Berlin

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin

Gemeinsames Rundschreiben vom 18./19.06.2019 zum Krankengeld  
nach § 44 SGB V und zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII

Inhalt – Kurzfassung

## Inhalt – Kurzfassung

1.	ALLGEMEINES .....	14
2.	ANSPRUCH AUF KRANKENGELD .....	15
3.	BERECHNUNG DES REGELENTGELTS.....	73
4.	HÖHE DES KRANKENGELDES .....	121
5.	ZAHLUNG DES KRANKENGELDES .....	153
6.	RUHEN DES ANSPRUCHS AUF KRANKENGELD .....	156
7.	AUSSCHLUSS UND KÜRZUNG DES KRANKENGELDES.....	183
8.	WEGFALL DES KRANKENGELDES, ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR TEILHABE .....	205
9.	ANPASSUNG DES KRANKENGELDES.....	219
10.	VERLETZTENGELD DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG.....	226
11.	ANLAGE 1 – ANFRAGE DER HÖHE DER EINMALZAHLUNGEN.....	231
12.	ANLAGE 2 – AUFLISTUNG DER VERWIESENEN ANLAGEN .....	232

## Inhalt – Langfassung

## Inhalt – Langfassung

<b>1. ALLGEMEINES .....</b>	<b>14</b>
<b>2. ANSPRUCH AUF KRANKENGELD .....</b>	<b>15</b>
2.1 ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN	19
2.1.1 <i>Versicherte</i> .....	19
2.1.1.1 Anspruchsberechtigter Personenkreis .....	19
2.1.1.1.1 Arbeitnehmer (Arbeiter, Angestellte).....	20
2.1.1.1.1.1 Arbeitnehmer mit flexibler Arbeitszeitenregelung .....	24
2.1.1.1.1.1.1 Flexible Arbeitszeitmodelle.....	24
2.1.1.1.1.1.2 Auswirkung auf den Krankengeldanspruch.....	25
2.1.1.1.1.1.3 Besonderheit Altersteilzeit .....	26
2.1.1.1.1.1.4 Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses.....	26
2.1.1.1.1.2 Arbeitnehmer mit Familienpflegezeit .....	27
2.1.1.1.1.3 In einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger).....	28
2.1.1.1.1.4 Auszubildende .....	28
2.1.1.1.1.4.1 Auszubildende mit Arbeitsentgelt .....	28
2.1.1.1.1.4.2 Auszubildende ohne Arbeitsentgelt .....	29
2.1.1.1.1.5 Zulässige Beschäftigung während einer Elternzeit.....	29
2.1.1.1.1.6 Heimarbeiter .....	29
2.1.1.1.1.7 Arbeitnehmer ohne 6-wöchigen Entgeltfortzahlungsanspruch .....	30
2.1.1.1.1.8 Beschäftigung für die Dauer eines Kündigungsschutzprozesses.....	30
2.1.1.1.2 Leistungsbezieher nach dem SGB III .....	30
2.1.1.1.2.1 Ruhen des Arbeitslosengeldbezuges .....	30
2.1.1.1.2.1.1 Sperrzeit (§ 159 SGB III).....	30
2.1.1.1.2.1.2 Bezieher einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III).....	32
2.1.1.1.2.1.3 Ruhen des Arbeitslosengeldes wegen einer Entlassungsentschädigung .....	33
2.1.1.1.2.2 Bezieher von Kurzarbeitergeld .....	33
2.1.1.1.2.3 Bezieher von Insolvenzgeld .....	34
2.1.1.1.3 Leistungsbezieher nach dem SGB VI.....	34
2.1.1.1.3.1 Bezieher von Übergangsgeld.....	34
2.1.1.1.3.1.1 Versicherungspflichtige Rehabilitanden nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V .....	34
2.1.1.1.3.1.2 Medizinische Reha mit Anspruch auf Übergangsgeld .....	34
2.1.1.1.3.2 Bezieher von Renten.....	35
2.1.1.1.4 Versicherte nach dem KVLG 1989 .....	35
2.1.1.1.5 Künstler und Publizisten.....	36
2.1.1.1.6 Seeleute.....	36
2.1.1.1.7 Teilnehmer an Freiwilligendiensten .....	36
2.1.1.1.8 Nachgehender Leistungsanspruch (§ 19 Abs. 2 SGB V).....	36
2.1.1.1.9 Fortbestand einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V .....	39
2.1.1.1.9.1 Besonderheit Elterngeld.....	40
2.1.1.1.9.2 Krankengeld in Verbindung mit § 192 SGB V .....	40
2.1.1.1.9.3 Unbezahlter Urlaub .....	41

## Inhalt – Langfassung

2.1.1.1.9.3.1	Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im ersten Monat des unbezahlten Urlaubs .....	41
2.1.1.1.9.3.2	Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nach dem ersten Monat des unbezahlten Urlaubs	
	41	
2.1.1.1.9.4	Rechtmäßiger Arbeitskampf.....	42
2.1.1.1.10	Anspruch während eines Auslandsaufenthaltes .....	42
2.1.1.1.11	Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V .....	43
2.1.1.1.12	Werkstudenten .....	43
2.1.1.2	Versicherte ohne Krankengeldanspruch .....	43
2.1.1.3	Krankengeldanspruch aufgrund Wahlerklärung .....	44
2.1.1.3.1	Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige.....	45
2.1.1.3.1.1	Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld (Optionskrankengeld) .....	45
2.1.1.3.2	Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte .....	49
2.1.1.3.2.1	Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld (Optionskrankengeld) .....	49
2.1.1.4	Vorliegen eines Arbeitsunfalles oder Berufskrankheit .....	50
2.1.1.5	Vorliegen eines Beschäftigungsverbotes.....	51
2.1.2	<i>Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu Lasten der Krankenkasse .....</i>	<i>51</i>
2.1.3	<i>Arbeitsunfähigkeit.....</i>	<i>52</i>
2.1.3.1	Sachverhalte, in denen Arbeitsunfähigkeit vorliegen kann.....	53
2.1.3.2	Sachverhalte, in denen keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt .....	53
2.1.3.3	Maßstäbe für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit.....	54
2.1.3.3.1	Beschäftigte Versicherte .....	54
2.1.3.3.2	Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige.....	55
2.1.3.3.3	Belastungserprobung/ Arbeitstherapie.....	55
2.1.3.3.4	Leistungen zur Teilhabe/ Umschüler.....	55
2.1.3.3.5	Arbeitslose Versicherte (SGB III–Leistungsempfänger) .....	56
2.2	ENTSTEHEN DES ANSPRUCHS AUF KRANKENGELD	56
2.2.1	<i>Nachweis einer stationären Behandlung .....</i>	<i>57</i>
2.2.2	<i>Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit .....</i>	<i>59</i>
2.2.2.1	AU–Bescheinigung.....	59
2.2.2.1.1	Erst- oder Folgebescheinigung .....	60
2.2.2.1.2	Dauer und Ende .....	60
2.2.2.1.3	Rückwirkende ärztliche Bescheinigung .....	61
2.2.2.1.4	Anderweitiger Nachweis der Arbeitsunfähigkeit.....	61
2.2.2.1.5	Wirkung des AU–Nachweises .....	63
2.2.2.2	Nahtloser Nachweis der Arbeitsunfähigkeit .....	63
2.2.2.2.1	Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der bisherig bescheinigten Arbeitsunfähigkeit.....	64
2.2.2.2.2	Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende einer stationären Krankenhausbehandlung .....	65
2.2.2.2.3	Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach einer ambulanten Operation im Krankenhaus .....	65
2.2.2.2.4	Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach einer ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus .....	66





## Inhalt – Langfassung

3.1.1.1.4	Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit .....	94
3.1.1.1.4.1	Vereinbarte Arbeitszeit.....	94
3.1.1.1.4.2	Durchschnittliche Arbeitszeit.....	94
3.1.1.1.4.3	Berücksichtigung von Mehrarbeitsstunden/Feststellung der Regelmäßigkeit .....	95
3.1.2	<i>Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt nach Monaten oder der Arbeitsleistung bemessen ist (§ 47 Abs. 2 Satz 3 SGB V).....</i>	97
3.1.2.1	Berechnung des Regelentgelts aus dem laufenden Arbeitsentgelt .....	98
3.1.2.1.1	Bemessungszeitraum .....	98
3.1.2.1.2	Arbeitsentgelt .....	99
3.1.2.1.2.1	Bemessung des Arbeitsentgelts nach Monaten .....	99
3.1.2.1.2.1.1	Keine Abweichung zum vereinbarten Arbeitsentgelt .....	99
3.1.2.1.2.1.2	Abweichung zum vereinbarten Arbeitsentgelt .....	99
3.1.2.1.2.1.3	Kein vereinbartes Arbeitsentgelt .....	102
3.1.2.1.2.2	Bemessung des Arbeitsentgelts nach der Arbeitsleistung.....	102
3.1.3	<i>Arbeitnehmer mit einer flexiblen Arbeitszeitregelung.....</i>	103
3.1.3.1	Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung .....	103
3.1.3.1.1	Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung.....	104
3.1.3.1.2	Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug.....	105
3.1.3.2	Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung .....	106
3.1.3.3	Arbeitsunfähigkeit bei Beendigung der Freistellungsphase.....	107
3.1.3.4	Besonderheit Altersteilzeit .....	109
3.1.3.4.1	Aufstockungsbeträge .....	109
3.1.3.4.1.1	Nichtberücksichtigung.....	110
3.1.3.4.1.2	Berücksichtigung.....	111
3.1.4	<i>Arbeitnehmer mit Entgeltersatzleistungsbezug .....</i>	112
3.2	BESONDERE PERSONENGRUPPEN	112
3.2.1	<i>Personen mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung .....</i>	112
3.2.2	<i>Nichtarbeitnehmer .....</i>	112
3.2.2.1	Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige.....	113
3.2.2.1.1	Bemessungszeitraum .....	113
3.2.2.1.2	Arbeitseinkommen .....	113
3.2.2.1.3	Ermittlung des Regelentgelts .....	113
3.2.2.2	Rentner und Versorgungsempfänger.....	114
3.2.2.3	Künstler und Publizisten.....	115
3.2.2.3.1	Berechnung des Regelentgelts .....	115
3.2.2.4	Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben .....	116
3.2.2.5	Unständig/Kurzzeitig Beschäftigte .....	117
3.2.2.5.1	Berechnung des Regelentgelts .....	117
3.2.3	<i>Versicherte nach dem KVLG 1989.....</i>	118
3.2.4	<i>Seeleute .....</i>	118
3.2.5	<i>Teilnehmer an Freiwilligendiensten .....</i>	119
3.3	HÖCHSTREGELENTGELT	119
3.3.1	<i>Änderung der Beitragsbemessungsgrenze.....</i>	120
4.	<b>HÖHE DES KRANKENGELDES .....</b>	<b>121</b>

## Inhalt – Langfassung

4.1	HÖHE DES KRANKENGELDES AUS ARBEITSENTGELT	123
4.1.1	<i>70 v. H. des Regelentgelts</i>	123
4.1.2	<i>Begrenzung auf 90 v. H. des Nettoarbeitsentgelts</i>	123
4.1.2.1	Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts	123
4.1.2.1.1	Gesetzliche Abzüge	123
4.1.2.1.2	Steuerrechtliche Abzüge	125
4.1.2.1.2.1	Berücksichtigung von Steuerfreibeträgen	126
4.1.2.1.2.2	Steuerabzüge für in einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger)	126
4.1.2.1.3	Freiwillige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung	127
4.1.2.1.4	Pflichtbeiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen	127
4.1.2.1.5	Arbeitnehmeranteile an der Umlage zur Finanzierung des Zuschuss-Wintergeldes und Mehraufwands-Wintergeldes	127
4.1.2.1.6	Vergleichbare gesetzliche Abzüge	128
4.1.2.1.7	Zusätzliche Altersversorgung	128
4.1.2.1.7.1	Kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung (Entgeltumwandlung)	128
4.1.2.1.7.1.1	Laufendes Arbeitsentgelt	129
4.1.2.1.7.1.2	Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	130
4.1.2.1.7.1.3	Laufendes und einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	130
4.1.2.1.7.2	Nicht kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung (z. B. Pensionskasse)	137
4.1.2.1.8	Fiktive Nettoarbeitsentgeltberechnung bei Sachbezügen	139
4.1.2.1.9	Fiktive Nettoarbeitsentgeltberechnung im Übergangsbereich	139
4.1.3	<i>Krankengeldberechnung aus Einmalzahlungen</i>	140
4.1.3.1	Zwölf-Monats-Zeitraum	142
4.1.3.2	März-Klausel	142
4.1.3.3	Arbeitgeber- oder Krankenkassenwechsel	143
4.1.3.4	Freiwillig versicherte Arbeitnehmer	143
4.1.3.5	Einmalzahlungen im Rahmen einer Beschäftigung im Übergangsbereich	144
4.1.4	<i>Krankengeldberechnung bei Mehrfachbeschäftigten</i>	144
4.1.5	<i>Krankengeldberechnung bei Arbeitsunfähigkeit während der Familienpflegezeit</i>	148
4.1.5.1	Zinsloses Darlehen	149
4.1.5.2	Aufstockung durch Wertguthaben	149
4.2	HÖHE DES KRANKENGELDES AUS ARBEITSEINKOMMEN	150
4.3	HÖHE DES KRANKENGELDES FÜR TEILNEHMER AN LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN	152
4.4	HÖHE DES KRANKENGELDES FÜR VERSICHERTE NACH DEM KVLG 1989	152
5.	<b>ZAHLUNG DES KRANKENGELDES</b>	<b>153</b>
6.	<b>RUHEN DES ANSPRUCHS AUF KRANKENGELD</b>	<b>156</b>
6.1	WEITERBEZUG VON ARBEITSENTGELT UND ARBEITSEINKOMMEN	158
6.1.1	<i>Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen</i>	158
6.1.1.1	Arbeitsentgelt	158
6.1.1.1.1	Auszubildende	159
6.1.1.1.2	Beschäftigung für die Dauer eines Kündigungsschutzprozesses	160
6.1.1.1.3	Heimarbeiter	161

## Inhalt – Langfassung

6.1.1.2	Arbeitseinkommen .....	162
6.1.2	<i>Leistungen des Arbeitgebers während des Krankengeldbezuges</i> .....	162
6.1.3	<i>Sperrzeit/Urlaubsabgeltung/Entlassungsentschädigung</i> .....	165
6.1.4	<i>Verzicht des Arbeitgebers auf die Arbeitsleistung</i> .....	166
6.2	ELTERNZEIT	166
6.3	BEZUG VON ANDEREN ENTGELTERSATZLEISTUNGEN	167
6.3.1	<i>Übergangsgeld</i> .....	167
6.4	VERSPÄTETE MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT	170
6.5	VERSPÄTETE FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT	171
6.6	FLEXIBLE ARBEITSZEITREGELUNGEN	173
6.6.1	<i>Freistellungsphase</i> .....	173
6.6.2	<i>Arbeitgeberzahlungen</i> .....	175
6.6.2.1	Arbeitsunfähigkeit vor der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung .....	176
6.6.2.2	Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung .....	176
6.6.2.3	Aufstockungsbeträge während der Altersteilzeit .....	177
6.7	FAMILIENPFLEGEZEIT	177
6.8	UNSTÄNDIG/KURZZEITIG BESCHÄFTIGTE	177
6.9	AUSLANDSAUFENTHALT	177
6.9.1	<i>Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit während Auslandsaufenthalt</i> .....	178
6.9.2	<i>Auslandsaufenthalt nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit</i> .....	178
6.10	GESETZLICHE DIENSTPFLICHT ODER FREIWILLIGER WEHRDIENST	179
6.11	TEILNEHMER AN FREIWILLIGENDIENSTEN	180
6.12	HEILFÜRSORGE	180
6.13	FREIHEITSENTZIEHENDE MAßNAHMEN	180
6.14	BEITRAGSSCHULDNER DER KÜNSTLERSOZIALKASSE	181
6.15	BEITRAGSSCHULDNER NACH DEM SGB V	182
<b>7.</b>	<b>AUSSCHLUSS UND KÜRZUNG DES KRANKENGELDES</b> .....	<b>183</b>
7.1	AUSSCHLUSS DES KRANKENGELDES WEGEN RENTENBEZUG	184
7.1.1	<i>Umwandlung einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters</i> .....	185
7.1.2	<i>Umwandlung einer Teil- in eine Vollrente wegen Alters</i> .....	191
7.1.3	<i>Teilrente wegen Alters in Wunschkhöhe</i> .....	202
7.1.4	<i>Weitere Rentenansprüche</i> .....	203
7.2	KÜRZUNG DES KRANKENGELDES WEGEN RENTENBEZUGS	204
<b>8.</b>	<b>WEGFALL DES KRANKENGELDES, ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR TEILHABE</b> .....	<b>205</b>
8.1	ALLGEMEINES UND GESETZLICHE GRUNDLAGEN	206
8.2	ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ODER LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN	206
8.2.1	<i>Ärztliches Gutachten</i> .....	209
8.2.2	<i>Ermessensentscheidung</i> .....	210
8.2.3	<i>Einschränkung des Dispositionsrechts</i> .....	211

## Inhalt – Langfassung

8.2.3.1	Nachträgliche Einschränkung des Dispositionsrechts .....	212
8.2.4	<i>Fristsetzung und Aufforderung</i> .....	213
8.2.5	<i>Rentantragsfiktion (Umdeutung nach § 116 Abs. 2 SGB VI)</i> .....	214
8.2.5.1	Allgemeines und gesetzliche Grundlagen .....	214
8.2.5.2	Voraussetzung für die Umdeutung in einen Rentenantrag.....	215
8.3	ANTRAG BEI UNTERSCHREITUNG DER HINZUVERDIENSTGRENZE	216
8.3.1	<i>Fristsetzung</i> .....	217
8.4	VERSICHERTE IM AUSLAND	219
8.5	ANTRAG AUF BEZUG EINER ALTERSRENTE	219
<b>9.</b>	<b>ANPASSUNG DES KRANKENGELDES</b> .....	<b>221</b>
9.1	ZEITPUNKT DER ANPASSUNG	222
9.1.1	<i>Anpassungszeitpunkt bei Arbeitnehmern</i> .....	222
9.1.2	<i>Anpassungszeitpunkt bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen</i> .....	223
9.2	MAßGEBENDER KRANKENGELDBETRAG	223
9.3	MAßGEBLICHER ANPASSUNGSFAKTOR	223
9.4	HÖCHSTBETRAG DES KRANKENGELDES NACH DER ANPASSUNG	224
<b>10.</b>	<b>VERLETZTENGELD DER GESETZLICHEN UNFALLVERSICHERUNG</b> .....	<b>226</b>
10.1	REGELENTGELT, HÖCHSTREGELENTGELT	227
10.2	BEITRAGSPFLICHTIGES ARBEITSENTGELT UND GERINGFÜGIGE BESCHÄFTIGUNGEN	227
10.3	EINMALZAHLUNGEN	228
10.4	ARBEITSEINKOMMEN	228
10.5	NICHT KONTINUIERLICHE ARBEITSLEISTUNG / SATZUNGSBESTIMMUNGEN	228
10.6	UNTERNEHMER, MITARBEITENDE EHEGATTEN	228
10.7	VERLETZTENGELD WEGEN VERSICHERUNGSFALLS BEI FREIHEITSENTZIEHUNG	229
10.8	VERLETZTENGELD BEI WIEDERERKRANKUNG	229
10.9	NEUFESTSETZUNG DES VERLETZTENGELDES IN BESONDEREN FÄLLEN	229
10.10	ANRECHNUNG VON EINKOMMEN AUF VERLETZTENGELD	229
10.11	SONDERREGELUNGEN FÜR DIE LANDWIRTSCHAFTLICHE UNFALLVERSICHERUNG	229
10.12	VERLETZTENGELD FÜR BEZIEHER VON ARBEITSLOSENGELD II	230
<b>11.</b>	<b>ANLAGE 1 – ANFRAGE DER HÖHE DER EINMALZAHLUNGEN</b> .....	<b>231</b>
<b>12.</b>	<b>ANLAGE 2 – AUFLISTUNG DER VERWIESENEN ANLAGEN</b> .....	<b>232</b>
12.1	GEMEINSAMES RUNDSCHREIBEN ZUM GESETZ ÜBER DIE ZAHLUNG DES ARBEITSENTGELTS AN FEIERTAGEN UND IM KRANKHEITSFALL (ENTGELTFORTZAHLUNGSGESETZ – EFZG) VOM 25.06.1998	232
12.2	GEMEINSAMES RUNDSCHREIBEN ZUM GESETZ ZU KORREKTUREN IN DER SOZIALVERSICHERUNG UND ZUR SICHERUNG DER ARBEITNEHMERRECHTE VOM 21.12.1998	232
12.3	GEMEINSAMES RUNDSCHREIBEN VOM 25.09.2015 ZU DEN LEISTUNGSRECHTLICHEN ANSPRÜCHEN BEI EINER SPENDE VON ORGANEN, GEWEBEN ODER BLUT ZUR SEPARATION VON BLUTSTAMMZELLEN ODER ANDEREN BLUTBESTANDTEILEN	232

## Inhalt – Langfassung

- 12.4 GEMEINSAMES RUNDSCHEIBEN ZUR BERECHNUNG, HÖHE UND ZAHLUNG DES KRANKENGELDES UND DES KRANKENGELDES BEI ERKRANKUNG DES KINDES VON SGB III–LEISTUNGSBEZIEHERN VOM 21.12.2009 232
- 12.5 GEMEINSAMES RUNDSCHEIBEN DER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER ZUM ÜBERGANGSGELD 232
- 12.6 VEREINBARUNG ZUR ZUSTÄNDIGKEITSABGRENZUNG BEI EINER STUFENWEISEN WIEDEREINGLIEDERUNG 232
- 12.7 VEREINBARUNG DES GKV–SPITZENVERBANDES UND DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG BUND NACH § 20 ABS. 4 SGB VI 232
- 12.8 VERWALTUNGSVEREINBARUNG ÜBER DIE GENERELLE BEAUFTRAGUNG DER KRANKENKASSEN DURCH DIE UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER ZUR BERECHNUNG UND AUSZAHLUNG DES VERLETZTENGELDES NACH § 189 SGB VII IN VERBINDUNG MIT §§ 88 FF. SGB X (VV GENERALAUFTRAG VERLETZTENGELD) 233
- 12.9 VERWALTUNGSVEREINBARUNG ÜBER DAS VERFAHREN UND DIE ENTSCHÄDIGUNG BEI EINZELAUFTRÄGEN DER UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER NACH § 189 SGB VII IN VERBINDUNG MIT §§ 88 FF. SGB X (VV EINZELAUFTRAG) 233
- 12.10 RICHTLINIE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES ÜBER DIE BEURTEILUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND DIE MAßNAHMEN ZUR STUFENWEISEN WIEDEREINGLIEDERUNG NACH § 92 ABS. 1 SATZ 2 NR. 7 SGB V (ARBEITSUNFÄHIGKEITS–RICHTLINIE, AU–RL) 233
- 12.11 VERZEICHNIS DER ANERKANNTE AUSBILDUNGSBERUFE 233

Vorwort

## Vorwort

Dieses gemeinsame Rundschreiben vom 18./19.06.2019 löst das gemeinsame Rundschreiben zum Krankengeld nach § 44 SGB V und Verletztengeld zum Verletztengeld nach § 45 SGB VII vom 12.06.2018 ab.

Die Aktualisierung des Rundschreibens war aufgrund der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sowie dem Brückenteilzeitgesetz eingetretener gesetzlicher Änderungen erforderlich geworden.

Durch die Aufnahme entsprechender Textpassagen bei der Überarbeitung löst dieses gemeinsame Rundschreiben zusätzlich auch die Aussagen zum Krankengeld der gemeinsamen Verlautbarung zur Berechnung des Krankengeldes bei flexiblen Arbeitszeitregelungen vom 19.04.2007 ab. Auf die Besonderheiten des Krankengeldes bei Spende von Organen oder Geweben nach § 44a SGB V wird in diesem Rundschreiben nicht separat eingegangen, siehe insoweit „Gemeinsames Rundschreiben vom 25.09.2015 zu den leistungsrechtlichen Ansprüchen bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“.

Zukünftige Änderungen werden im Rundschreiben regelmäßig aktualisiert und in der Änderungsübersicht kenntlich gemacht. Bei allen Änderungen wird in der Gesamtausgabe des gemeinsamen Rundschreibens unter „Stand“ auf das Datum der letzten Änderung hingewiesen. Der Änderungshistorie können in Kurzform der Hintergrund und die betroffenen Passagen der Änderung entnommen werden.

Die Beispiele wurden weitestgehend unabhängig von Jahreszahlen gestaltet. Bei Beispielen mit einer jahresübergreifenden Betrachtung wurde statt den Jahreszahlen auf die Begriffe Vorjahr und Folgejahr zurückgegriffen.

## Änderungsübersicht

## Änderungsübersicht

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
18.06.2019	Neufassung
18.06.2019	<a href="#">2.1.1.1.1.1 „Arbeitnehmer mit flexibler Arbeitszeitenregelung“</a> , <a href="#">3.1.3 „Arbeitnehmer mit einer flexiblen Arbeitszeitregelung und 6.6 „Flexible Arbeitszeitregelungen“</a> – Inhalte der Gemeinsamen Verlautbarung zu den flexiblen Arbeitszeitregelungen integriert, sowie Klarstellung zur Brückenteilzeit mit aufgenommen
18.06.2019	<a href="#">2.1.1.1.12 „Werkstudenten“</a> – Erweiterung um den Personenkreis der Werkstudenten
18.06.2019	<a href="#">2.1.1.2 „Versicherte ohne Krankengeldanspruch“</a> – Aufnahme eines Hinweises, dass hauptberuflich Selbständige auch bei einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine Wahlerklärung aussprechen können
18.06.2019	<a href="#">2.1.1.3.1.1 „Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld (Optionskrankengeld)“</a> und <a href="#">2.1.1.3.2.1 „Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld (Optionskrankengeld)“</a> – Aufnahme der gesetzlich geänderten Wirkung der Wahlerklärung bei vorliegender AU, Erweiterung der Aussage um Hinweis auf Wirkung der Wahlerklärung auf eine vorliegende Nebentätigkeit
18.06.2019	<a href="#">2.1.1.1.9.2 „Krankengeld in Verbindung mit § 192 SGB V“</a> – Aufnahme eines neuen Abschnittes, um die neue gesetzliche Anpassung des § 46 SGB V wegen verspäteter Feststellung der AU abzubilden
18.06.2019	<a href="#">2.2.1 „Nachweis einer stationären Behandlung“</a> , <a href="#">2.2.2.1 „AU-Bescheinigung“</a> und <a href="#">6.4 „Verspätete Meldung der Arbeitsunfähigkeit“</a> – Aufnahme klarstellender Hinweise zur eAU
18.06.2019	<a href="#">2.2.2 „Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit“</a> – Aufnahme eines klarstellenden Hinweises, dass auch der stationäre Aufenthalt in einem Hospiz einem Krankenhausaufenthalt gleichgestellt ist und damit als AU gilt
18.06.2019	<a href="#">2.2.2.3 „Auswirkung einer verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit“</a> – Aufnahme eines neuen Abschnittes, um die Rechtsfolgen des geänderten § 46 SGB V transparent zu machen
18.06.2019	<a href="#">3.1.1.1.1.2.6 „Elternzeit“</a> – Aussagen erweitert um Fallgestaltung der vorzeitigen Beendigung der Elternzeit sowie Beispiele zur Verdeutlichung eingefügt
18.06.2019	<a href="#">3.1.4 „Arbeitnehmer mit Entgeltersatzleistungsbezug“</a> – Abschnitt aufgenommen, um die übermittelten Daten im DTA nach



## Änderungsübersicht

	§ 69 SGB IX sowie die Gruppe der Übergangsgeldfälle nach einer Rehabilitationsleistung darzustellen
18.06.2019	<u>6.5 „Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit“</u> – Aufnahme eines neuen Abschnittes, um die neue gesetzliche Anpassung des § 49 SGB V wegen verspäteter AU-Feststellung abzubilden
18.06.2019	<u>7.1.1 „Umwandlung einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters“</u> und <u>7.1.2 „Umwandlung einer Teil- in eine Vollrente wegen Alters“</u> – Beispiele aufgrund Änderung zu § 51 SGB V angepasst
18.06.2019	<u>8 „Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“</u> – Aufnahme eines neuen Abschnittes zu § 51 SGB V und Abbildung der Neuregelung durch das TSVG
18.06.2019	Streichung von EU- und BU-Renten im gesamten Dokument wegen Änderung des § 50 SGB V.
18.06.2019	Mit dem RV-Leistungsverbesserungs- und Stabilisierungsgesetz wird ab 01.07.2019 aus der Gleitzone der Übergangsbereich, daher sprachlich im gesamten GR angepasst

## Allgemeines

## 1. Allgemeines

Besteht Anspruch auf Krankengeld oder Verletztengeld, soll das entgangene regelmäßige Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen ersetzt werden (Entgeltersatzfunktion). Basis für diesen Entgeltersatz bilden grundsätzlich die jeweiligen individuellen Verhältnisse des Versicherten. Wann ein Anspruch auf Krankengeld besteht, ist im Abschnitt 2 „Anspruch auf Krankengeld“ dargestellt. In den Abschnitten 3 „Berechnung des Regelentgelts“ bis 9 „Anpassung des Krankengeldes“ sind die Regelungen zur Berechnung, Höhe und Zahlungsweise des Krankengeldes und des Verletztengeldes dargestellt. Auf die Besonderheiten des Verletztengeldes wird in Abschnitt 10 „Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung“ eingegangen.

## Anspruch auf Krankengeld

**2. Anspruch auf Krankengeld**

<b>2.1</b>	<b>ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN</b> .....	<b>19</b>
2.1.1	VERSICHERTE	19
2.1.1.1	ANSPRUCHSBERECHTIGTER PERSONENKREIS	19
2.1.1.1.1	ARBEITNEHMER (ARBEITER, ANGESTELLTE)	20
	<i>Beispiel 1 – Eintritt AU vor der vereinbarten Arbeitsaufnahme bei einem Arbeitgeberwechsel</i> .....	21
	<i>Beispiel 2 – Eintritt AU vor der vereinbarten Arbeitsaufnahme bei Arbeitslosigkeit</i> .....	21
	<i>Beispiel 3 – Eintritt AU vor der vereinbarten Arbeitsaufnahme bei Vorliegen einer Versicherung ohne Krankengeldanspruch</i> .....	22
	<i>Beispiel 4 – Eintritt AU vor Abschluss des Arbeitsvertrages bei Vorliegen einer Versicherung ohne Krankengeldanspruch</i> .....	22
	<i>Beispiel 5 – Eintritt AU vor Abschluss des Arbeitsvertrages bei Arbeitslosigkeit</i> .....	23
	<i>Beispiel 6 – Eintritt AU vor Abschluss des Arbeitsvertrages bei einem Arbeitgeberwechsel...</i>	23
2.1.1.1.1.1	ARBEITNEHMER MIT FLEXIBLER ARBEITSZEITENREGELUNG	24
2.1.1.1.1.1.1	FLEXIBLE ARBEITSZEITMODELLE	24
2.1.1.1.1.1.2	AUSWIRKUNG AUF DEN KRANKENGELDANSPRUCH	25
2.1.1.1.1.1.3	BESONDERHEIT ALTERSTEILZEIT	26
2.1.1.1.1.1.4	VERÄNDERUNG DES BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISSES	26
2.1.1.1.1.2	ARBEITNEHMER MIT FAMILIENPFLEGEZEIT	27
2.1.1.1.1.3	IN EINEM ANDEREN STAAT WOHNENDE VERSICHERTE (Z. B. GRENZGÄNGER)	28
2.1.1.1.1.4	AUSZUBILDENDE	28
2.1.1.1.1.4.1	AUSZUBILDENDE MIT ARBEITSENTGELT	28
2.1.1.1.1.4.2	AUSZUBILDENDE OHNE ARBEITSENTGELT	29
2.1.1.1.1.5	ZULÄSSIGE BESCHÄFTIGUNG WÄHREND EINER ELTERNZEIT	29
2.1.1.1.1.6	HEIMARBEITER	29
2.1.1.1.1.7	ARBEITNEHMER OHNE 6-WÖCHIGEN ENTGELTFORTZAHLUNGSANSPRUCH	30
2.1.1.1.1.8	BESCHÄFTIGUNG FÜR DIE DAUER EINES KÜNDIGUNGSSCHUTZPROZESSES	30
2.1.1.1.2	LEISTUNGSBEZIEHER NACH DEM SGB III	30
2.1.1.1.2.1	RUHEN DES ARBEITLOSENGELDBEZUGES	30
2.1.1.1.2.1.1	SPERRZEIT (§ 159 SGB III)	30
	<i>Beispiel 7 – Eintritt einer späteren Versicherungspflicht</i> .....	31
2.1.1.1.2.1.2	BEZIEHER EINER URLAUBSABGELTUNG (§ 157 Abs. 2 SGB III)	32
2.1.1.1.2.1.3	RUHEN DES ARBEITLOSENGELDES WEGEN EINER ENTLASSUNGSENTSCHÄDIGUNG	33
2.1.1.1.2.2	BEZIEHER VON KURZARBEITERGELD	33
2.1.1.1.2.3	BEZIEHER VON INSOLVENZGELD	34
2.1.1.1.3	LEISTUNGSBEZIEHER NACH DEM SGB VI	34

## Anspruch auf Krankengeld

2.1.1.1.3.1	BEZIEHER VON ÜBERGANGSGELD	34
2.1.1.1.3.1.1	VERSICHERUNGSPFLICHTIGE REHABILITANDEN NACH § 5 ABS. 1 NR. 6 SGB V	34
2.1.1.1.3.1.2	MEDIZINISCHE REHA MIT ANSPRUCH AUF ÜBERGANGSGELD	34
2.1.1.1.3.2	BEZIEHER VON RENTEN	35
2.1.1.1.4	VERSICHERTE NACH DEM KVLG 1989	35
2.1.1.1.5	KÜNSTLER UND PUBLIZISTEN	36
2.1.1.1.6	SEELEUTE	36
2.1.1.1.7	TEILNEHMER AN FREIWILLIGENDIENSTEN	36
2.1.1.1.8	NACHGEHENDER LEISTUNGSANSPRUCH (§ 19 ABS. 2 SGB V)	36
	<i>Beispiel 8 – Prognostische Beurteilung kein Krankengeldanspruch.....</i>	<i>38</i>
	<i>Beispiel 9 – Prognostische Beurteilung Krankengeld nachgehender Leistungsanspruch.....</i>	<i>38</i>
	<i>Beispiel 10 – Fortsetzung Beispiel 9 – Prognostische Beurteilung Krankengeld nachgehender Leistungsanspruch .....</i>	<i>39</i>
2.1.1.1.9	FORTBESTAND EINER MITGLIEDSCHAFT NACH § 192 SGB V	39
2.1.1.1.9.1	BESONDERHEIT ELTERNGELD	40
2.1.1.1.9.2	KRANKENGELD IN VERBINDUNG MIT § 192 SGB V	40
2.1.1.1.9.3	UNBEZAHLTER URLAUB	41
2.1.1.1.9.3.1	EINTRITT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT IM ERSTEN MONAT DES UNBEZAHLTEN URLAUBS	41
2.1.1.1.9.3.2	EINTRITT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT NACH DEM ERSTEN MONAT DES UNBEZAHLTEN URLAUBS	41
2.1.1.1.9.4	RECHTMÄßIGER ARBEITSKAMPF	42
	<i>Beispiel 11 – Krankengeldanspruch bei rechtmäßigem Arbeitskampf.....</i>	<i>42</i>
2.1.1.1.10	ANSPRUCH WÄHREND EINES AUSLANDSAUFENTHALTES	42
2.1.1.1.11	OBLIGATORISCHE ANSCHLUSSVERSICHERUNG NACH § 188 ABS. 4 SGB V	43
2.1.1.1.12	WERKSTUDENTEN	43
2.1.1.2	VERSICHERTE OHNE KRANKENGELDANSPRUCH	43
2.1.1.3	KRANKENGELDANSPRUCH AUFGRUND WAHLERKLÄRUNG	44
2.1.1.3.1	HAUPTBERUFLICH SELBSTSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE	45
2.1.1.3.1.1	WAHLERKLÄRUNG GESETZLICHES KRANKENGELD (OPTIONSKRANKENGELD)	45
	<i>Beispiel 12 – Eintritt AU mit Wirkung Wahlerklärung aber nach Zugang Wahlerklärung.....</i>	<i>45</i>
	<i>Beispiel 13 – Eintritt AU nach Wirkung und Zugang Wahlerklärung.....</i>	<i>46</i>
	<i>Beispiel 14 – Eintritt AU vor Wirkung und Zugang Wahlerklärung .....</i>	<i>46</i>
	<i>Beispiel 15 – Eintritt AU vor Wirkung jedoch zeitgleich mit Zugang der Wahlerklärung.....</i>	<i>46</i>
	<i>Beispiel 16 – Eintritt AU vor Wirkung jedoch nach Zugang der Wahlerklärung .....</i>	<i>46</i>
	<i>Beispiel 17 – Bescheinigungszeitraum der AU nach Zugang der Wahlerklärung, jedoch früherer Eintritt der AU.....</i>	<i>47</i>
	<i>Beispiel 18 – Bescheinigungszeitraum der AU vor Zugang der Wahlerklärung, unterbrochene AU mit Arbeitsfähigkeit .....</i>	<i>47</i>
	<i>Beispiel 19 – Bescheinigungszeitraum der AU vor Zugang der Wahlerklärung, durchgehende AU.....</i>	<i>47</i>
	<i>Beispiel 20 – Arbeitsentgelt neben hauptberufl. Selbstständigkeit ohne Wahlerklärung.....</i>	<i>48</i>

## Anspruch auf Krankengeld

*Beispiel 21 – Arbeitsentgelt neben hauptberuflicher Selbstständigkeit mit Wahlerklärung .... 48*

2.1.1.3.2	UNSTÄNDIG ODER KURZZEITIG BESCHÄFTIGTE	49
2.1.1.3.2.1	WAHLERKLÄRUNG GESETZLICHES KRANKENGELD (OPTIONSKRANKENGELD)	49
2.1.1.4	VORLIEGEN EINES ARBEITSUNFALLES ODER BERUFSKRANKHEIT	50
2.1.1.5	VORLIEGEN EINES BESCHÄFTIGUNGSVERBOTES	51
2.1.2	KRANKENHAUSBEHANDLUNG ODER BEHANDLUNG IN EINER VORSORGE- ODER REHABILITATIONSEINRICHTUNG ZU LASTEN DER KRANKENKASSE	51
2.1.3	ARBEITSUNFÄHIGKEIT	52
2.1.3.1	SACHVERHALTE, IN DENEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT VORLIEGEN KANN	53
2.1.3.2	SACHVERHALTE, IN DENEN KEINE ARBEITSUNFÄHIGKEIT VORLIEGT	53
2.1.3.3	MAßSTÄBE FÜR DIE BEURTEILUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT	54
2.1.3.3.1	BESCHÄFTIGTE VERSICHERTE	54
2.1.3.3.2	HAUPTBERUFLICH SELBSTSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE	55
2.1.3.3.3	BELASTUNGSERPROBUNG/ ARBEITSTHERAPIE	55
2.1.3.3.4	LEISTUNGEN ZUR TEILHABE/ UMSCHÜLER	55
2.1.3.3.5	ARBEITSLOSE VERSICHERTE (SGB III–LEISTUNGSEMPFÄNGER)	56
<b>2.2</b>	<b>ENTSTEHEN DES ANSPRUCHS AUF KRANKENGELD .....</b>	<b>56</b>
2.2.1	NACHWEIS EINER STATIONÄREN BEHANDLUNG	57
2.2.2	NACHWEIS EINER ARBEITSUNFÄHIGKEIT	59
2.2.2.1	AU–BESCHEINIGUNG	59
2.2.2.1.1	ERST– ODER FOLGEBESCHEINIGUNG	60
2.2.2.1.2	DAUER UND ENDE	60
2.2.2.1.3	RÜCKWIRKENDE ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG	61
2.2.2.1.4	ANDERWEITIGER NACHWEIS DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT	61
2.2.2.1.5	WIRKUNG DES AU–NACHWEISES	63
2.2.2.2	NAHTLOSER NACHWEIS DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT	63
2.2.2.2.1	FESTSTELLUNG UND BESCHEINIGUNG DER WEITEREN ARBEITSUNFÄHIGKEIT AM TAG NACH DEM ENDE DER BISHERIG BESCHEINIGTEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT	64
2.2.2.2.2	FESTSTELLUNG UND BESCHEINIGUNG DER WEITEREN ARBEITSUNFÄHIGKEIT NACH DEM ENDE EINER STATIONÄREN KRANKENHAUSBEHANDLUNG	65
2.2.2.2.3	FESTSTELLUNG UND BESCHEINIGUNG DER WEITEREN ARBEITSUNFÄHIGKEIT NACH EINER AMBULANTEN OPERATION IM KRANKENHAUS	65
2.2.2.2.4	FESTSTELLUNG UND BESCHEINIGUNG DER WEITEREN ARBEITSUNFÄHIGKEIT NACH EINER AMBULANTEN NOTFALLBEHANDLUNG IM KRANKENHAUS	66
2.2.2.2.5	FESTSTELLUNG UND BESCHEINIGUNG DER WEITEREN ARBEITSUNFÄHIGKEIT NACH DEM ENDE EINER REHABILITATIONSMAßNAHME	66
2.2.2.2.5.1	REHABILITATIONSMAßNAHMEN NACH § 40 ABS. 2 SGB V ODER § 41 SGB V	67
2.2.2.2.5.2	REHABILITATIONSMAßNAHMEN ZU LASTEN EINES ANDEREN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGERS	67
2.2.2.2.5.3	AMBULANTE REHABILITATIONSMAßNAHMEN	68

## Anspruch auf Krankengeld

2.2.2.2.6	HANDLUNGS- ODER GESCHÄFTSUNFÄHIGKEIT DES VERSICHERTEN	68
2.2.2.2.7	UMSTÄNDE AUßERHALB DES VERANTWORTUNGSBEREICHS DES VERSICHERTEN	69
2.2.2.2.8	INFORMATIONSPFLICHT	70
2.2.2.3	AUSWIRKUNG EINER VERSPÄTETEN FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT	70
2.2.2.3.1	FESTSTELLUNG INNERHALB EINES MONATS IM BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS	70
	<i>Beispiel 22 – Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit mit Beschäftigungsverhältnis ..</i>	<i>70</i>
2.2.2.3.2	FESTSTELLUNG INNERHALB EINES MONATS OHNE BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS	71
	<i>Beispiel 23 – Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ohne Beschäftigungsverhältnis</i>	<i>71</i>
2.2.2.3.3	FESTSTELLUNG AUßERHALB EINES MONATS MIT/OHNE BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS	71
	<i>Beispiel 24 – Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit &gt; 1 Monat.....</i>	<i>71</i>
2.2.2.3.4	VERSPÄTETE FESTSTELLUNG BEI FREIWILLIG VERSICHERTEN	72
	<i>Beispiel 25 – Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei hauptberuflich Selbständigen .....</i>	<i>72</i>

## Anspruch auf Krankengeld

### 2.1 Anspruchsvoraussetzungen

Nach § 44 Abs. 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld, wenn

- die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder
- sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V) behandelt werden.

Spender von Organen, Geweben und Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen haben nach § 27 Abs. 1a Satz 1 und 2 SGB V einen Krankengeldanspruch nach § 44a Satz 1 SGB V, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. Zu den Besonderheiten des Krankengeldes in diesem Zusammenhang siehe „Gemeinsames Rundschreiben vom 25.09.2015 zu den leistungsrechtlichen Ansprüchen bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“.

#### 2.1.1 Versicherte

Grundsätzlich haben nach § 44 Abs. 1 SGB V alle Versicherten einen Anspruch auf Krankengeld. Maßgebend für die Gewährung von Krankengeld ist daher die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse. Dies ist unabhängig von der Art des Versicherungsverhältnisses, demnach ob es sich um eine versicherungspflichtige oder freiwillige Mitgliedschaft bzw. eine Familienversicherung handelt.

Nicht alle Versicherten benötigen eine Absicherung mit einem Krankengeldanspruch, weil z. B. kein Entgeltausfall bei einer Arbeitsunfähigkeit entsteht oder anderweitige Absicherungen vorliegen. Vor diesem Hintergrund sind nach § 44 Abs. 2 SGB V Personengruppen vom Anspruch ausgeschlossen oder können entscheiden, ob ihre Versicherung einen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll.

Das bei der Entstehung eines Krankengeld-Anspruchs bestehende Versicherungsverhältnis bestimmt, wer in welchem Umfang als „Versicherter“ einen Anspruch auf Krankengeld hat.

Die Ansprüche der einzelnen Personengruppen gliedern sich daher wie folgt:

##### 2.1.1.1 Anspruchsberechtigter Personenkreis

Zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehören:

## Anspruch auf Krankengeld

- Arbeitnehmer (Arbeiter, Angestellte und Auszubildende)
- Leistungsbezieher nach dem SGB III
- Personen, die Arbeitslosengeld nach dem SGB III im Ausland beziehen (Arbeitssuche im Ausland)
- Künstler und Publizisten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG)
- Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie Berufsfindung oder Arbeitserprobung (Teilhabe am Arbeitsleben), wenn sie Anspruch auf Übergangsgeld haben
- Behinderte in anerkannten Werkstätten und Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen Leistungen erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll Erwerbsfähigem entspricht
- freiwillig Wehrdienstleistende
- Bundesfreiwilligendienstleistende
- Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr leisten
- Seeleute nach § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB IV
- Rentner und Rentenantragssteller, sofern diese eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben oder Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Tätigkeit beziehen

### 2.1.1.1.1 Arbeitnehmer (Arbeiter, Angestellte)

Arbeitnehmer haben bei Vorliegen der weiteren Anspruchsvoraussetzungen (z. B. Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit) Anspruch auf Krankengeld. Durch den gleichzeitig vorgesehenen Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber mit einer Dauer von in der Regel bis zu 42 Kalendertagen (siehe Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz – EFZG) vom 25.06.1998 und Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom 21.12.1998), ruht dieser Anspruch für diesen Zeitraum entsprechend (6.1.1.1 „Arbeitsentgelt“).

Tritt die Arbeitsunfähigkeit bereits vor dem Beginn einer Beschäftigung und damit vor Eintritt des Versicherungsverhältnisses aufgrund der Beschäftigung ein, so richtet sich der Krankengeldanspruch nach dem Leistungsumfang, welchen das Versicherungsverhältnis am Tag der ärztlichen Feststellung der AU bzw. der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung beinhaltet.

Zu den Ansprüchen im Zusammenhang mit dem Ende einer Beschäftigung sind auch die Ausführungen unter 2.1.1.1.8 „Nachgehender Leistungsanspruch (§ 19 Abs. 2 SGB V)“ und 2.1.1.1.9 „Fortbestand einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V“ zu beachten.



## Anspruch auf Krankengeld

**Besonderheiten** sind hierbei zu beachten, wenn ein Arbeitsvertrag für das Beschäftigungsverhältnis bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen wurde und dieses trotz der Arbeitsunfähigkeit in Kraft tritt.

In diesem Fall entsteht ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach den ersten 4 Wochen der Beschäftigung. Mit dem Beginn der 5. Woche der Beschäftigung setzt demnach der gesetzliche Anspruch auf Entgeltfortzahlung ein, wodurch das Versicherungsverhältnis aufgrund der Beschäftigung eintritt. Sofern der Arbeitgeber freiwillig bzw. auf Basis einer tarif- oder einzelvertraglichen Regelung bereits vor Beginn der 5. Woche Entgeltfortzahlung leistet, tritt das Versicherungsverhältnis aufgrund der Beschäftigung bereits zu diesem Zeitpunkt ein. Ab diesem Zeitpunkt umfasst das Versicherungsverhältnis auch im Leistungsumfang grundsätzlich einen Anspruch auf Krankengeld, unabhängig von der Beurteilung des Anspruchs auf Krankengeld für die Dauer ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe des Krankengeldes bemisst sich ab diesem Zeitpunkt auf Basis des für das aktuelle Arbeitsverhältnis geltenden Arbeitsentgelts (BSG-Urteil vom 04.03.2014 – B 1 KR 64/12 R).

## Beispiel 1 – Eintritt AU vor der vereinbarten Arbeitsaufnahme bei einem Arbeitgeberwechsel

Beschäftigung bei Arbeitgeber A bis	31.03.
Geplante Arbeitsaufnahme Arbeitgeber B	01.04.
Abschluss des Arbeitsvertrags mit Arbeitgeber B	02.03.
AU-Beginn und Feststellung	27.03.
Anspruch auf Entgeltfortzahlung Arbeitgeber A	27.03. – 31.03.
Anspruch auf Entgeltfortzahlung Arbeitgeber B	29.04. – 09.06.
Beginn der Mitgliedschaft aufgrund Beschäftigung Arbeitgeber B	29.04.
AU-Ende	15.06.

**Ergebnis:**

Die AU tritt während des Beschäftigungsverhältnisses bei Arbeitgeber A ein, weshalb ein Anspruch auf Krankengeld für die AU ab 27.03. besteht. Der Anspruch auf Krankengeld ruht aufgrund der Entgeltfortzahlung bis zum 31.03. Für die Zeit nach dem Ende der Beschäftigung bei Arbeitgeber A ist Krankengeld vom 01.04. – 28.04. auf Basis des Arbeitsentgelts aus der Beschäftigung bei Arbeitgeber A gemäß § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu zahlen. Der Anspruch auf Krankengeld wegen der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers B ruht für die Dauer vom 29.04. – 09.06. Ab dem 10.06. besteht ein Anspruch auf Krankengeld aus dem vereinbarten Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung B.

## Beispiel 2 – Eintritt AU vor der vereinbarten Arbeitsaufnahme bei Arbeitslosigkeit

Laufender Bezug von Arbeitslosengeld I	
Geplante Arbeitsaufnahme zum	01.04.
Abschluss des Arbeitsvertrags	02.03.
AU-Beginn und Feststellung	27.03.
Anspruch auf Leistungsfortzahlung durch Arbeitsagentur	27.03. – 31.03.
Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber	29.04. – 09.06.
Beginn der Mitgliedschaft aufgrund Beschäftigung	29.04.
AU-Ende	15.06.

## Anspruch auf Krankengeld

**Ergebnis:**

Die AU tritt während des Bezuges von Arbeitslosengeld ein, weshalb ein Anspruch auf Krankengeld für die AU ab 27.03. besteht. Der Anspruch auf Krankengeld ruht aufgrund der Leistungsfortzahlung der Arbeitsagentur für den Zeitraum vom 27.03. – 31.03. Für die Zeit nach dem Ende der Leistungsfortzahlung ist Krankengeld vom 01.04. – 28.04. auf Basis des Arbeitslosengeldes gemäß § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu zahlen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht wegen der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers für die Dauer vom 29.04. – 09.06. Ab dem 10.06. besteht ein Anspruch auf Krankengeld aus dem vereinbarten Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung.

## Beispiel 3 – Eintritt AU vor der vereinbarten Arbeitsaufnahme bei Vorliegen einer Versicherung ohne Krankengeldanspruch

Familienversicherung über Ehegatte bis	31.03.
Geplante Arbeitsaufnahme	01.04.
Abschluss des Arbeitsvertrags mit Arbeitgeber	02.03.
AU-Beginn und Feststellung	27.03.
Anspruch auf Entgeltfortzahlung	29.04. – 09.06.
Beginn der Mitgliedschaft aufgrund Beschäftigung Arbeitgeber	29.04.
AU-Ende	15.06.

**Ergebnis:**

Die AU tritt während der Familienversicherung ein, weshalb kein Anspruch auf Krankengeld für die AU ab 27.03. besteht. Da die AU weiterhin fortbesteht, entsteht ein Versicherungsverhältnis aufgrund der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers zum 29.04., welches grundsätzlich einen Anspruch auf Krankengeld umfasst. Der Anspruch auf Krankengeld ruht wegen der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers für die Dauer vom 29.04. – 09.06. Ab dem 10.06. besteht ein Anspruch auf Krankengeld aus dem vereinbarten Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung. Für den Zeitraum vom 01.04. – 28.04. besteht bei Erfüllung der Voraussetzungen die Familienversicherung fort.

Wird der Arbeitsvertrag hingegen erst **nach** dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen, besteht für diese Arbeitsunfähigkeit – analog 2.1.1.3.1.1 „Wahlerklärung“ und 2.1.1.3.2.1 „Wahlerklärung“ – kein Anspruch auf Krankengeld. Dies gilt selbst dann, wenn der Arbeitgeber freiwillig bzw. auf Basis einer tarif- oder einzelvertraglichen Regelung bereits vor Beginn der 5. Woche Entgeltfortzahlung leistet.

## Beispiel 4 – Eintritt AU vor Abschluss des Arbeitsvertrages bei Vorliegen einer Versicherung ohne Krankengeldanspruch

Familienversicherung über Ehegatte bis	31.03.
Geplante Arbeitsaufnahme	01.04.
Abschluss des Arbeitsvertrags mit Arbeitgeber	28.03.
AU-Beginn und Feststellung	27.03.
Anspruch auf Entgeltfortzahlung	29.04. – 09.06.
Beginn der Mitgliedschaft aufgrund Beschäftigung Arbeitgeber B	29.04.
AU-Ende	15.06.

**Ergebnis:**

Die AU tritt während der Familienversicherung ein, weshalb kein Anspruch auf Krankengeld für die AU ab 27.03. besteht. Die AU besteht bis 15.06. weiterhin fort, weshalb ein Versicherungsverhältnis aufgrund der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers zum 29.04. entsteht, welches grundsätzlich einen

## Anspruch auf Krankengeld

Anspruch auf Krankengeld umfasst. Der Anspruch auf Krankengeld besteht jedoch für die Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit nicht, weil der Arbeitsvertrag erst nach dem Beginn der AU abgeschlossen worden ist. Für den Zeitraum vom 01.04. – 28.04. besteht bei Erfüllung der Voraussetzungen die Familienversicherung fort.

## Beispiel 5 – Eintritt AU vor Abschluss des Arbeitsvertrages bei Arbeitslosigkeit

Laufender Bezug von Arbeitslosengeld	
Geplante Arbeitsaufnahme zum	01.04.
Abschluss des Arbeitsvertrags	28.03.
AU-Beginn und Feststellung	27.03.
Anspruch auf Leistungsfortzahlung durch Arbeitsagentur	27.03. – 31.03.
Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch Arbeitgeber	29.04. – 09.06.
Beginn der Mitgliedschaft aufgrund Beschäftigung	29.04.
AU-Ende	15.06.

**Ergebnis:**

Die AU tritt während des Bezuges von Arbeitslosengeld ein, weshalb ein Anspruch auf Krankengeld für die AU ab 27.03. besteht. Der Anspruch auf Krankengeld ruht aufgrund der Leistungsfortzahlung der Arbeitsagentur für den Zeitraum vom 27.03. – 31.03. Für die Zeit nach dem Ende der Leistungsfortzahlung ist Krankengeld vom 01.04. – 28.04. auf Basis des Arbeitslosengeldes I gemäß § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu zahlen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht wegen der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers für die Dauer vom 29.04. – 09.06. Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vom 10.06. – 15.06. besteht ein Anspruch auf Krankengeld in Höhe des Arbeitslosengeldes, weil der Arbeitsvertrag für die Beschäftigung B erst nach dem Beginn der AU abgeschlossen worden ist und daher hieraus für diese Arbeitsunfähigkeit kein Krankengeldanspruch abgeleitet werden kann.

## Beispiel 6 – Eintritt AU vor Abschluss des Arbeitsvertrages bei einem Arbeitgeberwechsel

Beschäftigung bei Arbeitgeber A bis	31.03.
Geplante Arbeitsaufnahme Arbeitgeber B	01.04.
Abschluss des Arbeitsvertrags mit Arbeitgeber B	28.03.
AU-Beginn und Feststellung	27.03.
Anspruch auf Entgeltfortzahlung Arbeitgeber A	27.03. – 31.03.
Anspruch auf Entgeltfortzahlung Arbeitgeber B	29.04. – 09.06.
Beginn der Mitgliedschaft aufgrund Beschäftigung Arbeitgeber B	29.04.
AU-Ende	15.06.

**Ergebnis:**

Die AU tritt während des Beschäftigungsverhältnisses bei Arbeitgeber A ein, weshalb ein Anspruch auf Krankengeld für die AU ab 27.03. besteht. Der Anspruch auf Krankengeld ruht aufgrund der Entgeltfortzahlung bis zum 31.03. Für die Zeit nach dem Ende der Beschäftigung bei Arbeitgeber A ist Krankengeld vom 01.04. – 28.04. auf Basis des Arbeitsentgelts aus der Beschäftigung bei Arbeitgeber A zu zahlen. Die AU besteht bis 15.06. weiterhin fort, weshalb der Anspruch auf Krankengeld wegen der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers B für die Zeit vom 29.04. – 09.06. erneut ruht. Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vom 10.06. – 15.06. besteht weiterhin der Anspruch auf Krankengeld aus dem vereinbarten Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung A, weil der Arbeitsvertrag für die Beschäftigung B erst nach dem Beginn der AU abgeschlossen worden ist und hieraus für diese Arbeitsunfähigkeit kein Krankengeldanspruch abgeleitet werden kann.

## Anspruch auf Krankengeld

### 2.1.1.1.1.1 Arbeitnehmer mit flexibler Arbeitszeitenregelung

Mit dem Gesetz zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 06.04.1998 (BGBl I S. 688) wurden Regelungen in das Sozialgesetzbuch eingefügt, die insbesondere die Nachteile beseitigen sollten, die sich im Mitgliedschafts- und Beitragsbereich dann ergeben, wenn einzelne Kalendermonate nicht mit Arbeitsentgelt belegt sind. Im Leistungsrecht gelten seither § 47 Abs. 2 Satz 4 und 5 SGB V sowie § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V. Diese Vorschriften greifen nur in den Fällen, in denen sich die Freistellungsphase bei flexiblen Arbeitszeitregelungen auf mindestens einen vollen Kalendermonat erstreckt.

Arbeitnehmer haben während einer flexiblen Arbeitszeitregelung grundsätzlich einen Anspruch auf Krankengeld, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Treten diese (z. B. Eintritt der Arbeitsunfähigkeit) erst während einer vollständigen Freistellung aufgrund des gewählten Arbeitszeitmodells in der Freistellungsphase ein, besteht ein Anspruch auf Krankengeld nur dann, wenn die Arbeitnehmer nicht von vornherein absehbar dauerhaft im direkten Anschluss aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Der Anspruch auf Krankengeld ruht jedoch im vollem Umfang aufgrund des weitergezahlten Arbeitsentgelts (siehe 6.6.1 „Freistellungsphase“). Nach dem Ende der Freistellungsphase (Ende des Ruhens des Krankengeldanspruchs nach § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V) ist Krankengeld zu zahlen, wenn zu diesem Zeitpunkt die weiteren Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind (Urteil LSG Berlin-Brandenburg vom 29.09.2014 – L 9 KR 389/12).

Wurde hingegen eine Freistellung von der Arbeitsleistung bei Fortzahlung der Bezüge vereinbart und es ist davon auszugehen, dass die Arbeit nach der Freistellung nicht mehr aufgenommen wird, so besteht kein Anspruch mehr auf Krankengeld.

#### 2.1.1.1.1.1.1 Flexible Arbeitszeitmodelle

Die üblichen flexiblen Arbeitszeitmodelle erlauben Arbeitnehmern grundsätzlich, eine längere Zeit der Arbeit fern zu bleiben, ohne hierdurch Nachteile zu erleiden. Die Dauer der flexiblen Arbeitszeit wird zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber vereinbart. Sie unterteilt sich in eine Arbeits- und eine Freistellungsphase. In der regelhaft vorausgehenden Arbeitsphase wird der Arbeitnehmer in dem gewohnten Umfang seine Beschäftigung weiter ausüben. Allerdings erhält er hierfür nicht das dem Umfang der Tätigkeit entsprechende Arbeitsentgelt, sondern nur den vereinbarten Betrag (z. B. nur 50 %). Der nicht ausgezahlte Arbeitsentgeltanspruch dient der Sicherung des Lebensunterhaltes in der sich anschließenden Freistellungsphase. Hier bleibt der Arbeitnehmer der Arbeit fern; der Arbeitgeber ist dennoch zur (monatlichen) Zahlung des entsprechend angesparten Arbeitsentgelts verpflichtet. In der Arbeitsphase wird also für die Freistellungsphase ein sogenanntes Wertguthaben erarbeitet. Wurde das für die Freistellungsphase erforderliche

## Anspruch auf Krankengeld

Wertguthaben erreicht, kann die Freistellungsphase vereinbarungsgemäß beginnen (vgl. §§ 7 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 und 7b SGB IV).

### 2.1.1.1.1.2 Auswirkung auf den Krankengeldanspruch

Die Berechnung des Krankengeldes erfolgt daher individuell angepasst an die jeweilige Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wobei der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit beachtet werden muss. Das Krankengeld orientiert sich daher an den jeweils aktuellen Verhältnissen (siehe 3.1.3 „Arbeitnehmer mit einer flexiblen Arbeitszeitregelung“).

Entscheidend für die flexible Arbeitszeit, den Beginn und das Ende der Arbeits- bzw. Freistellungsphase und den Aufbau des Wertguthabens sind jeweils die vertraglichen Absprachen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Diese müssen daher bei der Berechnung des Krankengeldes entsprechend berücksichtigt werden:

- Bei arbeitsunfähigkeitsbedingter fehlender Entgelt(fort)zahlung zu Beginn der beabsichtigten flexiblen Arbeitszeit kann sich deren Beginn auf den Zeitpunkt nach der Arbeitsunfähigkeit verschieben, sofern die vertragliche Vereinbarung dies entsprechend regelt. Denkbar ist jedoch auch, dass die flexible Arbeitszeitregelung trotz Arbeitsunfähigkeit – wie vereinbart – beginnt. In diesem Fall ist von Bedeutung, ob die Vereinbarung auch vorsieht, dass für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Krankengeldbezugs Wertguthaben gebildet wird (siehe 3.1.3.1 „Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung“).
- Zeiten ohne Anspruch auf Arbeitsentgelt (z. B. Krankengeldbezug) füllen das Wertguthaben in der Regel nicht auf, so dass sich unter Umständen die Arbeitsphase verlängern kann, bis das für die Freistellungsphase erforderliche Wertguthaben erarbeitet werden konnte. Dies führt in der Regel zu einer Verkürzung der Freistellungsphase. Aber auch hier sind vertragliche Abweichungen denkbar (siehe 3.1.3.2 „Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung“).

Tritt die Arbeitsunfähigkeit während der Freistellungsphase ein, ruht der Anspruch auf Krankengeld nach § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V (siehe 6.6.1 „Freistellungsphase“). Dies ist insoweit sozial gerechtfertigt, als der Arbeitnehmer durch die Auszahlung des Wertguthabens in dieser Zeit finanziell abgesichert ist.

Der Eintritt von Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung kann für die Versicherten mit Nachteilen verbunden sein. Diese Nachteile lassen sich durch die derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen jedoch nicht vermeiden. Sie sind in die Entscheidung des

## Anspruch auf Krankengeld

Arbeitnehmers über die Durchführung einer flexiblen Arbeitszeitregelung mit einzubeziehen und somit gegebenenfalls in Kauf zu nehmen.

Bei flexiblen Arbeitszeitvereinbarungen ist für die Zeiten der tatsächlichen Arbeitsleistung und der Freistellung das in dem jeweiligen Zeitraum fällige Arbeitsentgelt als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt bei der Beitragsberechnung zu berücksichtigen. Erzieltes, aber für die Freistellungsphase angespartes Wertguthaben wird demnach auch erst in der Freistellungsphase verbeitragt. Eine besondere Form der flexiblen Arbeitszeit ist die Altersteilzeit (siehe 2.1.1.1.1.3 „Besonderheit Altersteilzeit“).

Von den im Sinne der Gesetzgebung betrachteten flexiblen Arbeitszeitregelungen sind jedoch Veränderungen im Beschäftigungsverhältnis wie z.B. der Übergang von einer Vollzeitbeschäftigung in eine Teilzeitbeschäftigung zu unterscheiden (siehe 2.1.1.1.1.4 „Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses“)

### **2.1.1.1.1.3 Besonderheit Altersteilzeit**

Durch Altersteilzeitarbeit soll älteren Arbeitnehmern ein gleitender Übergang vom Erwerbsleben in die Altersrente ermöglicht werden. Bei der Altersteilzeit handelt sich ebenfalls um eine flexible Arbeitszeitregelung, so dass die Ausführungen (siehe 2.1.1.1.1.1 „Arbeitnehmer mit flexibler Arbeitszeitenregelung“, 3.1.3 „Arbeitnehmer mit einer flexiblen Arbeitszeitregelung“ und 6.6 „Flexible Arbeitszeitregelungen“) grundsätzlich entsprechend anzuwenden sind.

Lediglich die „Laufzeiten“ einer Altersteilzeitvereinbarung sind regelmäßig länger als bei sonstigen flexiblen Arbeitszeitvereinbarungen. Gleichzeitig ist nach dem Ende der Freistellungsphase regelmäßig – im Gegensatz zu anderen flexiblen Arbeitszeitregelungen – ein Ausscheiden aus der Beschäftigung vorgesehen, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Arbeit nach der Freistellung nicht mehr aufgenommen wird. Es besteht daher nach dem Ende der Freistellungsphase regelmäßig kein Anspruch mehr auf Krankengeld.

### **2.1.1.1.1.4 Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses**

Auch bei einer Veränderung des Beschäftigungsverhältnisses (z. B. bei Übergang von Vollzeit- zur Teilzeitarbeit, bei Arbeitsplatzumbesetzungen, bei Beendigung des Probearbeitsverhältnisses) besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Krankengeld, jedoch ist ein solcher Übergang von den flexiblen Arbeitszeitregelungen im Sinne des Gesetzes zu unterscheiden.

Nach dem bisher geltenden Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in bestehenden Teilzeitarbeitsverhältnissen, die ihre Arbeitszeit (wieder) verlängern

## Anspruch auf Krankengeld

wollen und dies ihrem Arbeitgeber mitteilen, bei der Besetzung entsprechender freier Arbeitsplätze bei gleicher Eignung gegenüber anderen Bewerberinnen und Bewerbern bevorzugt zu berücksichtigen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Teilzeitrechts – Einführung einer Brückenteilzeit vom 11.12.2018 (BGBl I S. 2384) haben Beschäftigte in Unternehmen mit mehr als 45 Arbeitnehmern seit Januar 2019 einen Anspruch auf befristete Teilzeit. Dieser Rechtsanspruch sieht vor, dass Arbeitnehmer, die länger als sechs Monate in einem Unternehmen beschäftigt sind, ihre Arbeitszeit für einen Zeitraum von mindestens einem, höchstens jedoch für fünf Jahre reduzieren können. Die Tarifvertragsparteien erhalten die Möglichkeit, hiervon abweichende Regelungen zu vereinbaren. Der Anspruch ist unabhängig von Gründen wie Kindererziehung oder Weiterbildung. Von dieser Neuregelung erfasst sind auch die Männer und Frauen, deren Teilzeitarbeit vor dem 01.01.2019 begann.

Die Regelungen für Arbeitnehmer wurden dahingehend angepasst, dass die Realisierung der Arbeitnehmerwünsche nach Verlängerung der Arbeitszeit erleichtert werden, indem die Darlegungs- und Beweislast in stärkerem Maße auf den Arbeitgeber übertragen wird. Arbeitnehmer sollen freiwillig in Teilzeit arbeiten können, aber nicht unfreiwillig in Teilzeitarbeit verbleiben müssen. Für diejenigen, die ihre Arbeitszeit zeitlich begrenzt verringern möchten, wurde im TzBfG sichergestellt, dass sie nach Ablauf der zeitlichen Begrenzung der Teilzeitarbeit wieder zu ihrer ursprünglich vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zurückkehren, sofern der Arbeitgeber nicht berechtigte Gründe dagegen geltend machen kann.

Trotz dieser mit einer flexiblen Arbeitszeitregelung vergleichbaren klaren zeitlichen Abgrenzbarkeit hängt – abweichend zu flexiblen Arbeitszeitregelungen mit Aufbau von Wertguthaben – der Umfang des Anspruchs auf Krankengeld ausschließlich vom erzielten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum ab. Änderungen des Inhalts des Arbeitsverhältnisses, die nach Ablauf des für die Krankengeldberechnung maßgeblichen Entgeltabrechnungszeitraumes wirksam werden, haben keinen Einfluss auf die Berechnung des Regelentgelts (siehe 3.1.1.1.2.4 „Änderung des Inhalts des Arbeitsverhältnisses nach Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraums“).

### 2.1.1.1.2 Arbeitnehmer mit Familienpflegezeit

Versicherte, die mit ihrem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) vereinbaren, haben einen Anspruch auf Krankengeld, sofern die übrigen Voraussetzungen für die Gewährung des Krankengeldes erfüllt sind.

Voraussetzung für die Familienpflegezeit ist nach § 2 Abs. 1 FPfZG, dass für die Dauer von höchstens zwei Jahren die wöchentliche Arbeitszeit bis zu einem Mindestumfang von 15 Stunden zur häuslichen Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen reduziert wird (Pflegephase).

## Anspruch auf Krankengeld

Gleiches gilt nach § 2 Abs. 5 FPfZG, wenn Arbeitnehmer einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. "Nahe Angehörige" in diesem Sinne sind die in § 7 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 PflegeZG genannten Personen.

Während der reduzierten Arbeitszeit in der Pflegephase haben Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA), welches maximal die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettoarbeitsentgelts abdeckt. Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt. Betroffene haben das Darlehen beim BAFzA zu beantragen. Das Darlehen wird während der Arbeitsunfähigkeit fortgezahlt und hat keine Auswirkungen auf den Anspruch auf Krankengeld.

Arbeitnehmer und Arbeitgeber können aber auch eine Aufstockung des Arbeitsentgelts über Wertguthaben vereinbaren (z. B. Verringerung der Arbeitszeit von 100 % auf 50 % bei einem Gehalt von 75 % des letzten Bruttoeinkommens). Der Versicherte erhält dann während der reduzierten Arbeitszeit in der Pflegephase eine Aufstockung des Arbeitsentgelts, entweder aus einem vorhandenen Wertguthaben oder als negatives Wertguthaben. Ein negatives Wertguthaben wird im Anschluss an die Pflegephase wieder erarbeitet (z. B. Arbeitnehmer arbeitet wieder voll, bekommt aber weiterhin nur 75 % des Bruttoarbeitsentgelts, bis der Vorschuss nachgearbeitet ist). Für diese Versicherten gelten die Regelungen unter 2.1.1.1.1.1 „Arbeitnehmer mit flexibler Arbeitszeitenregelung“ entsprechend.

### **2.1.1.1.1.3 In einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger)**

Auch in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Arbeitnehmer mit einem Wohnort in einem anderen Mitgliedsstaat der EU, des EWR, der Schweiz sowie der Abkommensstaaten Bosnien–Herzegowina, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien haben einen Anspruch auf Krankengeld, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Hierbei sind Besonderheiten in der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts zu berücksichtigen (siehe auch 4.1.2.1.2.2 „Steuerabzüge für in einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger)“).

### **2.1.1.1.1.4 Auszubildende**

#### **2.1.1.1.1.4.1 Auszubildende mit Arbeitsentgelt**

Auszubildende haben einen Anspruch auf Krankengeld, sofern sie Ausbildungsvergütung bzw. Arbeitsentgelt beziehen und die weiteren Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.



## Anspruch auf Krankengeld

Für Auszubildende gelten unterschiedliche Bestimmungen im Zusammenhang mit dem Ruhen des Krankengeldes. Näheres hierzu siehe unter [6.1.1.1.1 „Auszubildende“](#).

### **2.1.1.1.1.4.2 Auszubildende ohne Arbeitsentgelt**

Auszubildende, welche weder einen Anspruch auf Arbeitsentgelt noch einen Anspruch auf Ausbildungsvergütung haben (insbesondere bei schulischer Aus- und Weiterbildung oder Teilnehmer des 2. Bildungsweges), haben keinen Anspruch auf Krankengeld, da ihnen kein Arbeitsentgelt aufgrund der Arbeitsunfähigkeit ausfällt.

### **2.1.1.1.1.5 Zulässige Beschäftigung während einer Elternzeit**

Üben Versicherte während ihrer Elternzeit eine zulässige Beschäftigung aus, besteht ein Anspruch auf Krankengeld für diese Beschäftigung, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden. Hiervon abzugrenzen sind Ansprüche aus einer Versicherung nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (siehe [2.1.1.1.9 „Fortbestand einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V“](#)).

### **2.1.1.1.1.6 Heimarbeiter**

Heimarbeiter zählen gemäß § 12 Abs. 2 SGB IV zu den Beschäftigten, weshalb dieser Personenkreis sowohl arbeitsrechtlich als auch sozialversicherungsrechtlich den Arbeitnehmern gleichgestellt ist. Als Heimarbeiter gelten diejenigen Personen, welche in eigener Arbeitsstätte im Auftrag von Gewerbetreibenden, gemeinnützigen Unternehmen oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften erwerbsmäßig (gegen Entgelt) tätig sind.

In Heimarbeit Beschäftigte haben bei Arbeitsunfähigkeit entweder einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung für sechs Wochen oder nach § 10 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 1 EntgFG einen Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt. In Heimarbeit Beschäftigte haben daher einen Anspruch auf Krankengeld, wenn die weiteren Anspruchsvoraussetzungen (z. B. Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit) erfüllt sind. Dies bedeutet, der Anspruch besteht unabhängig davon, ob ein Anspruch auf eine 6-wöchige Entgeltfortzahlung besteht oder auf welcher Basis die Entgeltfortzahlung erfolgt (nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz oder aufgrund arbeits- oder tarifvertraglicher Regelungen).

Die Besonderheiten beim Ruhen des Anspruchs sind zu beachten (siehe [6.1.1.1.3 „Heimarbeiter“](#)).

## Anspruch auf Krankengeld

### 2.1.1.1.1.7 Arbeitnehmer ohne 6-wöchigen Entgeltfortzahlungsanspruch

Arbeitnehmer, die einen 6-wöchigen Entgeltfortzahlungsanspruch nicht realisieren können (z. B. Dauer des Beschäftigungsverhältnisses bis zu 10 Wochen), haben nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V keinen Anspruch auf Krankengeld, es sei denn, das Mitglied gibt eine Wahlerklärung ab, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (siehe [2.1.1.3.2 „Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte“](#)).

### 2.1.1.1.1.8 Beschäftigung für die Dauer eines Kündigungsschutzprozesses

Sofern ein Arbeitnehmer gekündigt wurde und hiergegen Klage eingelegt hat, befindet sich das Beschäftigungsverhältnis und damit die hieraus ableitbaren Entgeltansprüche für die Dauer dieses Kündigungsschutzprozesses in einem Schwebezustand.

Eine Beschäftigung für die Dauer des Kündigungsschutzprozesses ist dennoch eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt und damit ein Beschäftigungsverhältnis im sozialrechtlichen Sinne des § 7 SGB IV, auch wenn sich dieses in einem Schwebezustand befindet.

Damit besteht in diesem Fall grundsätzlich auch ein Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krankengeld, sofern auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden.

In diesen Zusammenhang sind jedoch Besonderheiten bei der Entgeltfortzahlung zu beachten (siehe [6.1.1.1.2 „Beschäftigung für die Dauer eines Kündigungsschutzprozesses“](#)).

### 2.1.1.1.2 Leistungsbezieher nach dem SGB III

Bezieher von Leistungen nach dem SGB III (Arbeitslose) haben im Fall einer Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld. Gleichzeitig besitzen Arbeitslose bei jeder Arbeitsunfähigkeit einen Anspruch auf Leistungsfortzahlung nach dem SGB III mit einer Dauer von bis zu 42 Kalendertagen. Der Anspruch auf Krankengeld ruht daher für diesen Zeitraum (siehe [6.3 „Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen“](#)).

#### 2.1.1.1.2.1 Ruhen des Arbeitslosengeldbezuges

##### 2.1.1.1.2.1.1 Sperrzeit (§ 159 SGB III)

Versicherte, die Arbeitslosengeld nach dem SGB III nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) ruht, haben einen Anspruch auf Krankengeld, wenn auch die übrigen Voraussetzungen vorliegen.

## Anspruch auf Krankengeld

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) vom 04.04.2017 ist § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V dahingehend angepasst worden, dass die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung für die Zeit besteht, für die Versicherte Arbeitslosengeld beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.

Hierdurch wird erreicht, dass grundsätzlich bereits ab dem ersten Tag einer Sperrzeit Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch ein Anspruch auf Krankengeld besteht. Diese Versicherungspflicht beginnt frühestens mit dem Tag, an dem Arbeitslosengeld allein aufgrund des Ruhens wegen einer Sperrzeit nicht bezogen wird und somit die übrigen Anspruchsvoraussetzungen sowie der Antrag auf Arbeitslosengeld vorliegen.

Es ist zwar grundsätzlich davon auszugehen, dass der Antrag auf Arbeitslosengeld bereits vor dem tatsächlichen Ende einer Beschäftigung gestellt wird, dennoch können weiterhin Fallgestaltungen auftreten, in denen sich die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nicht nahtlos an das Beschäftigungsende anschließt.

### Beispiel 7 – Eintritt einer späteren Versicherungspflicht

Beschäftigungsende aufgrund eigener Kündigung zum	31.03.
Sperrzeit wegen der eigenen Kündigung	01. 04. – 23.06.
Antrag auf Arbeitslosengeld wegen des Bewusstseins der Sperrzeit	20.04.
<b>Ergebnis:</b>	
Die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung tritt erst mit der Arbeitslosmeldung am 20.04. ein.	

Tritt eine Arbeitsunfähigkeit **vor** Eintritt der Versicherungspflicht als Arbeitslosengeldempfänger ein, kann ein Anspruch auf Krankengeld ausschließlich im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bestehen, wenn die Voraussetzungen für das Krankengeld (z. B. Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit) bereits innerhalb eines Monats nach dem Ende der Beschäftigung vorliegen (siehe [2.1.1.1.8 „Nachgehender Leistungsanspruch \(§ 19 Abs. 2 SGB V\)“](#)).

Tritt eine Arbeitsunfähigkeit **nach** Eintritt der Versicherungspflicht als Arbeitslosengeldempfänger ein, kann ein Anspruch auf Krankengeld nach dem Ende der Sperrzeit in Betracht kommen, wenn die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden. Für die Dauer der Sperrzeit besteht ein Anspruch auf Krankengeld, dieser ruht jedoch nach § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V (siehe [6.1.3 „Sperrzeit/Urlaubsabgeltung/Entlassungsschädigung“](#)).

## Anspruch auf Krankengeld

**2.1.1.1.2.1.2                    Bezieher einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III)**

Versicherte, die Arbeitslosengeld nach dem SGB III nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht, haben einen Anspruch auf Krankengeld, wenn auch die übrigen Voraussetzungen vorliegen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) vom 04.04.2017 war § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V dahingehend angepasst worden, dass die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung für die Zeit besteht, für die Versicherte Arbeitslosengeld beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Urlaubsabgeltung ruht.

Hierdurch wird erreicht, dass grundsätzlich bereits ab dem ersten Tag des Ruhens des Arbeitslosengeldes aufgrund einer Urlaubsabgeltung Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch ein Anspruch auf Krankengeld besteht. Diese Versicherungspflicht als Arbeitslosengeldbezieher beginnt frühestens mit dem Tag, an dem Arbeitslosengeld allein aufgrund des Ruhens wegen einer Urlaubsabgeltung nicht bezogen wird und somit die übrigen Anspruchsvoraussetzungen sowie insbesondere der Antrag auf Arbeitslosengeld vorliegen.

Hierbei ist zu beachten, dass der Erhalt einer Urlaubsabgeltung zwar zum Ruhens des Arbeitslosengeldes führt, eine vergleichbare Regelung im SGB V für das Krankengeld jedoch nicht vorhanden ist. Der Anspruch auf Krankengeld ruht daher bei einer durch den Arbeitgeber zu leistenden Urlaubsabgeltung – unabhängig von einer evtl. Arbeitslosmeldung – nicht. Krankengeld ist daher bei Erfüllung aller weiteren Anspruchsvoraussetzungen in Höhe des Arbeitslosengeldes zu zahlen (siehe Gemeinsames Rundschreiben zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes von SGB III-Leistungsbeziehern vom 21.12.2009).

Es ist zwar grundsätzlich davon auszugehen, dass der Antrag auf Arbeitslosengeld bereits vor dem tatsächlichen Ende einer Beschäftigung gestellt wird, dennoch können weiterhin Fallgestaltungen auftreten, in denen sich die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nicht nahtlos an das Beschäftigungsende anschließt (siehe 2.1.1.1.2.1.1 „Sperrzeit (§ 159 SGB III)“, Beispiel 7 – Eintritt einer späteren Versicherungspflicht).

Tritt eine Arbeitsunfähigkeit vor Eintritt der Versicherungspflicht als Arbeitslosengeldbezieher ein, kann ein Anspruch auf Krankengeld ausschließlich im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bestehen, wenn die Voraussetzungen für das Krankengeld (z. B. Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit) bereits innerhalb eines Monats nach dem Ende der Beschäftigung vorliegen (siehe 2.1.1.1.8 „Nachgehender Leistungsanspruch (§ 19 Abs. 2 SGB V)“).

## Anspruch auf Krankengeld

### 2.1.1.1.2.1.3 **Ruhen des Arbeitslosengeldes wegen einer Entlassungsentschädigung**

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) vom 04.04.2017 war § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V nur dahingehend angepasst worden, dass nunmehr die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung für die Zeit besteht, für die Versicherte Arbeitslosengeld beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit oder einer Urlaubsabgeltung ruht. Eine entsprechende Aussage zur Versicherungspflicht im Zusammenhang mit dem Ruhen des Arbeitslosengeldes wegen Zahlung einer Entlassungsentschädigung wurde nicht getroffen.

Für Versicherte, die Arbeitslosengeld nach dem SGB III nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Entlassungsentschädigung (§ 158 SGB III) ruht, entsteht daher keine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung ab Beginn des Ruhenszeitraumes wegen einer Entlassungsentschädigung, weshalb die Versicherten grundsätzlich keinen Anspruch auf Krankengeld haben.

Entlassungsentschädigungen führen häufig – entgegen der Sperrzeit und Urlaubsabgeltung – für einen erheblich längeren Zeitraum zum Ruhen des Arbeitslosengeldes. Der Gesetzgeber hat daher den vorgezogenen Eintritt der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung auf die Fälle von Sperrzeiten und Urlaubsabgeltungen begrenzt. In diesem Zusammenhang ist für den Krankengeldanspruch relevant, wie die weitere Versicherung nach dem Ende der bisherigen Versicherung durchgeführt wird.

Ein Anspruch auf Krankengeld kann ausschließlich im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V bestehen, wenn die Voraussetzungen für das Krankengeld (z. B. Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit) bereits innerhalb eines Monats nach dem Ende der Beschäftigung vorliegen (siehe [2.1.1.1.8 „Nachgehender Leistungsanspruch \(§ 19 Abs. 2 SGB V\)“](#)).

### 2.1.1.1.2.2 **Bezieher von Kurzarbeitergeld**

Auch für Versicherte während eines Kurzarbeitergeld-Anspruchszeitraums besteht ein Anspruch auf Krankengeld, sofern sie die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Zu den Besonderheiten bei der Berechnung, Zahlung und Höhe des Krankengeldes bei Bezug von Kurzarbeitergeld siehe [Gemeinsames Rundschreiben zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes von SGB III-Leistungsbeziehern vom 21.12.2009](#).

## Anspruch auf Krankengeld

### 2.1.1.1.2.3            **Bezieher von Insolvenzgeld**

Grundsätzlich besteht auch für Versicherte während des Insolvenzzeitraums Anspruch auf Krankengeld, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden.

Für die Feststellung, nach welcher Vorschrift das Krankengeld während eines Insolvenzzeitraums gezahlt wird, sind jeweils die maßgebenden Verhältnisse zu beurteilen. Zu den Besonderheiten bei der Berechnung, Zahlung und Höhe des Krankengeldes bei Bezug von Insolvenzgeld siehe [Gemeinsames Rundschreiben zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes von SGB III-Leistungsbeziehern vom 21.12.2009](#).

### 2.1.1.1.3            **Leistungsbezieher nach dem SGB VI**

#### 2.1.1.1.3.1            **Bezieher von Übergangsgeld**

##### 2.1.1.1.3.1.1            **Versicherungspflichtige Rehabilitanden nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V**

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung sind krankenversicherungspflichtig, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Sofern während dieser Teilhabeleistungen ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht, umfasst das Versicherungsverhältnis auch den Anspruch auf Krankengeld (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Wird während der Maßnahme Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen wird, besteht der grundsätzliche Anspruch auf Krankengeld. Je nach Maßnahme wird das Übergangsgeld dabei für unterschiedliche Zeiträume fortgezahlt. Für die aktuell durch die Rentenversicherung vorgesehenen Fortzahlungszeiträume siehe [Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld](#).

Der Krankengeldanspruch ruht regelmäßig für die Dauer des Bezugs von Übergangsgeld (siehe [6.3 „Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen“](#)). Nähere Hinweise zur Berechnung des Krankengeldes für Rehabilitanden siehe [3.2.2.4 „Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“](#).

##### 2.1.1.1.3.1.2            **Medizinische Reha mit Anspruch auf Übergangsgeld**

Versicherte, für die ein Anspruch auf Übergangsgeld gemäß § 20 SGB VI besteht, haben bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit während der medizinischen Maßnahme zu Lasten der Rentenversicherung gleichzeitig auch einen Anspruch auf Krankengeld (§ 44 Abs. 1 SGB V – erste Tatbestandsalternative), wenn ihr Versicherungsverhältnis einen solchen Anspruch umfasst (siehe

## Anspruch auf Krankengeld

2.1.1.1 „Anspruchsberechtigter Personenkreis“). Der Krankengeldanspruch ruht regelmäßig für die Dauer des Bezugs von Übergangsgeld (siehe [6.3.1 „Übergangsgeld“](#)).

Die Aussagen gelten gleichermaßen für das Anschlussübergangsgeld nach § 71 Abs. 4 SGB IX sowie das Zwischenübergangsgeld nach § 71 Abs. 1 SGB IX.

### 2.1.1.1.3.2 Bezieher von Renten

Die gesetzlich versicherten Bezieher

- einer Hinterbliebenenrente,
- einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung,
- einer Rente für Bergleute oder einer Knappschaftsausgleichsleistung (vgl. § 50 Abs. 2 SGB V),
- einer Altersrente, der Rente wegen Erwerbsminderung oder der Landabgaberente aus der Alterssicherung der Landwirte sowie
- einer Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung

haben einen Anspruch auf Krankengeld, wenn ihnen aufgrund der Arbeitsunfähigkeit beitragspflichtiges Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus nicht hauptberuflich selbstständiger Tätigkeit entgeht (siehe auch [3.2.2.2 „Rentner und Versorgungsempfänger“](#)).

Durch die Bewilligung von Renten kann der Anspruch auf Krankengeld trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen oder gekürzt sein (siehe [7 „Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes“](#)).

### 2.1.1.1.4 Versicherte nach dem KVLG 1989

Rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige haben bei Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit nach § 12 KVLG 1989 Anspruch auf Krankengeld gemäß den Vorschriften des SGB V.

Weiterhin erhalten Krankengeld nach den Vorschriften des SGB V:

- nach § 2 Abs. 1 Nr. 6 KVLG 1989 versicherte Arbeitslose, die die Voraussetzungen einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erfüllen.
- Landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989, die saisonal als Arbeitnehmer tätig sind, wenn die Arbeitsunfähigkeit während der Dauer des

## Anspruch auf Krankengeld

Beschäftigungsverhältnisses eingetreten ist (§ 12 Satz 1 Nr. 3 i.V.m. § 3 Abs. 2 Nr. 1 KVLG 1989).

- Freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfüllen (§ 12 Satz 1 Nr. 4 KVLG 1989).

Anspruch auf Krankengeld haben nach § 13 KVLG 1989 auch mitarbeitende Familienangehörige, die nicht rentenversicherungspflichtig sind. Auf die Anwendungen der Vorschriften im SGB V wird hier nicht verwiesen. Die Höhe, Berechnung und Zahlung des Krankengeldes für diesen Personenkreis wird in § 13 KVLG 1989 abschließend geregelt.

### 2.1.1.1.5 Künstler und Publizisten

Künstler und Publizisten haben einen Anspruch auf Krankengeld ab der siebten Woche einer Arbeitsunfähigkeit, sofern die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Zu den Besonderheiten beim Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld wird auf [2.2 „Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld“](#) verwiesen.

### 2.1.1.1.6 Seeleute

Seeleute nach § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB IV haben einen Anspruch auf Krankengeld, wenn sie arbeitsunfähig sind.

### 2.1.1.1.7 Teilnehmer an Freiwilligendiensten

Sowohl den Teilnehmern am Bundesfreiwilligendienst als auch den Teilnehmern am Jugendfreiwilligendienst, welche einen Anspruch auf Arbeitsentgelt (ggf. ausschließlich auf Sachbezüge in Form von Verpflegung und/oder Unterkunft) haben, besitzen einen Anspruch auf Krankengeld, sofern sie arbeitsunfähig sind. Die Ausführungen unter [3.2.5 „Teilnehmer an Freiwilligendiensten“](#) sind zu berücksichtigen.

### 2.1.1.1.8 Nachgehender Leistungsanspruch (§ 19 Abs. 2 SGB V)

Nach § 19 Abs. 2 SGB V besteht ein Anspruch auf Leistungen für längstens einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft von Versicherungspflichtigen, solange keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Der nachgehende Anspruch besteht nur, sofern die Lücke zwischen zwei Versicherungsverhältnissen nicht länger als einen Monat besteht. Der Anspruch auf eine Familienversicherung verdrängt diesen Anspruch.



## Anspruch auf Krankengeld

Lediglich in den Einzelfällen, in denen die Krankenkasse bereits vor dem Ablauf der Monatsfrist im Sinne des § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V Kenntnis über die Geltendmachung eines möglichen Anspruchs auf Krankengeld erhält, bedarf es für die Entscheidung über das Bestehen eines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V einer Prognose, ob spätestens nach Ablauf eines Monats eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall erlangt wird. Hintergrund der Notwendigkeit einer prognostischen Beurteilung des Versicherungsstatus ist, dass der Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 Satz 1 SGB V im Gegensatz zum Leistungsanspruch aus der Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 188 Abs. 4 SGB V auch einen Krankengeldanspruch beinhalten kann.

Die Prognoseentscheidung kann erst dann vorgenommen werden, wenn alle für eine Beurteilung des Krankengeldanspruchs notwendigen Unterlagen der Krankenkasse vorliegen. In die Prognose sind regelmäßig alle mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Versicherungstatbestände und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzubeziehen. Bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung auf der Grundlage der Prognose verbleibt es selbst dann, wenn sich der tatsächliche Verlauf wider Erwarten anders entwickelt. Eine rückwirkende Korrektur des Versicherungsverhältnisses findet nicht statt; vielmehr ist nur eine zukunftsbezogene Umstellung ab dem Zeitpunkt der geänderten Prognose vorzunehmen. Ändert sich die Prognose aufgrund einer weiteren ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, ist als Umstellungszeitpunkt der Zeitpunkt dieser ärztlichen Feststellung maßgebend. Hierdurch werden Ungleichbehandlungen der Versicherten bei der Beurteilung der Dauer von Leistungsansprüchen vermieden, welche sich sonst durch unterschiedliche Zeitpunkte der Vorlage der Unterlagen bei der Krankenkasse ergeben könnten. Da die Feststellung des Arztes und damit Änderung der Prognose regelmäßig in den Lauf eines Tages fällt, ist eine zukunftsbezogene Umstellung immer zum auf den Feststellungstag folgenden Tag vorzunehmen. Der dargestellte Grundsatz gilt sowohl für Versicherungsverhältnisse nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V als auch nach § 188 Abs. 4 SGB V.

Der Unterschied zwischen der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V und der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V besteht allerdings darin, dass die obligatorische Anschlussversicherung sich entsprechend dem Wortlaut des § 188 Abs. 4 SGB V nahtlos an die vorangegangene Versicherungspflicht oder Familienversicherung anschließt und somit eine unzutreffende Prognoseentscheidung zugunsten des nachgehenden Leistungsanspruchs für die Vergangenheit zu korrigieren wäre. Die Korrektur würde dementsprechend die mit dem (rückwirkend) veränderten versicherungsrechtlichen Status einhergehende Veränderung der Leistungsansprüche einschließen; in der Konsequenz wäre ein im Rahmen des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V bereits eingeräumter Krankengeldanspruch dem Grunde nach rückwirkend zu korrigieren.

Im Hinblick auf die nachvollziehbaren Versicherteninteressen wird in den Sachverhaltskonstellationen, in denen dem Versicherten bereits ein Krankengeldanspruch eingeräumt wurde und im

## Anspruch auf Krankengeld

Zuge einer prognostischen Statusentscheidung der nachgehende Leistungsanspruch zu beenden ist, vom Zeitpunkt nach Beendigung dieses Anspruchs regelmäßig die Mitgliedschaft im Rahmen einer Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V fortgeführt; für die Vergangenheit bleibt der Leistungsanspruch nach § 19 Abs. 2 SGB V unberührt.

## Beispiel 8 – Prognostische Beurteilung kein Krankengeldanspruch

Ende des Beschäftigungsverhältnisses und der Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zum	31.05.
Zahlung einer Entlassungsentschädigung für den Zeitraum bis zu erwartender Beginn einer Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	30.11. 01.12.
grundsätzlicher Zeitraum nach § 19 Abs. 2 SGB V	01.06. – 30.06.
Es besteht kein Anspruch auf eine Familienversicherung	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	12.06.
voraussichtlich bis	03.07.
Antrag auf Krankengeld und Vorlage aller für die Beurteilung notwendigen Unterlagen durch Versicherten am	14.06.
<b>Ergebnis:</b>	
Die Arbeitsunfähigkeit tritt in der Zeit des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 Abs. 2 SGB V ein. Eine prognostische Beurteilung des Versicherungsstatus ist aufgrund des Antrags auf Krankengeld vom 14.06. notwendig. Im Rahmen der prognostischen Einschätzung ist nicht davon auszugehen, dass ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall innerhalb des Zeitraums des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat vorliegen wird oder sich nahtlos anschließt.	
Für die Zeit ab dem 01.06. ist daher eine Mitgliedschaft nach § 188 Abs. 4 SGB V durchzuführen. Der Anspruch auf Krankengeld ist (für diese Arbeitsunfähigkeit) ausgeschlossen.	

## Beispiel 9 – Prognostische Beurteilung Krankengeld nachgehender Leistungsanspruch

Ende des Beschäftigungsverhältnisses und der Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zum	31.05.
Zahlung einer Entlassungsentschädigung für den Zeitraum bis zu erwartender Beginn einer Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	30.06. 01.07.
grundsätzlicher Zeitraum nach § 19 Abs. 2 SGB V	01.06. – 30.06.
Es besteht kein Anspruch auf eine Familienversicherung	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	12.06.
voraussichtlich bis	25.06.
Antrag auf Krankengeld und Vorlage aller für die Beurteilung notwendigen Unterlagen durch Versicherten am	14.06.
<b>Ergebnis:</b>	
Eine prognostische Beurteilung des Versicherungsstatus ist aufgrund des Krankengeldantrags vom 14.06. notwendig. Im Rahmen der prognostischen Einschätzung ist davon auszugehen, dass ein an-	

## Anspruch auf Krankengeld

derweiterer Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sich nahtlos an den Zeitraum des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat anschließen wird. Für die Arbeitsunfähigkeit vom 12.06. bis 25.06. besteht daher, bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen, grundsätzlich ein Krankengeldanspruch im Rahmen des § 19 Abs. 2 SGB V.

### Beispiel 10 – Fortsetzung Beispiel 9 – Prognostische Beurteilung Krankengeld nachgehender Leistungsanspruch

Am 25.06. stellt der Arzt die weitere Arbeitsunfähigkeit bis zum 15.07. fest. Die Vorlage der AU-Bescheinigung erfolgt am 26.06. Die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V tritt aufgrund der Arbeitsunfähigkeit nicht ein.

#### **Ergebnis:**

Eine erneute prognostische Beurteilung des Versicherungsstatus ist aufgrund der Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit notwendig. Im Rahmen der prognostischen Einschätzung ist nunmehr davon auszugehen, dass ein anderweiterer Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall innerhalb des Zeitraums des nachgehenden Leistungsanspruchs von maximal einem Monat nicht mehr vorliegen wird. Ab dem 26.06. kommt es zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Für die Arbeitsunfähigkeit vom 12.06. bis 25.06. verbleibt es daher beim grundsätzlichen Krankengeldanspruch im Rahmen des § 19 Abs. 2 SGB V.

Sind die weiteren Voraussetzungen für das Krankengeld bereits während des Beschäftigungsverhältnisses erfüllt (z. B. Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vor Ende der Beschäftigung), besteht hingegen ein Anspruch auch für die Zeit nach dem Ende der Beschäftigung. Eine prognostische Beurteilung ist in diesen Fallgestaltungen daher nicht erforderlich. (siehe [2.1.1.1.9 „Fortbestand einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V“](#)).

### **2.1.1.1.9 Fortbestand einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V**

Nach § 192 SGB V bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger erhalten, solange

- sie sich in einem rechtmäßigen Arbeitskampf befinden (siehe [2.1.1.1.9.4 „Rechtmäßiger Arbeitskampf“](#)),
- Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld besteht oder eine dieser Leistungen oder nach gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen oder Elternzeit in Anspruch genommen oder Pflegeunterstützungsgeld bezogen wird (Die Besonderheit zum Elterngeld (2.1.1.1.9.1 „Besonderheit Elterngeld“) sowie die nähere Erläuterung zum Krankengeld [2.1.1.1.9.2 „Krankengeld in Verbindung mit § 192 SGB V“](#) sind zu beachten),
- Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes bezogen werden oder diese beansprucht werden können,

## Anspruch auf Krankengeld

- von einem Rehabilitationsträger während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld gezahlt wird oder
- Kurzarbeitergeld nach dem SGB III bezogen wird.

Zusätzlich bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch während der Schwangerschaft erhalten, wenn das Beschäftigungsverhältnis vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst oder das Mitglied unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist, es sei denn, es besteht eine Mitgliedschaft nach anderen Vorschriften (§ 192 Abs. 2 SGB V).

Solange eine der vorgenannten Tatbestandsalternativen vorliegt, besteht der ursprüngliche versicherungsrechtliche Status des Versicherten fort. Durch § 192 SGB V werden die Mitgliedschaft und die sich daraus ergebenden Leistungsansprüche verlängert, demnach kann auch der Anspruch auf Krankengeld für die Dauer der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V fortbestehen. Werden alle Anspruchsvoraussetzungen erst im Rahmen des Fortbestandes der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V erfüllt, kann daher grundsätzlich auch ein Anspruch auf Krankengeld entstehen. Hierbei sind die Ruhestatbestände (6 „Ruhe des Anspruchs auf Krankengeld“) zu beachten.

### 2.1.1.1.9.1 Besonderheit Elterngeld

Ein Krankengeldanspruch entsteht hingegen nicht während des Fortbestehens der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V aufgrund einer Elternzeit, wenn der Anspruch nicht bereits vor Eintritt der Versicherung nach § 192 SGB V entstanden ist (BSG-Urteil vom 08.08.1995 – 1 RK 21/94 –) und das Arbeitsverhältnis während der Elternzeit weggefallen ist. Hier würde nach Ansicht des Bundessozialgerichts mit einem Aufleben des Krankengeldanspruchs nach dem Ende der Elternzeit eine nicht gerechtfertigte Besserstellung erreicht werden, weil tatsächlich kein Entgelt aufgrund des bereits während der Elternzeit entfallenen Arbeitsverhältnisses wegen der Arbeitsunfähigkeit ausfallen könnte. Gleiches gilt für Versicherte, deren Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst worden ist.

### 2.1.1.1.9.2 Krankengeld in Verbindung mit § 192 SGB V

Seit Inkrafttreten des TSVG am 11.05.2019 bleibt für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, der Anspruch auf Krankengeld auch dann erhalten, wenn die weitere AU wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne des § 46 Satz 2 SGB V, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der AU ärztlich festgestellt wird (§ 46 Satz 3 SGB V).

Siehe auch 2.2.2.3 „Auswirkung einer verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit“.

## Anspruch auf Krankengeld

**2.1.1.1.9.3 Unbezahlter Urlaub****2.1.1.1.9.3.1 Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im ersten Monat des unbezahlten Urlaubs**

Nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV gilt eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt als fortbestehend, solange das Beschäftigungsverhältnis ohne Arbeitsentgelt fort dauert, jedoch nicht länger als einen Monat. Somit besteht das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung für Arbeitnehmer ohne Rücksicht auf die Dauer des unbezahlten Urlaubs für längstens einen Monat fort, so dass auch ein Anspruch auf Krankengeld während dieser Zeit entstehen kann. Wird der Versicherte daher während eines unbezahlten Urlaubs von bis zu einmonatiger Dauer krankheitsbedingt arbeitsunfähig, so entsteht ein Krankengeldanspruch ab dem Tag der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit.

**2.1.1.1.9.3.2 Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nach dem ersten Monat des unbezahlten Urlaubs**

Hat jedoch die Mitgliedschaft versicherungspflichtiger Arbeitnehmer wegen eines länger als einen Monat andauernden unbezahlten Urlaubs mit Überschreiten der Monatsfrist geendet, so beginnt die Mitgliedschaft erneut, sobald der Arbeitnehmer wieder in das Beschäftigungsverhältnis eintritt (§ 186 Abs. 1 SGB V). Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tag, an dem entweder die entgeltliche Beschäftigung tatsächlich wiederaufgenommen wird oder trotz Nichtaufnahme dennoch ein Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht.

Ist im Rahmen eines unbezahlten Urlaubs über einen Monat hinaus ein bestimmter Termin für den Wiederbeginn des Beschäftigungsverhältnisses vereinbart und hat der Arbeitnehmer ab diesem Tag einen (gesetzlichen, tarif- oder einzelvertraglichen) Anspruch auf Entgeltfortzahlung, besteht damit trotz Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der vereinbarten Wiederaufnahme der Beschäftigung ein Beschäftigungsverhältnis und es beginnt die Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Arbeitnehmer mit Anspruch auf Krankengeld.

Erfolgt wegen der fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit kein Wiedereintritt in das Beschäftigungsverhältnis beispielsweise, weil

- kein konkreter Termin für den Wiederbeginn der Beschäftigung bzw. das Ende des unbezahlten Urlaubs vereinbart wurde oder
- ein konkreter Termin für den Wiederbeginn der Beschäftigung bzw. das Ende des unbezahlten Urlaubs zwar vereinbart wurde, aber kein (gesetzlicher, tarif- oder einzelvertraglicher) Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht,

## Anspruch auf Krankengeld

so entsteht wegen fehlender Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Beschäftigter kein neuer Krankengeldanspruch.

Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern bleibt die freiwillige Mitgliedschaft grundsätzlich auch über das Ende der Monatsfrist hinaus bestehen. Allerdings gilt das entgeltliche Beschäftigungsverhältnis nach Ablauf der Monatsfrist nicht mehr als fortbestehend; damit endet die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Die freiwillige Mitgliedschaft wird anschließend ohne Anspruch auf Krankengeld fortgeführt, sofern kein Anspruch auf Familienversicherung besteht. Die freiwillige Mitgliedschaft wird mit dem Tag, an dem entweder die entgeltliche Beschäftigung tatsächlich wiederaufgenommen wird oder trotz Nichtaufnahme dennoch ein Anspruch auf Arbeitsentgelt besteht, mit Anspruch auf Krankengeld fortgeführt bzw. die Familienversicherung beendet.

### 2.1.1.1.9.4 Rechtmäßiger Arbeitskampf

Arbeitskampfmaßnahmen beeinflussen den Anspruch auf Krankengeld nicht, d.h. bei Streik oder Aussperrung besteht auch dann ein Anspruch auf Krankengeld, wenn die Arbeitsverhinderung sowohl in der Arbeitsunfähigkeit als auch in Arbeitskampfmaßnahmen begründet ist (BSG vom 15.12.1971 – 3 RK 87/68 –). Soweit Entgeltfortzahlungsansprüche bestehen, ruht das Krankengeld (6.1 „Weiterbezug von Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen“).

Beispiel 11 – Krankengeldanspruch bei rechtmäßigem Arbeitskampf

Beginn des Arbeitskampfes am	01.08.
Das Beschäftigungsverhältnis bleibt ohne Anspruch auf Arbeitsentgelt bis zu einem Monat fortbestehen (§ 7 Abs. 3 SGB IV) bis	31.08.
Fortbestand der Mitgliedschaft im Rahmen § 192 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ab	01.09.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	15.09.
Feststellungstag	15.09.
Ende des Arbeitskampfes am	25.09.
Es besteht kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung aufgrund Vorerkrankungen.	

#### **Ergebnis:**

Die Arbeitsunfähigkeit tritt am 15.09. während der Zeit des Fortbestehens der versicherungspflichtigen Mitgliedschaft aufgrund des rechtmäßigen Arbeitskampfes nach § 192 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ein. Für die Arbeitsunfähigkeit besteht ein Anspruch auf Krankengeld, weil das Arbeitsverhältnis, welches Basis der fortbestehenden Mitgliedschaft ist, einen Krankengeldanspruch umfasste und bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bestand.

### 2.1.1.1.10 Anspruch während eines Auslandsaufenthaltes

Auch während eines Auslandsaufenthaltes besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Krankengeld, sofern das bestehende Versicherungsverhältnis einen solchen Anspruch umfasst.

## Anspruch auf Krankengeld

Für die Dauer des Auslandsaufenthaltes kann der Anspruch auf Krankengeld nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V jedoch ruhen. Hierzu siehe [6.9 „Auslandsaufenthalt“](#).

Damit Versicherte einen Krankengeldanspruch geltend machen können, müssen jedoch auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen, wie z. B. rechtzeitige ärztliche Attestierung und Nachweis gegenüber der Krankenkasse erfüllt sein (siehe auch [2.2.2.1.4 „Anderweitiger Nachweis der Arbeitsunfähigkeit“](#) und [6.4 „Verspätete Meldung der Arbeitsunfähigkeit“](#)).

Zum Anspruch auf Krankengeld im Zusammenhang mit Grenzgängern wird auf [2.1.1.1.3 „In einem anderen Staat wohnende Versicherte \(z. B. Grenzgänger\)“](#) verwiesen.

### 2.1.1.1.11 **Obligatorische Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V**

Für Versicherte mit einer obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V ist der Anspruch auf Krankengeld nicht ausgeschlossen. Sofern kein Einkommens-(Ausfall) bei Arbeitsunfähigkeit entsteht, kommt es jedoch zu keiner Auszahlung von Krankengeld (Anspruchshöhe: 0,00 EUR).

Zur Abgrenzung einer obligatorischen Anschlussversicherung, Ansprüche auf Krankengeld im Rahmen des § 19 Abs. 2 SGB V und einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V wird auf Punkt [2.1.1.1.8 „Nachgehender Leistungsanspruch \(§ 19 Abs. 2 SGB V\)“](#) verwiesen.

### 2.1.1.1.12 **Werkstudenten**

Für Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V), ist der Krankengeldanspruch grundsätzlich nach § 44 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ausgeschlossen (siehe [2.1.1.2 „Versicherte ohne Krankengeldanspruch“](#)).

### 2.1.1.2 **Versicherte ohne Krankengeldanspruch**

Ausgenommen vom Krankengeldanspruch sind nach § 44 Abs. 2 SGB V Versicherte, denen bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der Regel kein Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen ausfällt oder die in der Regel nicht sofort auf die Gewährung von Sozialleistungen angewiesen sind, sondern aus eigenen Mitteln den Wegfall des Arbeitseinkommens – jedenfalls für einen bestimmten Zeitraum – überbrücken können und damit die Entgeltersatzfunktion des Krankengeldes hier nicht erforderlich ist.

Hiernach ist der Krankengeldanspruch grundsätzlich ausgeschlossen für:

## Anspruch auf Krankengeld

- Personen, die Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V),
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (§ 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V),
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, wenn kein Anspruch auf Übergangsgeld besteht (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V),
- Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V) (Besonderheit siehe [2.1.1.1.12 „Werkstudenten“](#)),
- Praktikanten, Auszubildende ohne Arbeitsentgelt und Auszubildende des Zweiten Bildungsweges (§ 5 Abs. 1 Nr. 10 SGB V),
- Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V), sofern sie nicht abhängig beschäftigt sind oder sofern sie nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und gegenüber ihrer Krankenkasse erklärt haben, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll ([2.1.1.3.1.1 Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld \(Optionskrankengeld\)](#)),
- Familienversicherte (§ 10 SGB V),
- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, wenn sie gegenüber ihrer Krankenkasse nicht erklärt haben, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll ([2.1.1.3.1.1 Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld \(Optionskrankengeld\)](#)),
- Versicherte, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben (unständig und kurzfristig Beschäftigte), außer sie erklären, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (siehe [2.1.1.3.2 „Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte“](#)) und
- Versicherte, deren Lebensunterhalt durch eine Rente aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe oder einer anderen vergleichbaren Stelle sichergestellt ist.

### 2.1.1.3 Krankengeldanspruch aufgrund Wahlerklärung

Für einzelne Personengruppen hat der Gesetzgeber trotz Ausschluss des Krankengeldanspruchs in § 44 Abs. 2 SGB V dennoch die Möglichkeit zur individuellen Absicherung des Entgeltausfalls durch Krankengeld vorgesehen; diese können sich entscheiden, ob der Versicherungsschutz den gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll. Alternativ bzw. zusätzlich dazu ist auch ein Krankengeldwahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V i.V.m. der Satzungsregelung der jeweiligen Krankenkasse wählbar.



## Anspruch auf Krankengeld

**2.1.1.3.1 Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige**

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige haben einen Anspruch auf Krankengeld, wenn sie arbeitsunfähig sind und gemäß § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V eine Wahlerklärung abgegeben haben.

**2.1.1.3.1.1 Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld (Optionskrankengeld)**

Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige wird die Option eingeräumt, gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld ab Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit zu wählen (Wahlerklärung). Zusätzlich bzw. alternativ ist eine Absicherung über einen Krankengeldwahltarif mit einem individuellen Zusatzbeitrag nach § 53 Abs. 6 SGB V möglich.

Die von den Mitgliedern ggf. abzugebende Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V bedarf der Schriftform und ist gegenüber der Krankenkasse zu erklären.

Die Wahlerklärung kann grundsätzlich nur mit Wirkung für die Zukunft abgegeben werden. Sie wirkt frühestens ab dem Zugang bei der Krankenkasse bzw. mit Beginn der Versicherung und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn die Wahlerklärung innerhalb von 2 Wochen nach Beginn der Versicherung bzw. der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt (z.B. Beginn des auf den Eingang der Wahlerklärung folgenden Kalendermonats).

Ist das Mitglied zum Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung arbeitsunfähig, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt (§ 44 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Tritt am Tag des Zugangs der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit ein, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit.

Beispiel 12 - Eintritt AU mit Wirkung Wahlerklärung aber nach Zugang Wahlerklärung

<u>Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse am</u>	<u>01.08.</u>
<u>Wirkung der Wahlerklärung lt. Wahl des Versicherten ab</u>	<u>01.09.</u>
<u>Beginn der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>01.09.</u>
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Ein Krankengeldanspruch besteht ab 13.10. (43. Tag der Arbeitsunfähigkeit), weil die Arbeitsunfähigkeit nach dem Zugang der Wahlerklärung eingetreten ist und damit die Wahl des Krankengeldes ab 01.09. bereits für die Arbeitsunfähigkeit ab 01.09. Wirkung entfaltet und die Karenzzeit zu beachten ist.</u>	

## Anspruch auf Krankengeld

## Beispiel 13 - Eintritt AU nach Wirkung und Zugang Wahlerklärung

<u>Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse am</u>	<u>01.08.</u>
<u>Wirkung der Wahlerklärung lt. Wahl des Versicherten ab</u>	<u>10.08.</u>
<u>Beginn der Arbeitsunfähigkeit am</u>	<u>01.09.</u>

**Ergebnis:**

Ein Krankengeldanspruch besteht ab 13.10. (43. Tag der Arbeitsunfähigkeit), weil die Arbeitsunfähigkeit nach dem Zugang der Wahlerklärung eingetreten ist und damit die Wahl des Krankengeldes ab 01.09. bereits für die Arbeitsunfähigkeit ab 01.09. Wirkung entfaltet und die Karenzzeit zu beachten ist..

## Beispiel 14 - Eintritt AU vor Wirkung und Zugang Wahlerklärung

<u>Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse am</u>	<u>01.08.</u>
<u>Wirkung der Wahlerklärung lt. Wahl des Versicherten ab</u>	<u>01.09.</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit vom</u>	<u>31.07 - 03.09.</u>

**Ergebnis:**

Für die Arbeitsunfähigkeit vom 31.07. bis 03.09. besteht kein Krankengeldanspruch, weil die Arbeitsunfähigkeit bereits vor dem Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse eingetreten ist und damit die Wahl des Krankengeldes ab 01.09. frühestens jedoch mit dem Tag nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit Wirkung entfaltet, demnach ab 04.09.

## Beispiel 15 - Eintritt AU vor Wirkung jedoch zeitgleich mit Zugang der Wahlerklärung

<u>Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse am</u>	<u>01.08.</u>
<u>Wirkung der Wahlerklärung lt. Wahl des Versicherten ab</u>	<u>01.09.</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit vom</u>	<u>01.08. - 31.10.</u>

**Ergebnis:**

Für die Arbeitsunfähigkeit vom 01.08. bis 31.10. besteht kein Krankengeldanspruch, weil die Arbeitsunfähigkeit vom 01.08. gleichzeitig mit Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse eingetreten ist und damit die Wahl des Krankengeldes ab 01.09. frühestens jedoch mit dem Tag nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit Wirkung entfaltet, demnach ab 01.11.

## Beispiel 16 - Eintritt AU vor Wirkung jedoch nach Zugang der Wahlerklärung

<u>Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse am</u>	<u>01.08.</u>
<u>Wirkung der Wahlerklärung lt. Wahl des Versicherten ab</u>	<u>01.09.</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit vom</u>	<u>20.08. - 31.10.</u>

**Ergebnis:**

Ein Krankengeldanspruch besteht ab 13.10. (43. Tag der Arbeitsunfähigkeit nach Wirkung der Wahlerklärung), weil die Arbeitsunfähigkeit vom 20.08. nach dem Zugang der Wahlerklärung am 01.08. eingetreten ist und damit die Wahl des Krankengeldes ab 01.09. bereits für diese Arbeitsunfähigkeit vom 20.08. - 31.10. Wirkung entfaltet und die Karenzzeit zu beachten ist.

## Anspruch auf Krankengeld

Sofern die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Zugang der Wahlerklärung tatsächlich bestand (z. B. Aussage in einer sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK), entfaltet die Wahlerklärung erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit Wirkung.

Beispiel 17 - Bescheinigungszeitraum der AU nach Zugang der Wahlerklärung, jedoch früherer Eintritt der AU

<u>Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse am</u>	<u>15.08.</u>
<u>Wirkung der Wahlerklärung lt. Wahl des Versicherten ab</u>	<u>01.09.</u>
<u>Bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vom</u>	<u>20.08. – 31.10.</u>
<u>Lt. medizinischer Beurteilung (z.B. MDK-Begutachtung) bestand die AU bereits vor dem 15.08.</u>	
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Für die bescheinigte AU vom 20.08. – 31.10. besteht kein Krankengeldanspruch, weil die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse bestanden hat, auch wenn dies nicht bescheinigt war. Die Wahl des Krankengeldes kann daher ab 01.09. frühestens jedoch mit dem Tag nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit Wirkung entfalten, demnach ab 01.11.</u>	

Die Wahlerklärung entfaltet nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit nur dann ihre Wirkung, wenn Arbeitsfähigkeit bestanden hat.

Beispiel 18 - Bescheinigungszeitraum der AU vor Zugang der Wahlerklärung, unterbrochene AU mit Arbeitsfähigkeit

<u>Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse am</u>	<u>15.08.</u>
<u>Wirkung der Wahlerklärung lt. Wahl des Versicherten ab</u>	<u>01.09.</u>
<u>Bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vom</u>	<u>10.08. – 30.10.</u>
<u>Erneute ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>04.11.</u>
<u>Lt. medizinischer Beurteilung (z.B. MDK-Begutachtung) bestand für den Zeitraum vom 31.10. – 03.11. Arbeitsfähigkeit.</u>	
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Für die bescheinigte AU vom 10.08. – 30.10. besteht kein Krankengeldanspruch, weil die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse bestanden hat. Die Wahl des Krankengeldes kann daher frühestens mit dem Tag nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit Wirkung entfalten. Weil Arbeitsfähigkeit für die Zeit vom 31.10 – 03.11. bestand, wirkt die Wahlerklärung ab 31.10. Für die erneute ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (unabhängig von der Art der Erkrankung) am 04.11. besteht der Krankengeldanspruch ab dem 43. Tag der AU.</u>	

Hiervon zu unterscheiden sind jedoch Fälle einer durchgehend bestehenden Arbeitsunfähigkeit, in denen die weitere Arbeitsunfähigkeit nicht rechtzeitig ärztlich festgestellt oder durchgängig nachgewiesen worden ist und dadurch Lücken im Krankengeldbezug vorliegen.

Beispiel 19 - Bescheinigungszeitraum der AU vor Zugang der Wahlerklärung, durchgehende AU

<u>Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse am</u>	<u>15.08.</u>
<u>Wirkung der Wahlerklärung lt. Wahl des Versicherten ab</u>	<u>01.09.</u>
<u>Bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vom</u>	<u>10.08. – 30.10.</u>
<u>Erneute ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>04.11. – 15.11.</u>

## Anspruch auf Krankengeld

Lt. medizinischer Beurteilung (z.B. MDK-Begutachtung) bestand für den Zeitraum vom 10.08. – 03.11. durchgehend Arbeitsunfähigkeit, demnach auch für den nicht ärztlich bescheinigten Zeitraum.

**Ergebnis:**

Für die bescheinigte AU vom 10.08. – 30.10. besteht kein Krankengeldanspruch, weil die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse bestanden hat. Die Wahl des Krankengeldes kann daher frühestens mit dem Tag nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit Wirkung entfalten. Weil durchgehend Arbeitsunfähigkeit auch für den nicht ärztlich bescheinigten Zeitraum vom 31.10. – 03.11. bestand, wirkt die Wahlerklärung erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit, demnach ab 16.11.

Das Mitglied ist an seine Wahlerklärung für drei Jahre gebunden. Die Bindungswirkung des gesetzlichen Optionskrankengeldes bleibt auch bei Kassenwechsel erhalten. Die Wirkung der Wahlerklärung endet bereits vor Ablauf der Mindestbindungsfrist, wenn das Mitglied nicht mehr zum wahlberechtigten Personenkreis gehört.

Nach Ablauf der Bindungswirkung gilt die Wahlerklärung unbefristet weiter. Die Wahlerklärung kann mit Wirkung zum Ende eines Kalendermonats widerrufen werden, frühestens jedoch zum Ende der Bindungsfrist.

Üben hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige zusätzlich eine mehr als geringfügige Beschäftigung aus, so besteht auch für diese Beschäftigung nur dann ein Anspruch auf Krankengeld, wenn sie eine Wahlerklärung abgegeben haben.

Beispiel 20 – Arbeitsentgelt neben hauptberufl. Selbstständigkeit ohne Wahlerklärung

Freiwilliges Mitglied wegen hauptberuflicher Selbstständigkeit  
Zusätzlich Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt monatlich 800,00 EUR  
Es wurde keine Wahlerklärung abgegeben

**Ergebnis:**

Es besteht bei AU weder für die hauptberufliche Selbstständigkeit noch für die Nebenbeschäftigung ein Anspruch auf Krankengeld.

Beispiel 21 – Arbeitsentgelt neben hauptberuflicher Selbstständigkeit mit Wahlerklärung

Freiwilliges Mitglied wegen hauptberuflicher Selbstständigkeit  
Zusätzlich Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt monatlich 800,00 EUR  
Eine Wahlerklärung wurde bereits vor 12 Monaten abgegeben.

**Ergebnis:**

Es besteht bei AU sowohl für die hauptberufliche Selbstständigkeit als auch für die Nebenbeschäftigung ein Anspruch auf Krankengeld.

## Anspruch auf Krankengeld

### 2.1.1.3.2 Unständig oder kurzzeitig Beschäftigte

Unständig/kurzzeitig beschäftigte Arbeitnehmer nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V haben einen Anspruch auf Krankengeld, sofern sie wegen der Arbeitsunfähigkeit ihrer Arbeit fernbleiben müssen und sie eine Wahlerklärung abgegeben haben, dass ihre Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (vgl. § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Dies sind z. B. Hafenarbeiter, die nur für einzelne Tage angeheuert werden, oder Mitarbeiter der Rundfunkanstalten, die für einzelne Moderationen vertraglich gebunden sind.

Für unständig und kurzzeitig Beschäftigte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach den Regelungen des § 46 Satz 1 SGB V (siehe [2.2 „Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld“](#)) ruht jedoch während der ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V.

#### 2.1.1.3.2.1 Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld (Optionskrankengeld)

Unständig oder kurzzeitig Beschäftigten wird die Option eingeräumt, gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes eine Versicherung mit Anspruch auf Krankengeldzahlung ab Beginn der 7. Woche (vgl. § 46 Satz 1 SGB V und § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V) der Arbeitsunfähigkeit zu wählen (Wahlerklärung). Zusätzlich ist eine Absicherung über einen Krankengeldwahltarif mit einer individuellen Prämie nach § 53 Abs. 6 SGB V möglich.

Während in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige gesetzlich klar geregelt ist, dass die Ausübung der Wahloption unmittelbar gegenüber der Krankenkasse zu erklären ist, enthält § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V für versicherungspflichtig Beschäftigte hierzu keine konkrete Aussage.

Aufgrund der gesetzlichen Regelung kann die Abgabe der Wahlerklärung von unständig oder kurzzeitig Beschäftigten sowohl direkt gegenüber der Krankenkasse als auch im Rahmen der Auskunftspflicht des Arbeitnehmers gemäß § 280 SGB IV gegenüber dem Arbeitgeber erfolgen.

Wurde die Wahl gegenüber dem Arbeitgeber erklärt, informiert dieser durch die Übermittlung des entsprechenden Beitragsgruppenschlüssels (Angabe des allgemeinen Beitragssatzes) im Datensatz nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB IV in Vertretung des Versicherten die Krankenkasse, dass eine Wahlerklärung abgegeben wurde und somit die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll. Ist im Datensatz der allgemeine Beitragssatz angegeben, wird insoweit der Datensatz von den Krankenkassen als Nachweis für die gegenüber dem Arbeitgeber abgegebene Wahlerklärung im Sinne des § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V anerkannt.

## Anspruch auf Krankengeld

Die Wahlerklärung der unständig oder kurzzeitig Beschäftigten wirkt bei der erstmaligen Abgabe der Wahlerklärung zum Beginn der Beschäftigung und der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, wenn sie innerhalb der Frist nach § 175 Abs. 3 Satz 2 SGB V abgegeben wird; es sei denn, das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Eine erneute Wahlerklärung bei jedem weiteren Beginn einer Beschäftigung ist bei ununterbrochener Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis nicht erforderlich.

Ist das Mitglied zum Zeitpunkt des Zugangs der Wahlerklärung arbeitsunfähig, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt (§ 44 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Tritt am Tag des Zugangs der Wahlerklärung Arbeitsunfähigkeit ein, besteht kein Anspruch auf Krankengeld für diese Arbeitsunfähigkeit (siehe Beispiele unter 2.1.1.3.1.1 „Wahlerklärung gesetzliches Krankengeld (Optionskrankengeld)“).

Das Mitglied ist an seine Wahlerklärung für drei Jahre gebunden. Die Bindungswirkung bleibt auch bei Kassenwechsel erhalten. Die Wirkung der Wahlerklärung endet bereits vor Ablauf der Mindestbindungsfrist, wenn das Mitglied nicht mehr zum wahlberechtigten Personenkreis gehört.

Nach Ablauf der Bindungswirkung gilt die Wahlerklärung unbefristet weiter. Die Wahlerklärung kann mit Wirkung zum Ende eines Kalendermonats widerrufen werden, frühestens jedoch zum Ende der Bindungsfrist.

### 2.1.1.4 Vorliegen eines Arbeitsunfalles oder Berufskrankheit

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind (§ 11 Abs. 5 SGB V). Der Anspruch auf Krankengeld ist daher grundsätzlich ausgeschlossen und die Unfallversicherung leistet in diesen Fällen regelmäßig Verletztengeld als vergleichbare Leistung.

Ein Krankengeldanspruch kommt ausnahmsweise trotz Vorliegens eines Arbeitsunfalles neben einem Verletztengeldanspruch in Betracht, wenn das Verletztengeld nur den Einkommensausfall aus einer von mehreren Tätigkeiten ersetzt. Der Einkommensausfall für die weitere(n) Tätigkeit(en) ist bei Vorliegen der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen durch den Krankengeldanspruch auszugleichen (BSG-Urteil vom 25.11.2015 – B 3 KR 3/15 R –).

Die Unfallversicherungsträger zahlen das Verletztengeld in der Regel nicht selbst aus. Zwischen den Unfallversicherungsträgern und den gesetzlichen Krankenkassen wurden Verwaltungsvereinbarungen abgeschlossen, im Rahmen derer die Krankenkassen generell oder im Einzelfall beauftragt werden bzw. beauftragt werden können. Es handelt sich hierbei um

## Anspruch auf Krankengeld

- die Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach § 189 SGB VII in Verbindung mit §§ 88 ff. SGB X (VV Generalauftrag Verletztengeld) und
- die Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Unfallversicherungsträger nach § 189 SGB VII in Verbindung mit §§ 88 ff. SGB X (VV Einzelauftrag).

### 2.1.1.5 Vorliegen eines Beschäftigungsverbot

Für Zeiten, in denen für Versicherte ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen wurde, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Krankengeld. Hintergrund ist, dass diese Zeiten nicht als Arbeitsunfähigkeit gelten (siehe 2.1.3.2 „Sachverhalte, in denen keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt“).

### 2.1.2 Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu Lasten der Krankenkasse

Eine stationäre Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung kann den Anspruch auf Krankengeld begründen (§ 44 Abs. 1 SGB V). Ein Anspruch auf Krankengeld besteht demnach grundsätzlich im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung in

- einem Krankenhaus (§ 39 SGB V),  
Hierzu zählen auch stationsäquivalente, teil- sowie vor- und nachstationäre Behandlungen, wenn hierdurch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit nicht ausübt werden kann.
- einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bei medizinischer Vorsorge (§ 23 Abs. 4 SGB V),
- einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bei Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V),
- einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bei medizinischer Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) oder
- einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 SGB V),

wenn der Versicherte auf Kosten der Krankenkasse dort behandelt wird und die weiteren Voraussetzungen vorliegen.

## Anspruch auf Krankengeld

Wird die Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Vorsorge dagegen durch einen anderen Leistungsträger (Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) durchgeführt, besteht ein Anspruch auf Krankengeld nur dann, wenn vor, mit Beginn bzw. während (interkurrente Erkrankung vgl. § 3 Abs. 2 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie [AU-RL]) der Leistung Arbeitsunfähigkeit bestand.

Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Vorsorge ruht der Anspruch auf Krankengeld, soweit und solange Versicherte Übergangsgeld beziehen (§ 49 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. Abs. 3 SGB V).

### 2.1.3 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortlaufend weiterentwickelt wird.

Unter welchen Voraussetzungen eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und wie die voraussichtliche Dauer zu bescheinigen ist, regelt die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, AU-RL)“.

Bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sind körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheitszustand der Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen. Deshalb dürfen die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und die Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung nur auf Grund ärztlicher Untersuchungen erfolgen.

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit setzt hierbei die Befragung des Versicherten durch die Ärzte zur aktuell ausgeübten Tätigkeit und den damit verbundenen Anforderungen und Belastungen bzw. bei Arbeitslosen den zeitlichen Umfang, für den der Versicherte sich der Agentur für Arbeit zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat, voraus. Das Ergebnis der Befragung ist bei der Beurteilung von Grund und Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen.

Zwischen dem Sachverhalt z. B. Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Fortsetzung der ausgeübten Tätigkeit/der Vermittelbarkeit muss ein kausaler Zusammenhang erkennbar sein. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für den Anspruch auf Entgelt- oder Leistungsfortzahlung und für den Anspruch auf Krankengeld.

Bei der Beurteilung, wann eine Arbeitsunfähigkeit in diesen Zusammenhängen vorliegt, gelten die Definitionen und Bewertungsmaßstäbe nach § 2 AU-RL. Die Bewertungsmaßstäbe variieren je nach Personengruppe.



## Anspruch auf Krankengeld

### 2.1.3.1 Sachverhalte, in denen Arbeitsunfähigkeit vorliegen kann

Basis einer Arbeitsunfähigkeit können vielfache Sachverhalte sein. So kann nach der AU-RL Arbeitsunfähigkeit vorliegen bei:

- einer Krankheit,
- einer von einer versicherten sowie nicht gesetzlich krankenversicherten Person im Rahmen des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder einer im Rahmen des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blutstammzellen,
- einer medizinischen Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft,
- einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation,
- einem unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 StGB vorgenommenen Abbruch der Schwangerschaft (Beratungsregelung),
- einer Dialysebehandlung oder einem extrakorporalen Aphereseverfahren, welches lediglich während der vereinbarten Arbeitszeit möglich ist. Hierbei besteht Arbeitsunfähigkeit in diesem Zusammenhang
  - für die Dauer der Dialysebehandlung/des extrakorporalen Aphereseverfahrens,
  - für die Zeit der Anfahrt zur Dialyseeinrichtung und
  - für die nach der Dialyse/extrakorporalen Apherese erforderliche Ruhezeit.
- einem für die Ausübung der Tätigkeit oder das Erreichen des Arbeitsplatzes erforderlichen defekten Hilfsmittel (z. B. Körperersatzstück). In diesem Zusammenhang besteht Arbeitsunfähigkeit so lange, bis die Reparatur des Hilfsmittels beendet oder ein Ersatz des defekten Hilfsmittels erfolgt ist.

### 2.1.3.2 Sachverhalte, in denen keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt

Im Sinne der AU-RL liegt demnach eine Arbeitsunfähigkeit nur in Sachverhalten vor, welche unter 2.1.3.1 „Sachverhalte, in denen Arbeitsunfähigkeit vorliegen kann“ aufgeführt sind. Hinzu gehören insbesondere nicht:

- die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes,
- Zeiten, in denen ärztliche Behandlungen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken stattfinden, ohne dass diese Maßnahmen selbst zu einer Arbeitsunfähigkeit führen,
- die Inanspruchnahme von Heilmitteln (z. B. physikalisch-medizinische Therapie),
- die Teilnahme an ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation oder rehabilitativen Leistungen anderer Art (Koronarsportgruppen u. a.),
- die Durchführung von ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, es sei denn, vor Beginn der Leistung bestand bereits Arbeitsunfähigkeit und diese

## Anspruch auf Krankengeld

besteht fort oder die Arbeitsunfähigkeit wird durch eine interkurrente Erkrankung ausgelöst,

- Beschäftigungsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz oder dem Mutterschutzgesetz, welche nach § 16 Abs. 1 MuSchG ausgesprochen wurden (siehe Besonderheit unter 2.1.3.3.5 „Arbeitslose Versicherte (SGB III-Leistungsempfänger)“ im Absatz „Bei arbeitslosen Schwangeren“),
- kosmetische und andere Operationen ohne krankheitsbedingten Hintergrund und ohne Komplikationen oder
- nicht durch Krankheit bedingte Sterilisationen.

### 2.1.3.3 Maßstäbe für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit

#### 2.1.3.3.1 Beschäftigte Versicherte

Bei beschäftigten Versicherten liegt eine Arbeitsunfähigkeit dann vor, wenn Versicherte auf Grund von Krankheit ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen können (BSG vom 30.05.1967 – 3 RK 15/65 –, § 2 Abs. 1 AU-RL). Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben. Arbeitsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen. So kann z. B. auch Arbeitsunfähigkeit bei krankheitsbedingter Fluguntauglichkeit von Flugpersonal vorliegen, sofern dieses nicht anderweitig z. B. als Bodenpersonal eingesetzt werden kann.

Zusätzlich besteht Arbeitsunfähigkeit auch während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit fort, durch die Versicherten die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch eine schrittweise Heranführung an die volle Arbeitsbelastung ermöglicht werden soll. Ebenso gilt die befristete Eingliederung arbeitsunfähiger Versicherter in eine Werkstatt für behinderte Menschen nicht als Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, weshalb auch für deren Dauer weiterhin Arbeitsunfähigkeit besteht. Zudem kann eine Arbeitsunfähigkeit auch während einer Belastungserprobung und einer Arbeitstherapie bestehen.

Endet das Beschäftigungsverhältnis von Versicherten nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, ist bei der Beurteilung zwar weiterhin auf die bisher ausgeübte Tätigkeit abzustellen, jedoch nicht mehr auf die konkreten Bedingungen der bisherigen Tätigkeit. Konnte z. B. die Beschäftigung als Lagerist aufgrund der bisherigen Tätigkeit in einem Kühlhaus nicht mehr ausgeübt werden, muss daher nach dem Wegfall der Beschäftigung beurteilt werden, ob eine anderweitige Tätigkeit als Lagerist ausgeübt werden kann.

## Anspruch auf Krankengeld

Wurde aktuell kein anerkannter Ausbildungsberuf ausgeübt (An- oder Ungelernte), besteht nur dann weiterhin Arbeitsunfähigkeit, wenn die letzte oder eine ähnlich geartete Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausübt werden kann.

Damit den Ärzten eine neue Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ermöglicht wird, informiert die Krankenkasse nach § 2 Abs. 4 Satz 2 AU-RL die Vertragsärzte in solchen Fällen über das Ende der Beschäftigung, über die Tatsache, dass der Arbeitnehmer an- oder ungelernt ist, und nennt ähnlich geartete Tätigkeiten.

Beginnt während der Arbeitsunfähigkeit ein neues Beschäftigungsverhältnis, so beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt nach dem Anforderungsprofil des neuen Arbeitsplatzes.

Als beschäftigte Versicherte im vorgenannten Sinne gelten auch Rentner und ALG-II Leistungsempfänger (sog. Aufstocker), wenn sie eine Erwerbstätigkeit ausüben.

### **2.1.3.3.2 Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige**

Bei Versicherten, die vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine hauptberuflich selbstständige Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, richtet sich nach höchstrichterlicher Rechtsprechung der Maßstab der Arbeitsunfähigkeit nach der Erwerbstätigkeit, die vor Feststellung der Arbeitsunfähigkeit verrichtet wurde (BSG vom 14.12.2006 – B 1 KR 6/06 R).

### **2.1.3.3.3 Belastungserprobung/ Arbeitstherapie**

Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten, der an einer Belastungserprobung oder Arbeitstherapie als Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilnimmt, bleibt die vor dieser Leistung zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit maßgebend. Während dieser Leistung zur Rehabilitation wie auch bei einer Arbeitserprobung wird eine Erwerbstätigkeit nicht im Sinne einer auf Dauer gerichteten Arbeitsleistung ausgeübt, so dass die erprobte Tätigkeit nicht zur Beurteilung dafür herangezogen werden kann, ob der Versicherte zur Ausübung „seiner“ Tätigkeit fähig ist.

### **2.1.3.3.4 Leistungen zur Teilhabe/ Umschüler**

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit orientiert sich bei Umschülern nicht an einem früher einmal ausgeübten und aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder an einem möglichen künftigen Beruf, sondern allenfalls an der Fähigkeit zur Teilnahme an der laufenden Leistung zur Teilhabe (BSG vom 19.09.2002 – B 1 KR 11/02 R).

## Anspruch auf Krankengeld

### 2.1.3.3.5 Arbeitslose Versicherte (SGB III–Leistungsempfänger)

Bei Arbeitslosen nach dem SGB III liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt haben (BSG vom 07.12.2004 – B 1 KR 5/03 R – bzw. vom 04.04.2006 – B 1 KR 21/05 R –, § 2 Abs. 3 AU–RL). Bezugspunkt ist demnach ausschließlich der zeitliche Vermittlungsumfang, für den sich der Versicherte zur Verfügung gestellt hat. Demnach ist es unerheblich, welcher Tätigkeit der Versicherte vor der Arbeitslosigkeit nachging; die Beurteilung hat daher immer in Bezug auf eine leichte Arbeit zu erfolgen.

Bei arbeitslosen Schwangeren, die aus schwangerschaftsbedingten Gründen ein eingeschränktes Leistungsvermögen aufweisen, bestehen besondere Regelungen. Sind sie nicht in der Lage, ohne Gefährdung für sich oder das ungeborene Kind leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich auszuüben, gelten sie als arbeitsunfähig (BSG vom 30.11.2011 – B 11 AL 37/10 –, – B 11 AL 7/11 – sowie vom 22.02.2012 – B 11 AL 26/10 R –). Kann eine wöchentlich mindestens 15–stündige Tätigkeit trotz Vorliegens eines individuellen Beschäftigungsverbots nach § 16 Abs. 1 MuSchG ausgeübt werden, besteht Verfüg- bzw. Vermittelbarkeit über die Agentur für Arbeit.

## 2.2 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld<sup>1</sup>

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht nach § 46 Satz 1 SGB V

- bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§§ 23 Abs. 4, 24, 40 Abs. 2 und 41 SGB V) von ihrem Beginn an,
- im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an.

Für Künstler und Publizisten nach dem KSVG sowie Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben (siehe [2.1.1.1.5 „Künstler und Publizisten“](#) und [2.1.1.3.1 „Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige“](#)), entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach § 46 Satz 3 SGB V grundsätzlich erst ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an. Die Wartezeit ist auch bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit jeweils erneut zu berücksichtigen. Eine „Anrechnung“ bereits berücksichtigter Wartetage oder –wochen findet auch bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Erkrankung (Fortsetzungserkrankung – mehrere Phasen von Arbeitsunfähigkeit und zwischenzeitlicher Arbeitsfähigkeit) nicht statt.

<sup>1</sup> Mit BSG–Urteil vom 28.03.2019 – B 3 KR 15/17 R – wurden aktuell weitergehende Aussagen zur Anrechnung von Vorerkrankungen getroffen. Die Passage wird zeitnah nach Vorliegen der Urteilsausfertigung aktualisiert.

## Anspruch auf Krankengeld

Hiervon zu unterscheiden sind jedoch Fälle einer durchgehend bestehenden Arbeitsunfähigkeit, in denen die weitere Arbeitsunfähigkeit nicht rechtzeitig ärztlich festgestellt oder durchgängig nachgewiesen worden ist und dadurch Lücken im Krankengeldbezug vorliegen.

Die Wartezeit gilt sowohl bei Arbeitsunfähigkeit in Folge Krankheit als auch bei Krankenhausbehandlung bzw. Behandlung in Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen. Der Krankengeldanspruch kann jedoch auch vor Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit entstehen, wenn ein entsprechender Krankengeld-Wahltarif nach § 53 Abs. 6 Satz 1 SGB V gewählt wurde. Die Krankenkassen haben nach § 46 Satz 4 SGB V den nach dem KSVG versicherten Künstlern und Publizisten einen Krankengeld-Wahltarif anzubieten, der den Krankengeldanspruch entsprechend § 46 Satz 1 SGB V oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lässt. Spätester (Wahl-)Beginn des Krankengeldanspruchs ist hierbei der Beginn der dritten Arbeitsunfähigkeitswoche (§ 53 Abs. 6 Satz 1 SGB V). In diesem Zusammenhang sind die entsprechenden Satzungsregelungen zu beachten.

Für unständig und kurzzeitig Beschäftigte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach den Regelungen des § 46 SGB V. Allerdings ruht der Anspruch auf Krankengeld während der ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit (§ 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V) und lebt daher erst ab dem 43. Arbeitsunfähigkeitstag auf (siehe [6.8 „Unständig/kurzzeitig Beschäftigte“](#)).

Die Prüfung des Krankengeldanspruchs sowie die Krankengeldzahlung erfolgen durch die Krankenkasse jeweils nur abschnittsweise. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (s. u. a. Urteil vom 04.03.2014 – B 1 KR 17/13 R) müssen die Voraussetzungen eines Krankengeldanspruchs – also z. B. auch die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V – bei zeitlich befristeter Arbeitsunfähigkeitsfeststellung und dementsprechender Krankengeldgewährung für jeden Bewilligungsabschnitt erneut vorliegen.

Damit Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld erhalten können, sind daher die nachfolgenden Voraussetzungen im Zusammenhang mit dem Nachweis gegenüber der Krankenkasse zu erfüllen.

### **2.2.1 Nachweis einer stationären Behandlung**

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht nach § 46 Satz 1 SGB V bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§§ 23 Abs. 4, 24, 40 Abs. 2 und 41 SGB V) von ihrem Beginn an.

## Anspruch auf Krankengeld

Eine Nachweispflicht ist gesetzlich nicht normiert. Als Nachweis über das Vorliegen eines stationären Aufenthaltes ist daher üblicherweise die Übermittlung der Aufnahme- und Entlassungsanzeige des Krankenhauses bzw. Rehabilitationseinrichtung über den stationären Aufenthalt bzw. die dem Versicherten ausgestellte Bescheinigung über die Dauer des Aufenthaltes ausreichend.

Dauert ein stationärer Aufenthalt längere Zeit an, kann jedoch auch während des Aufenthaltes ein weiterer Nachweis notwendig erscheinen, um die Fortdauer des stationären Aufenthaltes gegenüber der Krankenkasse nachzuweisen. Insbesondere im Zusammenhang mit der abschnittswise Zahlungen des Krankengeldes wird oft ein entsprechender Nachweis von den Versicherten abgefordert. Um Unstimmigkeiten zu vermeiden sind die Krankenhäuser in diesen Fällen angehalten, den Versicherten aktuelle Liegebescheinigungen auszustellen, welchen die Dauer bzw. Fortdauer des stationären Aufenthaltes entnommen werden kann.

Besteht nach der stationären Behandlung eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit, kann das Krankenhaus/ die Rehabilitationseinrichtung nach der Entlassung im Rahmen des sogenannten „Entlassungsmanagements“ nach § 39 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 40 Abs. 2 Satz 6 SGB V Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von bis zu 7 Tagen feststellen. Siehe hierzu [2.2.2.2.2 „Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende einer stationären Krankenhausbehandlung“](#) und [2.2.2.2.5 „Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende einer Rehabilitationsmaßnahme“](#).

Durch das TSVG wurde § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V dahingehend angepasst, dass ab dem 01.01.2021 die Vertragsärzte verpflichtet sind, die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a SGB V unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Hierdurch entfällt in einem erheblichen Umfang die Nutzung des Musters 1.

Im Hinblick auf die den Krankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeräumte Möglichkeit, im Rahmen des Entlassmanagements AU-Bescheinigungen für eine Dauer bis zu sieben Tagen auszustellen, ist über § 39 Abs. 1a Satz 7 zweiter Halbsatz SGB V sichergestellt, dass die Krankenhäuser und stationären Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls die Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen unmittelbar elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln haben.

Da Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erst in weiteren Schritten an die Telematikinfrastruktur angebunden werden, gilt für sie nicht der gesetzlich geregelte Stichtag zum 01.01.2021, sondern der Zeitpunkt, an dem sie sich an die Telematikinfrastruktur anbinden.

## Anspruch auf Krankengeld

Der Nachweis des Aufenthalts in einem Hospiz zu einer stationären Hospizleistung ist vergleichbar mit einer Krankenhausbehandlung und als Nachweis für einen Anspruch auf Krankengeld ausreichend.

### 2.2.2 Nachweis einer Arbeitsunfähigkeit

Für den Anspruchsbeginn des Krankengeldes im Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit ist nach § 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V die ärztliche Feststellung maßgebend. Der Anspruch entsteht daher nicht bereits mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit, sondern frühestens mit dem Tag der ärztlichen Feststellung.

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und die Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer erfordern wegen ihrer Tragweite und ihrer arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen sowie wirtschaftlichen Bedeutung für alle Beteiligten besondere Sorgfalt. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit stellt zugleich die Voraussetzung für den Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und für die Zahlung von Krankengeld dar. Im Zusammenhang mit der verspäteten Vorlage der AU-Bescheinigung sind die Besonderheiten gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V zu beachten (siehe [6.4 „Verspätete Meldung der Arbeitsunfähigkeit“](#)).

#### 2.2.2.1 AU-Bescheinigung

Die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt in der Regel innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und wird in einer AU-Bescheinigung dokumentiert. Es handelt sich bei der AU-Bescheinigung um einen verbindlichen Vordruck. Vordrucke, welche die Krankenkassen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen, sind nach § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Die AU-Bescheinigung und deren praktische Anforderungen sind deshalb im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) geregelt. Näheres über die Ausstellung der AU-Bescheinigung kann zudem § 5 der AU-RL entnommen werden, in welchem die Grundsätze zur Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit festgelegt sind.

Eine Attestierung der Arbeitsunfähigkeit soll hiernach auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (AU-Bescheinigung) erfolgen. Hierbei darf die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit (Erst- und Folgebescheinigung) nur von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen und Ärzten oder deren persönlicher Vertretung sowie im Rahmen des Entlassmanagements auch von Krankenhausärzten und Ärzten in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation vorgenommen werden.

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit wieder teilweise verrichten und durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich

## Anspruch auf Krankengeld

besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, bescheinigt der Arzt dies auf dem Wiedereingliederungsplan. Die Attestierung der Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit während der stufenweisen Wiedereingliederung sollte weiterhin auf der AU-Bescheinigung (Muster 1) erfolgen.

Durch das TSVG wurde § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V dahingehend angepasst, dass ab dem 01.01.2021 die Vertragsärzte verpflichtet sind, die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastuktur nach § 291a SGB V unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Hierdurch entfällt in einem erheblichen Umfang die Nutzung des Musters 1.

Aufgrund der Übersichtlichkeit wurde auf eine Erweiterung der Aussagen im gemeinsamen Rundschreiben um die elektronische AU-Bescheinigung (eAU) verzichtet. Sofern im Folgenden von AU-Bescheinigung gesprochen wird, ist hierunter gleichfalls die Übermittlung bzw. Ausstellung der eAU zu verstehen

### 2.2.2.1.1 Erst- oder Folgebescheinigung

Die AU-Bescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Eine Erstbescheinigung darf nur dann ausgestellt werden, wenn die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt wird. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Erstbescheinigung angegeben, ist nach Prüfung der aktuellen Verhältnisse eine Folgebescheinigung auszustellen.

Hat nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit Arbeitsfähigkeit bestanden (wenn auch nur kurzfristig z. B. stundenweise), ist für eine darauffolgende Arbeitsunfähigkeit eine Erstbescheinigung auszustellen. Dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt. Hintergrund ist, dass nur so für den Arbeitgeber ersichtlich wird, dass die Arbeitsunfähigkeit ggf. durch zwei unterschiedliche Krankheiten verursacht wurde und diese bei der Beurteilung der Dauer der Entgeltfortzahlung sowie beim Krankengeldanspruch ggf. voneinander abgegrenzt werden müssen. Eine abschließende Klärung ist in diesem Fall nur durch eine Vorerkrankungsanfrage möglich. Das stundenweise Vorliegen von Arbeitsfähigkeit kann nur durch die Abgrenzung der Erst- von einer Folgebescheinigung in der AU-Bescheinigung dargestellt werden, weil hier aus verwaltungspraktikablen Gründen ausschließlich die Angabe von ganzen Tagen möglich ist.

### 2.2.2.1.2 Dauer und Ende

Die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll durch den Arzt grundsätzlich nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann der Arzt jedoch die



## Anspruch auf Krankengeld

Arbeitsunfähigkeit bis zur voraussichtlichen Dauer von einem Monat bescheinigen. Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit, z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen auf Grund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sogenannte Brückentage), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.

Wenn der Arzt zum Zeitpunkt der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bereits einschätzen kann, dass die Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf des bescheinigten Zeitraums enden wird oder tatsächlich geendet hat, soll zudem die AU-Bescheinigung als Endbescheinigung gekennzeichnet werden.

### 2.2.2.1.3 Rückwirkende ärztliche Bescheinigung

Zwar soll die Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten ärztlichen Inanspruchnahme liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden, jedoch ist eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag, ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit, ausnahmsweise und nach gewissenhafter Prüfung regelmäßig bis zu drei Tagen zulässig. Eine solche Rückdatierung hat grundsätzlich keine Auswirkungen auf das Entstehen des Krankengeldanspruchs, welcher erst ab dem Tag der ärztlichen Feststellung entsteht.

Hierdurch besteht die Möglichkeit für den Arzt, auch für die Tage eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, für welche der Arbeitnehmer nach § 5 EntgFG grundsätzlich keine Nachweispflicht gegenüber dem Arbeitgeber hat. Hier besteht erst eine Verpflichtung zur Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung nach dem dritten Kalendertag einer Erkrankung (siehe [Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall \(Entgeltfortzahlungsgesetz – EFZG\) vom 25.06.1998](#)).

Eine weitergehende rückwirkende Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit kann nur im Ausnahmefall Wirkung für den Anspruch auf Krankengeld entfalten (siehe [2.2.2.2.6 „Handlungs- oder Geschäftsunfähigkeit des Versicherten“](#) und [2.2.2.2.7 „Umstände außerhalb des Verantwortungsbereichs des Versicherten“](#)).

### 2.2.2.1.4 Anderweitiger Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

Eine Arbeitsunfähigkeit muss nach § 46 SGB V ärztlich festgestellt werden, demnach kann dies grundsätzlich durch jeden Arzt erfolgen. Hieraus kann abgeleitet werden, dass es sich bei dem Arzt weder zwingend um einen Vertragsarzt handeln muss, noch um den behandelnden Arzt des Versicherten. Feststellungen nichtärztlichen Hilfspersonals, also beispielsweise eines Sanitäters oder der Arzthelferin, wie auch einer Hebamme genügen dagegen nicht.

## Anspruch auf Krankengeld

Zwar ist die AU-Bescheinigung im Bundesmantelvertrag verpflichtend vorgesehen, jedoch sind anderweitige Atteste als Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht gesetzlich ausgeschlossen. Neben der AU-Bescheinigung kommen daher auch weitere Nachweise zum Einsatz, wie z. B. ärztliche Atteste von Privatärzten oder Ärzten im Ausland. Auch diese gelten grundsätzlich als Nachweis der Arbeitsunfähigkeit und können daher als Basis für den Anspruch auf Krankengeld herangezogen werden.

Aus einer solchen ärztlichen Bescheinigung müssen mindestens die folgenden notwendigen Informationen für den Krankengeldanspruch (analog AU-Bescheinigung – Muster 1) hervorgehen:

- die Angaben zum Versicherten,
- der Beginn der Arbeitsunfähigkeit,
- die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit,
- der ärztliche Feststellungstag der Arbeitsunfähigkeit und
- die Diagnose(n).

Die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit im EU-Ausland erfolgt nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaates. Der Versicherte muss die vom Arzt im Ausland ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht mehr an den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes senden, sondern direkt an die zuständige Krankenkasse. Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit muss eine Unterscheidung zwischen bloßer Erkrankung und krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erkennen lassen (BAG-Urteil vom 01.10.1997 – 5 AZR 499/96). Die von den ausländischen Ärzten ausgestellten Bescheinigungen sind daher wie in Deutschland ausgestellte Bescheinigungen anzuerkennen. Auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus verschiedenen Abkommenstaaten – Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien sind anzuerkennen.

Der Versicherte hat die Mitteilung über die Arbeitsunfähigkeit innerhalb der in den Rechtsvorschriften des SGB V festgesetzten Frist der Krankenkasse zu übermitteln. Die Pflicht liegt hierbei beim Versicherten. Wird der Nachweis nicht innerhalb einer Woche angezeigt, führt dies nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V zum Ruhen des Krankengeldes.

Sollte es im betreffenden Staat keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen geben, muss sich der Versicherte an den dort zuständigen Träger wenden. Dieser wird die ärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit veranlassen.

## Anspruch auf Krankengeld

### 2.2.2.1.5 Wirkung des AU-Nachweises

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (z. B. vom 10.05.2012 – B 1 KR 20/11 R) hat das Attest mit der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit lediglich die Bedeutung einer gutachtlichen Stellungnahme. Sie bildet eine Grundlage für den über den Krankengeld-Bezug zu erteilenden Verwaltungsakt der Krankenkasse, ohne dass die Krankenkasse und Gerichte an den Inhalt der ärztlichen Bescheinigung gebunden sind. Die Krankenkasse kann sich insoweit aber nicht auf das Fehlen einer ärztlichen AU-Feststellung berufen, obwohl ihr eine solche Feststellung vorliegt, sie aber lediglich die Verhältnisse abweichend beurteilt.

Mit der gesetzlich geforderten ärztlich festzustellenden Arbeitsunfähigkeit sollen der Krankengeld-Missbrauch und praktische Schwierigkeiten vermieden werden, zu denen die nachträgliche Behauptung einer Arbeitsunfähigkeit und deren rückwirkende Bescheinigung beitragen könnten.

Im sozialgerichtlichen Verfahren ist eine ärztliche AU-Bescheinigung in diesem Sinne ein Beweismittel wie jedes andere, sodass der durch sie bescheinigte Inhalt durch andere Beweismittel widerlegt werden kann. Das bedeutet, dass die AU-Bescheinigung für den Nachweis der Arbeitsunfähigkeit eine wichtige Grundlage darstellt, der jedoch keine uneingeschränkte bindende Wirkung zukommt. Die Krankenkasse muss von der attestierten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit abweichen, wenn zu erkennen ist, dass der Arzt bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit irrtümlich von falschen Voraussetzungen ausgegangen ist. Hierzu kann die Krankenkasse eine weitere medizinische Stellungnahme – in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung – einholen.

Auch der Versicherte braucht eine ihn belastende ärztliche Feststellung nicht ohne weiteres hinzunehmen. Ihm steht die Möglichkeit offen – eventuell auch durch eine Expost-Beurteilung eines anderen ärztlichen Gutachters – die Unrichtigkeit der ersten ärztlichen Feststellung nachzuweisen.

### 2.2.2.2 Nahtloser Nachweis der Arbeitsunfähigkeit

Die AU-Bescheinigung wird wie unter [2.2.2.1.2 „Dauer und Ende“](#) dargestellt, abschnittsweise ausgestellt. Voraussetzung für das Fortbestehen eines Anspruchs auf Krankengeld ist demnach, dass die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit lückenlos erfolgt.

Nach § 46 Satz 2 SGB V bleibt der Anspruch auf Krankengeld jeweils bis zu dem Tage bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird. Bedingung des Fortbestehens ist jedoch, dass die ärztliche Feststellung spätestens am nächsten

## Anspruch auf Krankengeld

Werktag (Samstage gelten insoweit nicht als Werktage) nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgen muss.

Die Voraussetzungen des Krankengeldanspruchs müssen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei zeitlich befristeter Arbeitsunfähigkeitsfeststellung und dementsprechender Krankengeldgewährung für jeden Bewilligungsabschnitt erneut festgestellt werden. Diese Rechtsauffassung wird im Wesentlichen mit der abschnittsweisen Bewilligung von Krankengeld entsprechend der sich aus der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ergebenden Befristung begründet, die zu einer gesetzlich nicht geregelten Beendigung des Anspruchs auf Krankengeld führe. Der Anwendungsbereich des § 46 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, wonach der Anspruch auf Krankengeld von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit entsteht, erstrecke sich auf jeden weiteren Bewilligungsabschnitt. Neben den Voraussetzungen des Krankengeldanspruches müsse für jeden Bewilligungsabschnitt das Mitgliedschaftsverhältnis geprüft werden und vorliegen. Durch die Aufteilung in Bewilligungsabschnitte entsteht damit auch bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit und Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen der Anspruch auf Krankengeld immer wieder von neuem, mit der Konsequenz, dass eine Lücke zum Verlust der Mitgliedschaft und damit des Anspruchs führen kann.

Der Versicherte muss daher die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit rechtzeitig vor Fristablauf ärztlich feststellen lassen und seiner Krankenkasse melden, wenn er das Erlöschen des Leistungsanspruchs vermeiden will (BSG vom 11.05.2017 – B 1 KR 22/15 R). Lässt ein Versicherter demnach nicht rechtzeitig vor Fristablauf die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit feststellen, endet der Anspruch auf Krankengeld mit dem Ende des aktuellen Bewilligungsabschnittes. Bei der Meldung der Arbeitsunfähigkeit handelt es sich zudem grundsätzlich um eine Obliegenheit des Versicherten, der die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen Meldung somit zu tragen hat. Zum Ruhen des Anspruchs bei verspäteter Vorlage der AU-Bescheinigung siehe [6.4 „Verspätete Meldung der Arbeitsunfähigkeit“](#).

In Auslegung der gesetzlichen Regelung des § 46 SGB V ergeben sich daher folgende Fallgestaltungen:

### **2.2.2.2.1            Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der bisherig bescheinigten Arbeitsunfähigkeit**

Für den lückenlosen Nachweis des Vorliegens von Arbeitsunfähigkeit ist es ausreichend, wenn die ärztliche Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.

## Anspruch auf Krankengeld

Tritt hingegen nach dem Ende der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, liegt eine neue Arbeitsunfähigkeit vor. Dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

### **2.2.2.2 Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende einer stationären Krankenhausbehandlung**

Für den lückenlosen Nachweis einer weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit stellt der behandelnde Krankenhausarzt sofern erforderlich im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V eine längstens bis zu 7 Tagen geltende AU-Bescheinigung aus. In diesem Fall ist es ausreichend, wenn die weiterhin aufgrund derselben Diagnose bestehende Arbeitsunfähigkeit am auf den letzten durch das Krankenhaus zuvor bescheinigten Tag der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag (Samstage gelten insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

In Fällen, in denen die Versicherten aus einem stationären Krankenhausaufenthalt entlassen werden, ohne dass eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, ist es ausreichend, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am auf den Entlassungstag folgenden Werktag (Samstage zählen insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

Tritt hingegen nach dem Ende der Krankenhausbehandlung bzw. der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, liegt eine neue Arbeitsunfähigkeit vor. Dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

### **2.2.2.3 Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach einer ambulanten Operation im Krankenhaus**

Für den lückenlosen Nachweis einer weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit kann der behandelnde Krankenhausarzt sofern erforderlich im Rahmen des § 10 Abs. 1 des Vertrages „Ambulantes Operieren und stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115 b Abs. 1 SGB V“ Arbeitsunfähigkeit für längstens bis zu 5 Tagen feststellen. In diesem Fall ist es ausreichend, wenn die weiterhin aufgrund derselben Diagnose bestehende Arbeitsunfähigkeit am auf den letzten durch das Krankenhaus zuvor bescheinigten Tag der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag (Samstage gelten insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

## Anspruch auf Krankengeld

In Fällen, in denen Versicherten nach einer ambulanten Operation durch den Krankenhausarzt keine weitere Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, ist es ausreichend, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am auf den Operationstag folgenden Werktag (Samstage zählen insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

Tritt hingegen nach dem Operationstag bzw. der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, liegt eine neue Arbeitsunfähigkeit vor. Dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

### **2.2.2.4 Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach einer ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus**

Im Rahmen einer ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus kann der behandelnde Krankenhausarzt keine AU-Bescheinigung ausstellen (Beschluss des G-BA vom 17.12.2015). In Fällen, in denen nach der Notfallbehandlung Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Diagnose am auf die ambulante Notfallbehandlung folgenden Werktag (Samstage gelten insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird und keine den Anspruch auf Krankengeld umfassende Versicherung vorliegt, gilt der Tag der Notfallbehandlung als Feststellungstag der Arbeitsunfähigkeit. Nur in diesen Fällen wird die durch den Versicherten nachgewiesene ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus insoweit einer Erstbescheinigung für die Arbeitsunfähigkeit gleichgesetzt. Die für das Fortbestehen des Krankengeldanspruchs in § 46 Satz 2 SGB V geforderte Feststellung des Krankengeldanspruchs wird hierdurch entsprechend fingiert.

Tritt nach der ambulanten Notfallbehandlung eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, liegt eine neue Arbeitsunfähigkeit vor.

### **2.2.2.5 Feststellung und Bescheinigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende einer Rehabilitationsmaßnahme**

Für die Anforderungen an den lückenlosen Nachweis einer weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit muss bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme dahingehend unterschieden werden, ob diese Leistung zu Lasten der Krankenkasse (§ 40 Abs. 2 SGB V oder § 41 SGB V) oder eines anderen Sozialversicherungsträgers erbracht wird.

## Anspruch auf Krankengeld

### **2.2.2.2.5.1           Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Abs. 2 SGB V oder § 41 SGB V**

Für den lückenlosen Nachweis einer weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit nach einer Rehabilitationsmaßnahme stellt der behandelnde Arzt sofern erforderlich im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 SGB V eine längstens bis zu 7 Tagen geltende AU-Bescheinigung aus (§ 40 Abs. 2 Satz 6 SGB V i.V.m § 39 Abs. 1a SGB V und § 4a AU-RL). In diesem Fall ist es ausreichend, wenn die weiterhin aufgrund derselben Diagnose bestehende Arbeitsunfähigkeit am auf den letzten durch die Rehabilitationseinrichtung zuvor attestierten Tag der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag (Samstage gelten insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

In Fällen, in denen die Versicherten arbeitsunfähig aus einer stationären Rehabilitationsmaßnahme entlassen werden, ohne dass eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, ist es ausreichend, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am auf den Entlassungstag folgenden Werktag (Samstage zählen insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

In Fällen, in denen die Versicherten arbeitsfähig aus einer stationären Rehabilitationsmaßnahme entlassen worden sind, und im Anschluss eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit bescheinigt wurde, ist zu prüfen, ob es sich um eine durchgängige Arbeitsunfähigkeit handelt. Sofern – abweichend von der Feststellung im Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung – weiterhin Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, ist dies zu begründen (vgl. § 4 Abs. 4 AU-RL). Tritt nach dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme bzw. der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, liegt eine neue Arbeitsunfähigkeit vor. Dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

### **2.2.2.2.5.2           Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten eines anderen Sozialversicherungsträgers**

Der Gesetzgeber hat durch das GKV-VSG keine entsprechende Erweiterung des SGB VI oder SGB IX vorgesehen, weshalb eine entsprechende Anwendung des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V für vergleichbare Rehabilitationsmaßnahmen der Renten- oder Unfallversicherungsträger ausscheidet. Im Rahmen einer solchen Rehabilitationsmaßnahme kann daher keine AU-Bescheinigung ausgestellt werden.

In diesen Fällen, in denen die Versicherten arbeitsunfähig aus einer stationären Rehabilitationsmaßnahme entlassen werden, ohne dass eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, ist es ausreichend, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am auf

## Anspruch auf Krankengeld

den Entlassungstag folgenden Werktag (Samstage zählen insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

Tritt nach der Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, liegt eine neue Arbeitsunfähigkeit vor. Dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

Wurde im Rahmen der Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme eine AU-Bescheinigung durch den behandelnden Arzt für längstens bis zu 7 Tagen ausgestellt, obwohl ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V für diese Rehabilitationsmaßnahmen gesetzlich nicht vorgesehen ist, gilt diese trotzdem als Nachweis für die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit. In diesen Fällen wird es als ausreichend angesehen, wenn die weiterhin aufgrund derselben Diagnose bestehende Arbeitsunfähigkeit am auf den letzten durch die Rehabilitationseinrichtung zuvor bescheinigten Tag der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag (Samstage gelten insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

### **2.2.2.2.5.3            Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen**

In den Fällen, in denen die Versicherten arbeitsunfähig aus einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme entlassen werden, ist es ausreichend, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am auf die Beendigung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme folgenden Werktag (Samstage zählen insoweit nicht als Werktage) ärztlich festgestellt wird.

Tritt nach der Beendigung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, liegt eine neue Arbeitsunfähigkeit vor. Dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

### **2.2.2.2.6            Handlungs- oder Geschäftsunfähigkeit des Versicherten**

In Fällen, in denen nachweislich aufgrund von Handlungs- oder Geschäftsunfähigkeit (z. B. nicht nur vorübergehende krankhafte Störung der Geistestätigkeit gemäß § 104 BGB oder vorübergehende Ohnmachts- und Bewusstseinsstörungen gemäß § 105 BGB) des Versicherten die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nicht rechtzeitig möglich war, kann die unterbliebene ärztliche Feststellung ausnahmsweise rückwirkend nachgeholt werden, um eine Anerkennung einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Die medizinischen Hinderungsgründe müssen im Einzelfall nachvollziehbar dargestellt und plausibel zur Dauer der verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sein. Eine nicht nur vorübergehende Geschäftsunfähigkeit nach § 104 BGB wird



## Anspruch auf Krankengeld

vom zuständigen Amtsgericht festgestellt. Der medizinische Nachweis einer vorübergehenden Handlungsunfähigkeit nach § 105 BGB muss im Einzelfall nachvollziehbar dargestellt und plausibel zur Dauer der verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sein.

### 2.2.2.2.7 Umstände außerhalb des Verantwortungsbereichs des Versicherten

In Fällen, in denen die rechtzeitige weitere ärztliche Feststellung durch Umstände verhindert oder verzögert worden ist, die nicht dem Verantwortungsbereich des Versicherten zuzurechnen sind z. B. einem Verkehrsunfall auf dem Weg zum Arzt mit nachfolgender Krankenhauseinlieferung, kann die unterbliebene ärztliche Feststellung ausnahmsweise rückwirkend nachgeholt werden, um eine Anerkennung einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 11.05.2017 – B 3 KR 22/15 R – die bisher anerkannten engen Ausnahmefälle, in denen die ärztliche Feststellung oder die Meldung der AU durch Umstände verhindert oder verzögert worden ist, die dem Verantwortungsbereich der Krankenkassen und nicht dem Versicherten zuzurechnen sind, erweitert. So steht dem Krankengeld-Anspruch Versicherter eine nachträglich erfolgte ärztliche AU-Feststellung nicht entgegen, wenn der Versicherte

1. alles in seiner Macht Stehende und ihm Zumutbare getan hat, um seine Ansprüche zu wahren, indem er einen zur Diagnostik und Behandlung befugten Arzt persönlich aufgesucht und ihm seine Beschwerden geschildert hat, um
  - die ärztliche Feststellung der AU als Voraussetzung des Anspruchs auf Krankengeld zu erreichen, und
  - dies rechtzeitig innerhalb der anspruchsbegründenden bzw. –erhaltenden zeitlichen Grenzen für den Krankengeld-Anspruch erfolgt ist (siehe [2.2.2.2 „Nahtloser Nachweis der Arbeitsunfähigkeit“](#)),
2. an der Wahrung der Krankengeld-Ansprüche durch eine (auch nichtmedizinische) Fehlentscheidung des Vertragsarztes gehindert wurde (z. B. eine irrtümlich nicht erstellte AU-Bescheinigung), und
3. er – zusätzlich – seine Rechte bei der Krankenkasse unverzüglich, spätestens innerhalb der zeitlichen Grenzen des § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V, nach Erlangung der Kenntnis von dem Fehler geltend macht (siehe [6.4 „Verspätete Meldung der Arbeitsunfähigkeit“](#)).

Unter diesen engen Voraussetzungen kann die ärztliche (auch nichtmedizinische) Fehlbeurteilung nicht dem Versicherten zugerechnet werden, und er kann daher ausnahmsweise rückwirkend Krankengeld beanspruchen.

## Anspruch auf Krankengeld

**2.2.2.2.8 Informationspflicht**

Obwohl gesetzlich weder eine Informationspflicht für die Krankenkassen noch für die Ärzte vorgesehen ist und auch regelmäßig durch höchstrichterliche Rechtsprechung eine solche Verpflichtung negiert wird, erfolgt üblicherweise eine Information der Versicherten über die Anforderungen an den lückenlosen Nachweis einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit über einen Versicherten-durchschlag der AU-Bescheinigung (Muster 1c).

**2.2.2.3 Auswirkung einer verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit**

Wird eine Folgebescheinigung dennoch erst verspätet ausgestellt, hat dies in Abhängigkeit vom versicherungsrechtlichen Status und Zeitpunkt der weiteren Feststellung der Arbeitsunfähigkeit unterschiedliche Konsequenzen auf den Anspruch auf Krankengeld.

**2.2.2.3.1 Feststellung innerhalb eines Monats im Beschäftigungsverhältnis**

Bei Versicherten, die weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, besteht kein Anspruch auf Krankengeld für die Dauer der verspäteten Feststellung. Es besteht jedoch ein Versicherungsschutz nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV für einen Monat, weshalb der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wiederauflebt, weil auch zu diesem Zeitpunkt eine versicherungspflichtige Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld besteht. Das Krankengeld entfällt damit nur für die Tage, an denen der behandelnde Arzt zu spät aufgesucht wurde.

Beispiel 22 - Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit mit Beschäftigungsverhältnis

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>24.06. (Mo.)</u>
<u>Entgeltfortzahlung bis</u>	<u>04.08. (So.)</u>
<u>Krankengeldbezug ab</u>	<u>05.08. (Mo.)</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt bis</u>	<u>12.08. (Mo.)</u>
<u>Erneute ärztliche Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wegen der-</u> <u>selben Erkrankung am</u>	<u>15.08. (Do.)</u>
<u>Das Beschäftigungsverhältnis besteht weiterhin fort.</u>	
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V endet am 12.08. Für die Zeit der Feststellungslücke vom 13.08. – 14.08. besteht kein Krankengeldanspruch, aber Versicherungsschutz nach § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV. Mit der erneuten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am 15.08. lebt der Krankengeldanspruch und das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wieder auf. Ist die Feststellungslücke größer als ein Monat, entfällt der Krankengeldanspruch.</u>	

## Anspruch auf Krankengeld

**2.2.2.3.2 Feststellung innerhalb eines Monats ohne Beschäftigungsverhältnis**

Das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bleibt gem. § 46 Satz 3 SGB V erhalten, wenn die weitere AU wegen derselben Krankheit spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der AU ärztlich festgestellt wird. Somit bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne des § 46 Satz 2 SGB V, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Das Krankengeld ruht für die Tage, bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt worden ist (6.5 „Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit“).

Beispiel 23 - Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ohne Beschäftigungsverhältnis

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>24.06. (Mo.)</u>
<u>Entgeltfortzahlung bis</u>	<u>04.08. (So.)</u>
<u>Beschäftigungsverhältnis endet am</u>	<u>04.08. (So.)</u>
<u>Krankengeldbezug ab</u>	<u>05.08. (Mo.)</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt bis</u>	<u>12.08. (Mo.)</u>
<u>Erneute ärztliche Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit</u>	<u>15.08. (Do.)</u>
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Für die Zeit der Feststellungslücke vom 13.08. bis 14.08. besteht der Anspruch auf Krankengeld nach § 46 Satz 3 SGB V fort, dieser ruht jedoch nach § 49 Abs. 1 Nr. 8 SGB V. Mit der erneuten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am 15.08. endet das Ruhen und die Zahlung des Krankengeldes erfolgt wieder.</u>	

**2.2.2.3.3 Feststellung außerhalb eines Monats mit/ohne Beschäftigungsverhältnis**

Erfolgt die ärztliche Feststellung der fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit erst nach einem Monat nach dem Ende des bisher bescheinigten Endes der Arbeitsunfähigkeit, so entsteht wegen fehlender Mitgliedschaft unabhängig davon, ob ein Beschäftigungsverhältnis besteht oder nicht, kein neuer Krankengeldanspruch.

Beispiel 24 - Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit > 1 Monat

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>24.06. (Mo.)</u>
<u>Entgeltfortzahlung bis</u>	<u>04.08. (So.)</u>
<u>Beschäftigungsverhältnis endet am</u>	<u>04.08. (So.)</u>
<u>Krankengeldbezug ab</u>	<u>05.08. (Mo.)</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt bis</u>	<u>12.08. (Mo.)</u>
<u>Erneute ärztliche Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>16.09. (Mo.)</u>
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Die Feststellungslücke ist größer als ein Monat, daher entfällt der Krankengeldanspruch und die Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V endet am 12.08.</u>	

## Anspruch auf Krankengeld

Siehe auch 2.2.2.3.4 „Verspätete Feststellung bei freiwillig Versicherten“.

### 2.2.2.3.4 Verspätete Feststellung bei freiwillig Versicherten

Bei freiwillig Versicherten besteht kein Anspruch auf Krankengeld für die Dauer der verspäteten Feststellung. Es besteht jedoch weiterhin ein Versicherungsschutz aufgrund der freiwilligen Versicherung, weshalb der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wiederauflebt, weil auch zu diesem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld besteht. Das Krankengeld entfällt damit nur für die Tage, an denen der behandelnde Arzt zu spät aufgesucht wurde.

Beispiel 25 – Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei hauptberuflich Selbständigen

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>24.06. (Mo.)</u>
<u>Krankengeldbezug ab</u>	<u>05.08. (Mo.)</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt bis</u>	<u>12.08. (Mo.)</u>
<u>Erneute ärztliche Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>15.08. (Mo.)</u>
<u>Die hauptberufliche Selbständigkeit besteht weiterhin fort.</u>	
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Die freiwillige Mitgliedschaft besteht durchgehend fort. Für die Zeit der Feststellungslücke vom 13.08. – 14.08. besteht kein Krankengeldanspruch, aber weiterhin Versicherungsschutz aufgrund der freiwilligen Versicherung. Mit der erneuten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit am 15.08. lebt der Krankengeldanspruch wieder auf.</u>	

Bei freiwillig versicherten Arbeitnehmern bleibt die freiwillige Mitgliedschaft grundsätzlich auch über das Ende der Monatsfrist hinaus bestehen. Allerdings gilt das entgeltliche Beschäftigungsverhältnis nach Ablauf der Monatsfrist nicht mehr als fortbestehend; damit endet die Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Die freiwillige Mitgliedschaft wird anschließend ohne Anspruch auf Krankengeld fortgeführt, sofern kein Anspruch auf Familienversicherung besteht, sodass kein neuer Krankengeldanspruch entsteht.

## Berechnung des Regelentgelts

**3. Berechnung des Regelentgelts**

<b>3.1</b>	<b>BERECHNUNG DES REGELENTGELTS BEI ARBEITNEHMERN.....</b>	<b>77</b>
	<i>Formel 1 – Berechnung kumuliertes und maßgebliches Regelentgelt .....</i>	<i>78</i>
3.1.1	ARBEITNEHMER, DEREN ARBEITSENTGELT SICH EINER STUNDENZAHL ZUORDNEN LÄSST (§ 47 ABS. 2 SATZ 1 UND 2 SGB V) 78	
3.1.1.1	BERECHNUNG DES REGELENTGELTS AUS LAUFENDEM ARBEITSENTGELT 78	
	<i>Formel 2 – Berechnung laufendes Regelentgelt.....</i>	<i>78</i>
3.1.1.1.1	BEMESSUNGSZEITRAUM 78	
	<i>Beispiel 28 – Regelmäßig monatlich zeitversetzte Zahlung variabler Entgeltbestandteile.....</i>	<i>79</i>
	<i>Beispiel 29 – Zeitversetzte Zahlung variabler Entgeltbestandteile in größeren Zeitabständen</i>	<i>79</i>
3.1.1.1.1.1	ABGERECHNETER ENTGELTABRECHUNGSZEITRAUM 80	
	<i>Beispiel 30 – letzter abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum .....</i>	<i>80</i>
	<i>Beispiel 31 – halbmonatiger Entgeltabrechnungszeitraum .....</i>	<i>80</i>
	<i>Beispiel 32 – wöchentlicher Entgeltabrechnungszeitraum .....</i>	<i>81</i>
	<i>Beispiel 33 – letzter vierwöchiger Entgeltabrechnungszeitraum .....</i>	<i>81</i>
	<i>Beispiel 34 – fehlendes Arbeitsentgelt in Entgeltabrechnungszeiträumen .....</i>	<i>81</i>
3.1.1.1.1.2	BESONDERHEITEN BEI DER FESTSTELLUNG DES ENTGELTABRECHUNGSZEITRAUMS 82	
3.1.1.1.1.2.1	ARBEITSAUFNAHME IN EINEM NOCH NICHT ABGERECHNETEN ENTGELTABRECHUNGSZEITRAUM 82	
	<i>Beispiel 35 – AU-Beginn im Monat des Beschäftigungsbeginns .....</i>	<i>82</i>
	<i>Beispiel 36 – AU-Beginn im Folgemonat des Beschäftigungsbeginns .....</i>	<i>83</i>
3.1.1.1.1.2.2	ARBEITSAUFNAHME IN EINEM ABGERECHNETEN, ABER WENIGER ALS 4 WOCHEN UMFASSENDEN ENTGELTABRECHUNGSZEITRAUM 83	
	<i>Beispiel 37 – AU-Beginn im Monat des Beschäftigungsbeginns mit abgerechnetem Entgeltabrechnungszeitraum .....</i>	<i>83</i>
	<i>Beispiel 38 – AU-Beginn im Folgemonat des Beschäftigungsbeginns mit abgerechnetem Entgeltabrechnungszeitraum .....</i>	<i>83</i>
3.1.1.1.1.2.3	ERNEUTE ARBEITSUNFÄHIGKEIT, BEVOR EIN ENTGELTABRECHUNGSZEITRAUM VON MINDESTENS 4 WOCHEN VORLIEGT 84	
	<i>Beispiel 39 – abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum bei kurzfristiger Wiedererkrankung .....</i>	<i>84</i>
	<i>Beispiel 40 – Kein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum bei kurzfristiger Wiedererkrankung .....</i>	<i>84</i>
3.1.1.1.1.2.4	ÄNDERUNG DES INHALTS DES ARBEITSVERHÄLTNISSES NACH ABLAUF DES ENTGELTABRECHUNGSZEITRAUMS 85	
	<i>Beispiel 41 – Eintritt und Wirksamkeit von Änderungen im Arbeitsverhältnis .....</i>	<i>85</i>
3.1.1.1.1.2.5	MUTTERSCHAFTSGELDBEZUG 85	
	<i>Beispiel 42 – AU-Beginn während des Mutterschaftsgeldbezugs .....</i>	<i>86</i>
	<i>Beispiel 43 – AU-Beginn kurz nach dem Ende des Mutterschaftsgeldbezugs – Entgeltzeitraum noch nicht abgerechnet .....</i>	<i>86</i>

## Berechnung des Regelentgelts

<i>Beispiel 44 – AU-Beginn kurz nach dem Ende des Mutterschaftsgeldbezugs– Entgeltzeitraum ist bereits abgerechnet</i> .....	86
3.1.1.1.1.2.6 ELTERNZEIT	86
<i>Beispiel 45 – AU-Beginn während Elternzeit</i> .....	86
<i>Beispiel 46 – AU-Beginn während Elternzeit mit zulässiger Beschäftigung</i> .....	87
<i>Beispiel 47 – AU-Beginn während Elternzeit mit Verkürzung der Elternzeit</i> .....	88
3.1.1.1.1.2.7 FREIWILLIGER WEHRDIENST	88
3.1.1.1.1.2.8 UNUNTERBROCHENER BEZUG UNTERSCHIEDLICHER ENTGELTERSATZLEISTUNGEN	88
<i>Beispiel 48 – Berechnungsgrundlage bei unmittelbarem Übergang von Entgeltersatzleistungen</i> .....	89
<i>Beispiel 49 – Berechnungsgrundlage bei kurzfristiger Arbeitsfähigkeit</i> .....	89
3.1.1.1.1.2.9 KURZARBEITERGELD/SAISON–KURZARBEITERGELD	89
3.1.1.1.1.2.10 TRANSFER–KURZARBEITERGELD	90
3.1.1.1.1.2.11 REGELUNG IN WEITEREN SONDERFÄLLEN	90
3.1.1.1.2 ARBEITSENTGELT	91
<i>Beispiel 50 – Berücksichtigung von Zuschlägen</i> .....	92
3.1.1.1.2.1 LAUFENDES ARBEITSENTGELT	92
3.1.1.1.2.1.1 VERMÖGENSWIRKSAME LEISTUNGEN/ARBEITNEHMER–SPARZULAGE	93
3.1.1.1.2.2 EINMALIG GEZAHLTES ARBEITSENTGELT	93
3.1.1.1.2.3 RÜCKWIRKENDE ERHÖHUNG DES ARBEITSENTGELTS	93
3.1.1.1.3 ZAHL DER ARBEITSSTUNDEN, FÜR DIE DAS ARBEITSENTGELT GEZAHLT WURDE	94
3.1.1.1.4 REGELMÄßIGE WÖCHENTLICHE ARBEITSZEIT	94
3.1.1.1.4.1 VEREINBARTE ARBEITSZEIT	94
3.1.1.1.4.2 DURCHSCHNITTLICHE ARBEITSZEIT	94
<i>Beispiel 51 – Berechnung regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit</i> .....	95
<i>Beispiel 52 – Berechnung regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit mit Fehlzeiten</i> .....	95
3.1.1.1.4.3 BERÜCKSICHTIGUNG VON MEHRARBEITSSTUNDEN/FESTSTELLUNG DER REGELMÄßIGKEIT	95
<i>Formel 3 – Berechnung regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden</i> .....	96
<i>Beispiel 53 – regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden</i> .....	96
<i>Beispiel 54 – Berücksichtigung tariflich vereinbarter Überstunden</i> .....	96
<i>Formel 4 – Berechnung regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden mit unbezahlten Fehltagen</i> .....	97
<i>Beispiel 55 – regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden mit unbezahlten Fehltagen</i> .....	97
3.1.2 ARBEITNEHMER, DEREN ARBEITSENTGELT NACH MONATEN ODER DER ARBEITSLEISTUNG BEMESSEN IST (§ 47 Abs. 2 Satz 3 SGB V)	97
3.1.2.1 BERECHNUNG DES REGELENTGELTS AUS DEM LAUFENDEN ARBEITSENTGELT	98
<i>Formel 5 – Berechnung laufendes Regelentgelt</i> .....	98
3.1.2.1.1 BEMESSUNGSZEITRAUM	98
<i>Beispiel 56 – maßgebender Bemessungszeitraum</i> .....	98
3.1.2.1.2 ARBEITSENTGELT	99

## Berechnung des Regelentgelts

3.1.2.1.2.1	BEMESSUNG DES ARBEITSENTGELTS NACH MONATEN	99
3.1.2.1.2.1.1	KEINE ABWEICHUNG ZUM VEREINBARTEN ARBEITSENTGELT	99
3.1.2.1.2.1.2	ABWEICHUNG ZUM VEREINBARTEN ARBEITSENTGELT	99
	<i>Beispiel 57 – Maßgebendes Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsbeginn</i>	100
	<i>Beispiel 58 – Maßgebendes Arbeitsentgelt bei unbezahlten Fehlzeiten</i>	100
	<i>Beispiel 59 – Regelentgelt bei Monatslohn mit Mehrarbeitsvergütung</i>	101
	<i>Beispiel 60 – Schätzung der variablen Entgeltbestandteile</i>	101
3.1.2.1.2.1.3	KEIN VEREINBARTES ARBEITSENTGELT	102
3.1.2.1.2.2	BEMESSUNG DES ARBEITSENTGELTS NACH DER ARBEITSLAISTUNG	102
	<i>Beispiel 61 – Regelentgelt bei schwankenden Monatsbezügen</i>	102
	<i>Beispiel 62 – Regelentgelt bei schwankenden Monatsbezügen mit Fehlzeiten</i>	103
3.1.3	ARBEITNEHMER MIT EINER FLEXIBLEN ARBEITSZEITREGELUNG	103
3.1.3.1	ARBEITSUNFÄHIGKEIT VOR BEGINN DER FLEXIBLEN ARBEITSZEITREGELUNG	103
3.1.3.1.1	ARBEITSUNFÄHIGKEIT MIT ANSPRUCH AUF ENTGELTFORTZAHLUNG	104
	<i>Beispiel 63 – AU-Beginn vor Beginn des Arbeitszeitmodells</i>	104
3.1.3.1.2	ARBEITSUNFÄHIGKEIT MIT KRANKENGELDBEZUG	105
	<i>Beispiel 64 – AU-Beginn und Krankengeldbezug vor Beginn des Arbeitszeitmodells</i>	105
3.1.3.2	ARBEITSUNFÄHIGKEIT WÄHREND DER ARBEITSPHASE DER FLEXIBLEN ARBEITSZEITREGELUNG	106
	<i>Beispiel 65 – AU-Beginn während des Arbeitszeitmodells</i>	106
	<i>Beispiel 66 – AU-Beginn mit Beginn des Arbeitszeitmodells</i>	107
3.1.3.3	ARBEITSUNFÄHIGKEIT BEI BEENDIGUNG DER FREISTELLUNGSPHASE	107
	<i>Beispiel 67 – Aufleben der Entgeltfortzahlung nach Ende arbeitsfreier Phase</i>	108
	<i>Beispiel 68 – Entgeltfortzahlung nach Ende arbeitsfreier Phase</i>	108
	<i>Beispiel 69 – Entgeltfortzahlung nach Ende arbeitsfreier Phase</i>	109
3.1.3.4	BESONDERHEIT ALTERSTEILZEIT	109
3.1.3.4.1	AUFSTOCKUNGSBETRÄGE	109
3.1.3.4.1.1	NICHTBERÜCKSICHTIGUNG	110
	<i>Beispiel 70 – Keine Berücksichtigung von gesetzlichen Aufstockungsbeträgen</i>	110
3.1.3.4.1.2	BERÜCKSICHTIGUNG	111
	<i>Beispiel 71 – Berücksichtigung von tarifvertraglichen Aufstockungsbeträgen</i>	111
3.1.4	ARBEITNEHMER MIT ENTGELTERSATZLEISTUNGSBEZUG	112
<b>3.2</b>	<b>BESONDERE PERSONENGRUPPEN</b>	<b>112</b>
3.2.1	PERSONEN MIT NICHT KONTINUIERLICHER ARBEITSVERRICHTUNG UND -VERGÜTUNG	112
3.2.2	NICHTARBEITNEHMER	112
3.2.2.1	HAUPTBERUFLICH SELBSTSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE	113
3.2.2.1.1	BEMESSUNGSZEITRAUM	113
3.2.2.1.2	ARBEITSEINKOMMEN	113
3.2.2.1.3	ERMITTLUNG DES REGELENTGELTS	113
3.2.2.2	RENTNER, RENTENANTRAGSTELLER UND VERSORGUNGSEMPFÄNGER	114

## Berechnung des Regelentgelts

3.2.2.3	KÜNSTLER UND PUBLIZISTEN	115
3.2.2.3.1	BERECHNUNG DES REGELENTGELTS	115
	<i>Beispiel 72 – Regelentgelt bei Künstlern und Publizisten .....</i>	<i>116</i>
	<i>Beispiel 73 – Regelentgelt bei Tagen ohne Versicherungspflicht im Bemessungszeitraum..</i>	<i>116</i>
3.2.2.4	TEILNEHMER AN LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN	116
	<i>Beispiel 74 – Berechnung Regelentgelt nach Bezug von Übergangsgeld .....</i>	<i>117</i>
3.2.2.5	UNSTÄNDIG/KURZZEITIG BESCHÄFTIGTE	117
3.2.2.5.1	BERECHNUNG DES REGELENTGELTS	117
3.2.3	VERSICHERTE NACH DEM KVLG 1989	118
3.2.4	SEELEUTE	118
3.2.5	TEILNEHMER AN FREIWILLIGENDIENSTEN	119
<b>3.3</b>	<b>HÖCHSTREGELENTGELT .....</b>	<b>119</b>
3.3.1	ÄNDERUNG DER BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE	120



## Berechnung des Regelentgelts

### 3.1 Berechnung des Regelentgelts bei Arbeitnehmern

Für Arbeitnehmer ist nach § 47 Abs. 1 Satz 1 SGB V das Regelentgelt das erzielte regelmäßige (kalendertägliche) Arbeitsentgelt. Hierbei ist es unerheblich, ob der Arbeitnehmer freiwilliges oder versicherungspflichtiges Mitglied der Krankenkasse ist. Die Berechnung des Regelentgelts für Personen, die nicht Arbeitnehmer sind oder neben der Beschäftigung eine selbstständige Tätigkeit ausüben, ist unter [3.2 „Besondere Personengruppen“](#) beschrieben.

Bei der Regelentgeltberechnung für Arbeitnehmer nach § 47 Abs. 2 SGB V (§ 12 KVLG 1989, § 47 Abs. 1 SGB VII) ist Folgendes zu beachten:

- Ist das Arbeitsentgelt des Arbeitnehmers nach Stunden bemessen; dann ist die Regelentgeltberechnung nach § 47 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V vorzunehmen. Nach Stunden ist das Arbeitsentgelt dann bemessen, wenn es sich einer Stundenzahl zuordnen lässt.
- Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen oder eine Regelentgeltberechnung nach § 47 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V nicht möglich, dann ist die Regelentgeltberechnung nach § 47 Abs. 2 Satz 3 SGB V vorzunehmen. Als Monatsentgelt sind solche Bezüge anzusehen, deren Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen bzw. -stunden oder dem Ergebnis der Arbeit (z. B. Akkord) abhängig ist. Vergütungen, die zusätzlich zum festen Monatsentgelt (z. B. für Mehrarbeitsstunden) gezahlt werden, ändern nichts daran, dass die Bezüge nach Monaten bemessen werden. Nach Monaten bemessen ist das Arbeitsentgelt nicht schon dann, wenn es monatlich gezahlt wird oder der Entgeltabrechnungszeitraum einen Monat umfasst. Eine Berechnung des Regelentgelts nach § 47 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V ist nicht möglich, wenn das Arbeitsentgelt nach Stücken, Fällen (z. B. bei Heimarbeiterinnen), sonstigen Einheiten (außer Zeiteinheiten) oder nach dem Erfolg der Arbeit (z. B. Akkord, Provision) bemessen wird und es sich einer Arbeitsstundenzahl nicht zuordnen lässt.
- Neben dem laufenden ist auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 47 Abs. 2 Satz 6 SGB V) zu berücksichtigen.
- Beitragsfrei umgewandelte Teile des laufenden Arbeitsentgelts sind entsprechend zu berücksichtigen.

Das Regelentgelt wird aus dem laufenden Arbeitsentgelt und – soweit zu berücksichtigen – dem einmalig gezahlten Arbeitsentgelt berechnet:

## Berechnung des Regelentgelts

Formel 1 – Berechnung kumuliertes und maßgebliches Regelentgelt

$\text{Regelentgelt}_{\text{kumuliert}} = \text{Regelentgelt}_{\text{laufend}} + \text{Hinzurechnungsbetrag}_{\text{Einmalzahlung}}$ $\text{Regelentgelt}_{\text{maßgeblich}} = \text{Regelentgelt}_{\text{kumuliert}} - \text{Abzugsbetrag}_{\text{Entgeltumwandlung}}$
--

Vor- und Nacharbeit im Entgeltabrechnungszeitraum wirken sich auf die Höhe des Regelentgelts nicht aus.

### 3.1.1 Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt sich einer Stundenzahl zuordnen lässt (§ 47

#### Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V)

#### 3.1.1.1 Berechnung des Regelentgelts aus laufendem Arbeitsentgelt

Das Regelentgelt wird im ersten Schritt ausschließlich aus dem laufenden Arbeitsentgelt ohne Berücksichtigung von Einmalzahlungen ermittelt. Die Berechnung erfolgt nachfolgender Formel:

Formel 2 – Berechnung laufendes Regelentgelt

$\text{Regelentgelt}_{\text{laufend}} = \frac{\text{mtl. Brutto-Arbeitsentgelt}_{\text{ohne Einmalzahlungen}} \times \text{regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit}}{(\text{tatsächliche Arbeitsstunden} + \text{bezahlte Fehlstunden}) \times 7}$
---

Das Ergebnis ist auf 3 Dezimalstellen nach dem Komma auszurechnen, wobei auf die 2. Stelle kaufmännisch auf- bzw. abzurunden ist.

#### 3.1.1.1.1 Bemessungszeitraum

Für die Berechnung des Regelentgelts ist das von dem Versicherten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens während der letzten abgerechneten 4 Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 23a SGB IV) verminderte Arbeitsentgelt zugrunde zu legen.

Weil für die Bemessung auf das erzielte Arbeitsentgelt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abzustellen ist, kommt nur ein solcher Entgeltabrechnungszeitraum in Betracht, der vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgelaufen und abgerechnet ist. Fallen Abrechnung und Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf denselben Tag, muss deshalb auf einen weiter zurückliegenden Entgeltabrechnungszeitraum zurückgegriffen werden.

## Berechnung des Regelentgelts

Sofern der Arbeitgeber variable Arbeitsentgeltbestandteile regelmäßig monatlich zeitversetzt zahlt, kann bei der Ermittlung des Regelentgelts das für den Bemessungszeitraum tatsächlich abgerechnete Arbeitsentgelt zugrunde gelegt werden. Diese – auch im Beitragsrecht angewandte – Vereinfachungsregelung gilt dagegen nicht, wenn die variablen Arbeitsentgeltbestandteile in größeren Zeitabständen als monatlich (z. B. vierteljährlich) oder nur von Fall zu Fall (etwa nach dem Umfang der angefallenen Arbeit) verspätet abgerechnet und ausgezahlt werden. Dann sind die variablen Arbeitsentgeltbestandteile dem Bemessungszeitraum zuzuordnen, in dem die entsprechenden Arbeiten tatsächlich ausgeführt wurden.

### Beispiel 26 – Regelmäßig monatlich zeitversetzte Zahlung variabler Entgeltbestandteile

Entgeltabrechnung jeweils am 30. eines Monats für den Monat	
Überstunden werden monatlich im Folgemonat für den Vormonat abgerechnet	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	15.09.
<b>Ergebnis:</b>	
Bemessungszeitraum ist der Monat August, mit der darin enthaltenen Überstundenvergütung für Juli.	

### Beispiel 27 – Zeitversetzte Zahlung variabler Entgeltbestandteile in größeren Zeitabständen

Entgeltabrechnung jeweils am 30. eines Monats für den Monat	
Überstunden werden quartalsweise am 30. des letzten Quartalsmonats abgerechnet (hier 30.09.)	
Ausschließlich im Juli und August wurden Überstunden geleistet	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	15.09.
<b>Ergebnis:</b>	
Die Überstunden für Juli und August werden grundsätzlich erst am 30.09. und damit die variablen Entgeltbestandteile in einem größeren Zeitabstand als monatlich abgerechnet. Die variablen Arbeitsentgeltbestandteile müssen daher dem Bemessungszeitraum zugeordnet werden, in dem die entsprechenden Arbeiten tatsächlich ausgeführt wurden. Maßgebender Bemessungszeitraum ist daher der Juni, weil für diesen Zeitraum das in Betracht kommende Arbeitsentgelt vollständig abgerechnet worden ist.	

Kommt es zur zeitversetzten Zahlung variabler Entgeltbestandteile in einem Entgeltabrechnungszeitraum, in dem vollständig keine Beitragspflicht besteht (z. B. während des Krankengeldbezuges), sind diese Arbeitsentgeltbestandteile beitragsrechtlich dem Entgeltabrechnungszeitraum zuzuordnen, der dem Zeitraum des Entgeltersatzleistungsbezuges vorangeht. Die Beitragsberechnung für diesen Abrechnungszeitraum ist ggf. zu korrigieren. Eine Neuberechnung des Krankengeldes findet in den Fällen, in denen das zeitversetzt gezahlte Arbeitsentgelt dem Bemessungszeitraum als „letztem“ Abrechnungszeitraum nachträglich zugeordnet werden muss, jedoch nicht statt.

Ist der betriebsübliche Entgeltabrechnungszeitraum kürzer als 4 Wochen (z. B. eine Woche), so sind mehrere Entgeltabrechnungszeiträume zusammenzurechnen, damit sich ein Zeitraum von mindestens 4 Wochen ergibt.

## Berechnung des Regelentgelts

## 3.1.1.1.1 Abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum

Ausgangsbasis für die Berechnung des Regelentgelts bildet das Arbeitsentgelt aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens 4-wöchiger Dauer (Bemessungszeitraum) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Dabei ist ein "abgerechneter" Entgeltabrechnungszeitraum ein Zeitraum, für den der Arbeitgeber üblicherweise die Entgeltberechnung abgeschlossen hat. Abgerechnet ist ein Entgeltabrechnungszeitraum dann, wenn der Arbeitgeber das für diesen Zeitraum in Betracht kommende Arbeitsentgelt vollständig berechnet hat, so dass auf Grund des Ergebnisses dieser Berechnung ohne weitere Rechenoperationen eine Auszahlung an den Arbeitnehmer möglich ist. Auf den üblichen Zahltag, den Zeitpunkt der Auszahlung oder der Bankgutschrift kommt es nicht an. Ferner kommt es nicht darauf an, dass der Versicherte für den gesamten Bemessungszeitraum Arbeitsentgelt beanspruchen kann. Es genügt, wenn für den Versicherten zumindest für einen Teil des Bemessungszeitraums Arbeitsentgelt abgerechnet worden ist. Fehlzeiten infolge Arbeitsunfähigkeit, unbezahlten Urlaubs usw. sind deshalb hinsichtlich des Bemessungszeitraums unschädlich.

Beispiel 28 – letzter abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum

	1	2	3
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	10.07.	10.07.	10.07.
Entgeltabrechnungszeitraum ist jeweils der Kalendermonat, die Abrechnung erfolgt am . . . des folgenden Monats	05.	12.	05.
Unbezahlter Urlaub	—	—	10.06. bis 19.06.
Letzter abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum	Juni	Mai	Juni

Beispiel 29 – halbmonatiger Entgeltabrechnungszeitraum

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	24.04.
Entgeltabrechnungszeitraum halbmonatlich, Abrechnung am letzten Tag des Entgeltabrechnungszeitraumes:	
a) vom 01.04. bis 15.04.	
b) vom 16.03. bis 31.03. usw.	
<b>Ergebnis:</b>	
Als Bemessungszeitraum sind die letzten beiden abgerechneten Monatshälften vom 01.04. bis 15.04. und vom 16.03. bis 31.03. vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen.	

## Berechnung des Regelentgelts

## Beispiel 30 – wöchentlicher Entgeltabrechnungszeitraum

Beginn der Arbeitsunfähigkeit Dienstag, 30.08.  
 Entgeltabrechnungszeitraum wöchentlich,  
 Abrechnung am Freitag:

- a) vom 27.08. bis 02.09.
- b) vom 20.08. bis 26.08.
- c) vom 13.08. bis 19.08.
- d) vom 06.08. bis 12.08.
- e) vom 30.07. bis 05.08.
- f) vom 23.07. bis 29.07. usw.

**Ergebnis:**

Der Entgeltabrechnungszeitraum a) vom 27.08. bis 02.09. bleibt bei der Berechnung des vierwöchigen Mindestzeitraums unberücksichtigt, da dieser vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (30.08.) noch nicht abgerechnet war. Die letzten abgerechneten 4 Wochen vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit sind daher die Entgeltabrechnungszeiträume b) bis e), also vom 30.07. bis 26.08. Der geforderte Mindestzeitraum ist somit erreicht.

## Beispiel 31 – letzter vierwöchiger Entgeltabrechnungszeitraum

Beginn der Arbeitsunfähigkeit Montag, 01.08.  
 Entgeltabrechnungszeitraum 4-wöchentlich,  
 Abrechnung am letzten Mittwoch des Entgeltabrechnungszeitraumes:

- a) vom 07.07. bis 03.08.
- b) vom 09.06. bis 06.07.
- c) vom 12.05. bis 08.06.

**Ergebnis:**

Letzter abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens vier Wochen vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit ist der Zeitraum b) vom 09.06. bis 06.07.

## Beispiel 32 – fehlendes Arbeitsentgelt in Entgeltabrechnungszeiträumen

Beginn der Arbeitsunfähigkeit Mittwoch, 30.03.  
 Entgeltabrechnungszeitraum wöchentlich,  
 Abrechnung am Mittwoch:

- a) vom 24.03. bis 30.03.
- b) vom 17.03. bis 23.03.
- c) vom 10.03. bis 16.03.
- d) vom 03.03. bis 09.03.
- e) vom 24.02. bis 02.03.

arbeitsunfähig vom 10.03. bis 23.03. (ohne Entgeltfortzahlung)

**Ergebnis:**

Obwohl in den Entgeltabrechnungszeiträumen b) und c) kein Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben die Entgeltabrechnungszeiträume b) bis e), also vom 24.02. bis 23.03. maßgebend.

## Berechnung des Regelentgelts

**3.1.1.1.1.2 Besonderheiten bei der Feststellung des Entgeltabrechnungszeitraums****3.1.1.1.1.2.1 Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum**

Sofern bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens 4-wöchiger Dauer noch nicht vorliegt, weil das Arbeitsverhältnis erst während eines laufenden Entgeltabrechnungszeitraums aufgenommen wurde, ist das Arbeitsentgelt zu schätzen (BSG vom 30.05.2006 – B 1 KR 19/05 R). Ausgangspunkt für die Schätzung sind dabei in erster Linie die von den Arbeitsvertragsparteien getroffenen und praktizierten Vereinbarungen (z. B. Arbeits- oder Tarifvertrag) über die Höhe des Arbeitsentgelts.

Liegt kein vereinbartes Arbeitsentgelt, aber bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein abgeschlossener, aber noch nicht abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor, so ist dieser Entgeltabrechnungszeitraum für die Regelentgeltberechnung heranzuziehen. Liegt kein abgeschlossener Entgeltabrechnungszeitraum vor, so ist das vom Beginn des Beschäftigungsverhältnisses an bis zum Tage vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielte Arbeitsentgelt der Berechnung des Regelentgelts zugrunde zu legen.

Auch variable Lohnbestandteile, welche aufgrund von individuellen Vereinbarungen voraussichtlich regelmäßig geleistet werden, sind bei der Schätzung entsprechend zu berücksichtigen. Führt eine Schätzung des Arbeitsentgelts nicht weiter, ist auf die Verhältnisse bei einem gleichartig Beschäftigten abzustellen.

Der Wechsel von einem Ausbildungs- in ein Arbeitsverhältnis stellt ein neues Beschäftigungsverhältnis dar. Hinsichtlich der Berechnung des Regelentgelts gelten die vorgenannten Ausführungen.

## Beispiel 33 – AU-Beginn im Monat des Beschäftigungsbeginns

Aufnahme der Beschäftigung	16.01.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	30.01.
monatliche Entgeltabrechnung am 15. des Folgemonats	
kein vereinbartes Arbeitsentgelt	
Abrechnungszeitraum ist der Kalendermonat	
<b>Ergebnis:</b>	
Für die Berechnung des Regelentgelts ist das Arbeitsentgelt vom 16. Januar bis 29. Januar zugrunde zu legen.	

## Berechnung des Regelentgelts

Beispiel 34 – AU-Beginn im Folgemonat des Beschäftigungsbeginns

Aufnahme der Beschäftigung	16.01.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	04.02.
monatliche Entgeltabrechnung am 15. des Folgemonats	
kein vereinbartes Arbeitsentgelt	
Abrechnungszeitraum ist der Kalendermonat	
<b>Ergebnis:</b>	
Für die Berechnung des Regelentgelts ist das Arbeitsentgelt vom 16. Januar bis 31. Januar zugrunde zu legen.	

### 3.1.1.1.1.2.2                    **Arbeitsaufnahme in einem abgerechneten, aber weniger als 4 Wochen umfassenden Entgeltabrechnungszeitraum**

Liegt bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor, so ist dieser Entgeltabrechnungszeitraum auch dann für die Regelentgeltberechnung heranzuziehen, wenn er noch keine 4 Wochen umfasst, weil das Beschäftigungsverhältnis erst während dieses Abrechnungszeitraumes begann.

Beispiel 35 – AU-Beginn im Monat des Beschäftigungsbeginns mit abgerechnetem Entgeltabrechnungszeitraum

Aufnahme der Beschäftigung	06.08.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	Dienstag, 30.08.
Entgeltabrechnungszeitraum wöchentlich,	
Abrechnung am Freitag:	
a) vom 27.08. bis 02.09.	
b) vom 20.08. bis 26.08.	
c) vom 13.08. bis 19.08.	
d) vom 06.08. bis 12.08.	
<b>Ergebnis:</b>	
Für die Berechnung des Regelentgelts ist das Arbeitsentgelt vom 06.08. bis 26.08. zugrunde zu legen. Der Entgeltabrechnungszeitraum a) vom 27.08. bis 02.09. bleibt unberücksichtigt, da dieser vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (30.08.) noch nicht abgerechnet war.	

Beispiel 36 – AU-Beginn im Folgemonat des Beschäftigungsbeginns mit abgerechnetem Entgeltabrechnungszeitraum

Aufnahme der Beschäftigung	16.01.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	10.02.
monatliche Entgeltabrechnung	
Entgeltabrechnungszeitraum ist der Kalendermonat	
Entgeltabrechnung am 5. des folgenden Monats,	
demnach Entgeltabrechnung für Januar am	05.02.
<b>Ergebnis:</b>	
Für die Berechnung des Regelentgelts ist das Arbeitsentgelt vom 16.01. bis 31.01. zugrunde zu legen.	

## Berechnung des Regelentgelts

### 3.1.1.1.1.2.3 Erneute Arbeitsunfähigkeit, bevor ein Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens 4 Wochen vorliegt

Liegt zwischen der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit und dem Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor, so ist dieser Entgeltabrechnungszeitraum auch dann für die Regelentgeltberechnung heranzuziehen, wenn er weniger als 4 Wochen umfasst.

#### Beispiel 37 – abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum bei kurzfristiger Wiedererkrankung

Ende der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit	24.01.
Wiederaufnahme der Beschäftigung	25.01.
Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit	25.02.
monatliche Entgeltabrechnung	
Entgeltabrechnungszeitraum ist der Kalendermonat	
Entgeltabrechnung am 5. des folgenden Monats, demnach Entgeltabrechnung für Januar am	05.02.
<b>Ergebnis:</b>	
Für die Berechnung des Regelentgelts ist das im letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit erzielte Arbeitsentgelt, hier also das im Monat Januar (vom 25.01. bis 31.01.) erzielte Arbeitsentgelt, zugrunde zu legen. Sofern der Arbeitgeber für den Zeitraum vom 01.01. bis 24.01. oder für Teile dieses Zeitraums Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall geleistet hat, ist auch das für diese Zeit gezahlte Arbeitsentgelt bei der Ermittlung des Regelentgelts zu berücksichtigen.	

Liegt zwischen der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit und dem Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit kein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor, so ist das Regelentgelt aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum zu ermitteln.

#### Beispiel 38 – Kein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum bei kurzfristiger Wiedererkrankung

Vorangegangene Arbeitsunfähigkeit	10.01. bis 24.01.
Entgeltabrechnungszeitraum für die Arbeitsunfähigkeit vom 10.01. bis 24.01.	Dezember des Vorjahres
Wiederaufnahme der Beschäftigung	25.01.
Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit	04.02.
monatliche Entgeltabrechnung	
Entgeltabrechnungszeitraum ist der Kalendermonat	
Entgeltabrechnung am 5. des folgenden Monats, demnach Entgeltabrechnung für Januar am	05.02.
<b>Ergebnis:</b>	



## Berechnung des Regelentgelts

Bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit am 04.02. war der Monat Januar noch nicht abgerechnet. Für die Berechnung des Regelentgelts ist deshalb das im letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit (04.02.) erzielte Arbeitsentgelt, hier also das im Monat Dezember des Vorjahres erzielte Arbeitsentgelt, zugrunde zu legen.

### 3.1.1.1.1.2.4 Änderung des Inhalts des Arbeitsverhältnisses nach Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraums

Änderungen des Inhalts des Arbeitsverhältnisses, die nach Ablauf des Entgeltabrechnungszeitraumes wirksam werden (z. B. bei Übergang von Vollzeit- zur Teilzeitarbeit, bei Arbeitsplatzumbelegungen, bei Beendigung des Probearbeitsverhältnisses) haben keinen Einfluss auf die Berechnung des Regelentgelts (BSG vom 25.06.1991 – 1/3 RK 6/90 –). Das gilt selbst dann, wenn die Änderung vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Das Regelentgelt ist aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum zu ermitteln.

Beispiel 39 – Eintritt und Wirksamkeit von Änderungen im Arbeitsverhältnis

Änderungsvertrag vom	10.01.
Änderung wirkt ab	01.03.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	15.02.

**Ergebnis:**

Bemessungszeitraum ist der Januar ohne Berücksichtigung des Änderungsvertrages, weil die am 10.01. beschlossene Änderung erst ab März wirksam wird und die Arbeitsunfähigkeit vor dem Beginn der Änderung eingetreten ist.

Eine **Besonderheit** gilt beim Wechsel von einem Ausbildungs- in ein Arbeitsverhältnis (siehe [3.1.1.1.1.2.1 „Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum“](#)) und bei einer vertraglich vereinbarten flexiblen Arbeitszeitregelung (siehe [3.1.3 „Arbeitnehmer mit einer flexiblen Arbeitszeitregelung“](#)).

### 3.1.1.1.1.2.5 Mutterschaftsgeldbezug

Ist die Versicherte während des Mutterschaftsgeldbezuges arbeitsunfähig erkrankt, so ist das Regelentgelt aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraums zu ermitteln. Ist die Versicherte nach dem Ende des Mutterschaftsgeldbezuges arbeitsunfähig erkrankt, bevor ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vorliegt, ist entsprechend [3.1.1.1.1.2.1 „Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum“](#) zu verfahren. Als Versicherte in diesem Zusammenhang gilt nach § 1 Abs. 4 MuSchG i.V.m. §§ 22 Abs. 3, 27 Abs. 3 Nr. 4 Personenstandsgesetz (PStG) jede Person, die schwanger ist, ein Kind geboren hat oder stillt; unabhängig von dem im Geburtsregister eingetragenen Geschlecht.

## Berechnung des Regelentgelts

## Beispiel 40 – AU-Beginn während des Mutterschaftsgeldbezugs

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	10.05.
monatliche Entgeltabrechnung jeweils am 10. des folgenden Monats	
Bezug von Mutterschaftsgeld vom	17.02. bis 26.05.
maßgebender Entgeltabrechnungszeitraum	Februar

**Ergebnis:**

Das Regelentgelt ist aus dem Arbeitsentgelt für die Zeit vom 01.02. bis 16.02. zu ermitteln.

## Beispiel 41 – AU-Beginn kurz nach dem Ende des Mutterschaftsgeldbezugs – Entgeltzeitraum noch nicht abgerechnet

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	08.06.
monatliche Entgeltabrechnung jeweils am 10. des folgenden Monats	
Bezug von Mutterschaftsgeld vom	17.02. bis 26.05.
maßgebender Entgeltabrechnungszeitraum	Februar

**Ergebnis:**

Das Regelentgelt ist aus dem Arbeitsentgelt für die Zeit vom 01.02. bis 16.02. zu ermitteln, weil der Mai zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit noch nicht abgerechnet ist.

## Beispiel 42 – AU-Beginn kurz nach dem Ende des Mutterschaftsgeldbezugs – Entgeltzeitraum ist bereits abgerechnet

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	11.06.
monatliche Entgeltabrechnung jeweils am 10. des folgenden Monats	
Bezug von Mutterschaftsgeld vom	17.02. bis 26.05.
maßgebender Entgeltabrechnungszeitraum	Mai

**Ergebnis:**

Das Regelentgelt ist aus dem Arbeitsentgelt für die Zeit vom 27.05. bis 31.05. zu ermitteln.

## 3.1.1.1.1.2.6 Elternzeit

Besteht eine während der Elternzeit eingetretene Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Dauer der Elternzeit hinaus fort, ist das Regelentgelt aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Elternzeit – ggf. vor Beginn des Mutterschaftsgeldes – zu ermitteln. Ist der Versicherte nach dem Ende der Elternzeit arbeitsunfähig erkrankt, bevor ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vorliegt, ist entsprechend [3.1.1.1.1.2.1 „Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum“](#) zu verfahren.

## Beispiel 43 – AU-Beginn während Elternzeit

<u>Beginn der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>11.01.2019</u>
<u>monatliche Entgeltabrechnung jeweils am 10. des folgenden Monats</u>	
<u>Bezug von Mutterschaftsgeld</u>	<u>17.02.2018 – 26.05.2018</u>
<u>Elternzeit</u>	<u>27.05.2018 – 30.03.2019</u>
<u>Während der Elternzeit wird keine Tätigkeit ausgeübt.</u>	

## Berechnung des Regelentgelts

**Ergebnis:**

Das Regelentgelt ist aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Elternzeit und des Mutterschaftsgeldes abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraums zu berechnen, demnach Februar 2018. Das Regelentgelt ist aus dem Arbeitsentgelt für die Zeit vom 01.02.2018 bis 16.02.2018 zu ermitteln.

Wurde während der Elternzeit eine zulässige Beschäftigung ausgeübt, ist das Krankengeld für die Dauer der Elternzeit auf Basis des im Rahmen der zulässigen Beschäftigung erzielten Arbeitsentgelts zu berechnen.

## Beispiel 44 – AU-Beginn während Elternzeit mit zulässiger Beschäftigung

<u>Beginn der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>11.01.2019</u>
<u>monatliche Entgeltabrechnung jeweils am 10. des folgenden Monats</u>	
<u>Bezug von Mutterschaftsgeld</u>	<u>17.02.2018 – 26.05.2018</u>
<u>Elternzeit</u>	<u>27.05.2018 – 31.03.2019</u>
<u>Während der Elternzeit wird die Tätigkeit in einem Umfang von 20 Stunden fortgeführt.</u>	

**Ergebnis:**

Das Regelentgelt ist aus dem reduzierten Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraums zu berechnen, demnach Dezember 2018.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit über das Ende der Elternzeit am 31.03.2019 an, ist dem Krankengeld ab 01.04.2019 das Regelentgelt aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Elternzeit und des Mutterschaftsgeldes abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraums zu Grunde zu legen, demnach Februar 2018. Das Regelentgelt ist dann aus dem Arbeitsentgelt für die Zeit vom 01.02.2018 bis 16.02.2018 zu ermitteln.

Die Elternzeit kann auch vorzeitig durch Versicherte nach § 16 Abs. 3 BEEG beendet werden, jedoch in der Regel nur mit Zustimmung des Arbeitgebers.

Der Arbeitgeber kann seine Zustimmung zur vorzeitigen Beendigung der Elternzeit allerdings nur aus dringenden betrieblichen Gründen verweigern, wenn

- die Versicherte während der Elternzeit ein weiteres Kind geboren hat. Befindet sich der Vater in dieser Zeit in Elternzeit, so kann er beim Arbeitgeber eine vorzeitige Beendigung der Elternzeit beantragen und der Arbeitgeber kann den Antrag nur innerhalb von 4 Wochen und nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen.
- ein besonderer Härtefall vorliegt. Ein solcher Härtefall kann z.B. durch eine schwere Krankheit/ Behinderung oder Tod eines Elternteils oder Kindes sowie der Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz begründet sein. Auch diesen Antrag kann der Arbeitgeber nur innerhalb von 4 Wochen und nur aus dringenden betrieblichen Gründen ablehnen.

## Berechnung des Regelentgelts

Eine Zustimmung des Arbeitgebers ist jedoch nicht erforderlich, wenn die Versicherte während der Elternzeit nochmals schwanger wird und die Elternzeit vorzeitig beenden möchte, um in Mutterschutz zu gehen (Urteil EuGH vom 20.09.2007 – C-116/06 Kiiski).

Wird die Elternzeit vorzeitig beendet, ist das Regelentgelt ab diesem Zeitpunkt aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Elternzeit – ggf. vor Beginn des Mutterschaftsgeldes – zu ermitteln.

Beispiel 45 – AU-Beginn während Elternzeit mit Verkürzung der Elternzeit

<u>Beginn der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>11.01.2019</u>
<u>monatliche Entgeltabrechnung jeweils am 10. des folgenden Monats</u>	
<u>Bezug von Mutterschaftsgeld</u>	<u>17.02.2018 – 26.05.2018</u>
<u>Geplante Elternzeit</u>	<u>27.05.2018 – 30.03.2019</u>
<u>Aufgrund eines besonderen Härtefalls wird die Elternzeit mit Zustimmung des Arbeitgebers bereits zum 28.02.2019 beendet.</u>	
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Das Regelentgelt für das Krankengeld ab 01.03.2019 ist aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Elternzeit und des Mutterschaftsgeldes abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraums zu Grunde zu legen, demnach Februar 2018. Das Regelentgelt ist dann aus dem Arbeitsentgelt für die Zeit vom 01.02.2018 bis 16.02.2018 zu ermitteln. Bei der Zahlung des Krankengeldes ist ggf. ein Ruhen wegen eines Anspruches auf Entgeltfortzahlung zu beachten (siehe 6.1 „Weiterbezug von Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen“)</u>	

### 3.1.1.1.1.2.7 Freiwilliger Wehrdienst

Ist der Versicherte arbeitsunfähig erkrankt aus dem freiwilligen Wehrdienst entlassen worden und ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum liegt noch nicht vor, ist das Regelentgelt aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn des freiwilligen Wehrdienstes zu ermitteln.

Ist der Versicherte nach dem Ende des freiwilligen Wehrdienstes arbeitsunfähig erkrankt, bevor ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vorliegt, ist entsprechend 3.1.1.1.1.2.1 „Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum“ zu verfahren.

### 3.1.1.1.1.2.8 Ununterbrochener Bezug unterschiedlicher Entgeltersatzleistungen

Bei der Berechnung eines im Anschluss an Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld wegen einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu zahlenden Krankengeldes ist das Arbeitsentgelt maßgebend, das der ersten Entgeltersatzleistung zugrunde lag (§ 69 SGB IX). Daher ist das von einem anderen Sozialversicherungsträger berechnete Regelentgelt der ersten

## Berechnung des Regelentgelts

Entgeltersatzleistung für die Berechnung eines sich anschließenden Krankengeldes heranzuziehen.

Diese Regelung gilt jedoch nur, wenn ein unmittelbarer Übergang von der anderen Entgeltersatzleistung auf das Krankengeld erfolgt, Arbeitsentgelt Grundlage für die Berechnung beider Entgeltersatzleistungen ist und eine andere Berechnungsvorschrift dem nicht entgegensteht (z. B. Berücksichtigung von Einmalzahlungen unabhängig von der Beitragspflicht bei der Berechnung des Verletztengeldes, Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschläge). Sofern aber die Zahlung von Krankengeld nicht unmittelbar an Übergangsgeld anschließt, ist nicht der letzte vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, sondern der letzte vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechnete Entgeltabrechnungszeitraum für die Berechnung des Regelentgelts maßgebend.

### Beispiel 46 – Berechnungsgrundlage bei unmittelbarem Übergang von Entgeltersatzleistungen

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom	17.08. bis 10.09.
arbeitsunfähig entlassen	
weiter arbeitsunfähig wegen der gleichen Diagnose ab	11.09.
monatliche Entgeltabrechnung jeweils am 10. für den Vormonat	
<b>Ergebnis:</b>	
Maßgebender Entgeltabrechnungszeitraum für die Berechnung des Übergangsgeldes sowie für die Berechnung des Krankengeldes ist der Monat Juli.	

### Beispiel 47 – Berechnungsgrundlage bei kurzfristiger Arbeitsfähigkeit

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom	17.08. bis 10.09.
arbeitsfähig entlassen	
arbeitsunfähig wegen der gleichen Diagnose ab	13.09.
monatliche Entgeltabrechnung jeweils am 10. für den Vormonat	
<b>Ergebnis:</b>	
Maßgebender Entgeltabrechnungszeitraum für die Berechnung des Übergangsgeldes ist der Monat Juli, für die Berechnung des Krankengeldes der Monat August.	

Ein unmittelbarer Übergang auf eine andere Entgeltersatzleistung ist auch dann gegeben, wenn die vorangegangene Leistung wegen Entgeltfortzahlung ruhte oder gekürzt wurde. Beim Rückgriff auf das der vorangegangenen Entgeltersatzleistung zugrundeliegende Arbeitsentgelt sind ggf. die Vorschriften zur Anpassung der Entgeltersatzleistungen nach § 70 SGB IX zu beachten.

### 3.1.1.1.1.2.9 Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld

Tritt während des Bezugs von Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld die Arbeitsunfähigkeit ein, ist das Arbeitsentgelt aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Kurzarbeit zu berücksichtigen (§ 47b Abs. 3 SGB V).

## Berechnung des Regelentgelts

Tritt die Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende der Kurzarbeit ein und wurde im letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld bezogen, ist dieser Entgeltabrechnungszeitraum trotzdem für die Berechnung des Krankengeldes maßgebend, sofern Arbeitsentgelt bezogen wurde (§ 47 SGB V).

Weitere Informationen zur Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Bezug von Kurzarbeitergeld siehe [Gemeinsames Rundschreiben zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes von SGB III-Leistungsbeziehern vom 21.12.2009](#).

### 3.1.1.1.1.2.10 Transfer-Kurzarbeitergeld

Tritt während des Bezuges von Transfer-Kurzarbeitergeld die Arbeitsunfähigkeit ein, erfolgt abweichend zum Kurzarbeitergeld die Berechnung des Krankengeldes nach § 47 Abs. 1 SGB V, daher ist das Arbeitsentgelt aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen (BSG vom 10.05.2012 – B 1 KR 26/11 R –). Da es an einem entsprechenden Regelentgelt fehlt, wird es als sachgerecht und zulässig angesehen, das Krankengeld stets in Höhe von 90 v. H. des im jeweiligen Bemessungszeitraum erzielten Nettobetrages (Transferkurzarbeitergeld und ggf. Nettobetrag sonstiger beitragspflichtiger Bezüge), allerdings maximal in Höhe von 70 v. H. des Höchstregelentgelts, zu zahlen. Zuschüsse zum Transfer-Kurzarbeitergeld sind trotz ihrer regelhaften (Steuer- und) Sozialversicherungsfreiheit bei der Krankengeldberechnung mit einzubeziehen.

Der Wechsel in eine Transfergesellschaft ist dem Beginn eines neuen Beschäftigungsverhältnisses gleichzusetzen. Sofern der Versicherte kurz nach dem Übergang in die Transfergesellschaft arbeitsunfähig erkrankt, bevor ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vorliegt, ist entsprechend [3.1.1.1.1.2.1 „Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum“](#) zu verfahren (BSG vom 14.12.2006 – B 1 KR 9/06 R –).

Weitere Informationen zur Höhe und Berechnung des Krankengeldes bei Bezug von Transfer-Kurzarbeitergeld siehe [Gemeinsames Rundschreiben zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes von SGB III-Leistungsbeziehern vom 21.12.2009](#).

### 3.1.1.1.1.2.11 Regelung in weiteren Sonderfällen

Führt die nach [3.1.1.1.1.2.1 „Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum“](#) bis [3.1.1.1.1.2.10 „Transfer-Kurzarbeitergeld“](#) vorgenommene Berechnung des

## Berechnung des Regelentgelts

vom Versicherten tatsächlich erzielten Arbeitsentgelts zu einem Regelentgelt, das die Entgeltverhältnisse offensichtlich nicht richtig wiedergibt, so sind unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des Einzelfalles die individuellen Verhältnisse zugrunde zu legen, die unter normalen Umständen vorgelegen hätten.

### 3.1.1.1.2 Arbeitsentgelt

Für die Berechnung des Regelentgelts nach § 47 Abs. 2 SGB V ist von dem Arbeitsentgeltbegriff des § 14 SGB IV und der – auf Grund der Ermächtigung des § 17 SGB IV – erlassenen SvEV auszugehen. Das Arbeitsentgelt ist auch insoweit zu berücksichtigen, als es die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt.

Zum gezahlten Arbeitsentgelt gehören alle Einnahmen aus einer nichtselbstständigen Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch auf die Einnahmen besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt werden. Arbeitsentgelt in diesem Sinne können somit nicht nur Zuwendungen in Geld sein, sondern auch Sachbezüge (vgl. § 17 SGB IV in Verbindung mit der SvEV), Firmen- und Belegschaftsrabatte, vermögenswirksame Leistungen, Kontoführungsgebühren, Zinsersparnisse aus verbilligten Arbeitgeberdarlehen, Telefonzuschüsse und Prämien für Direktversicherungen.

Nicht zum Arbeitsentgelt nach § 14 Abs. 1 SGB IV in Verbindung mit der SvEV gehören u. a.

- einmalige Einnahmen, laufende Zulagen, Zuschläge, Zuschüsse sowie ähnliche Einnahmen, die zusätzlich zu Löhnen und Gehältern gewährt werden, soweit sie lohnsteuer- und beitragsfrei sind.

**Besonderheit:** Bis zu einem Grundlohn (vereinbartes Arbeitsentgelt ohne Zulagen) von 50 Euro je Stunde sind die hierauf gewährten Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeitszuschläge unabhängig der Höhe zwar steuerfrei, aber ab einem Grundlohn von 25 Euro je Stunde sind die Zuschläge trotz einer Steuerfreiheit beitragspflichtig und daher für die Krankengeldberechnung zu berücksichtigen (siehe [Beispiel 48 – Berücksichtigung von Zuschlägen](#)).

- steuerfreie Aufwandsentschädigungen und die in § 3 Nr. 26 und 26a EStG genannten steuerfreien Einnahmen aus nebenberuflichen Tätigkeiten,
- Entgeltbestandteile, die durch Entgeltumwandlung nach § 1 Abs. 2 Nr. 3 BetrAVG für betriebliche Altersversorgung in Durchführungswegen wie z. B. Direktzusage oder Unterstützungskasse verwendet werden, soweit sie 4 v. H. der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung nicht übersteigen (siehe [4.1.2.1.7.1 „Kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung \(Entgeltumwandlung\)“](#)),
- pauschal besteuerte sonstige Bezüge nach § 40 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 EStG, die nicht einmalig gezahltes Arbeitsentgelt nach § 23a SGB IV sind,

## Berechnung des Regelentgelts

- unentgeltliche oder verbilligte Mahlzeiten im Betrieb sowie Essenszuschüsse nach § 40 Abs. 2 EStG,
- Zuwendungen aus Anlass von Betriebsveranstaltungen nach § 40 Abs. 2 EStG, Erholungsbeihilfen nach § 40 Abs. 2 EStG,
- unentgeltliche oder verbilligte Beförderungen zwischen Wohnung und Arbeitsstätte sowie Zuschüsse zu den Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte nach § 40 Abs. 2 EStG,
- Zukunftssicherungsleistungen nach § 40 b EStG, die zusätzlich zu Löhnen oder Gehältern gewährt werden und nicht aus einer Entgeltumwandlung (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung) stammen,
- Krankenbezüge für Heimarbeiter nach § 10 EntgFG, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld nach § 20 MuSchG sowie in den Fällen des § 3 Abs. 3 SVEV der vom Arbeitgeber insoweit übernommene Teil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags.

Beispiel 48 – Berücksichtigung von Zuschlägen

	1	2	3
vereinbartes Arbeitsentgelt	3.200,00 EUR	6.400,00 EUR	9.600,00 EUR
geleistete Arbeitsstunden im Monat	160 Stunden	160 Stunden	160 Stunden
entspricht einem stündlichen Grundlohn von	20,00 EUR	40,00 EUR	60,00 EUR
Nachtzuschlag je Stunde	10,00 EUR	10,00 EUR	10,00 EUR
	20,00 EUR Grundlohn unterschreiten sowohl 25,00 EUR als auch 50,00 EUR	40,00 EUR Grundlohn überschreiten 25,00 EUR, aber unterschreiten 50,00 EUR	60,00 EUR Grundlohn überschreiten sowohl 25,00 EUR als auch 50,00 EUR
Nachtzuschlag ist	steuer- und beitragsfrei	steuerfrei, aber beitragspflichtig*	steuer- und beitragspflichtig*
<p><b>Ergebnis:</b> Bei der Regelentgeltberechnung für das Krankengeld sind ausschließlich die der Beitragspflicht unterliegenden Zuschläge (Variante 2 und 3) zu berücksichtigen. * Für Teile der gezahlten Zuschläge besteht auch bei Überschreitung der Grundlohngrenzen eine Beitragsfreiheit. Zur Bestimmung der Höhe der beitragspflichtigen Zuschläge wird auf die gemeinsame Verlautbarung zur beitragsrechtlichen Behandlung von Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeitszuschlägen vom 22.06.2006 verwiesen.</p>			

## 3.1.1.1.2.1 Laufendes Arbeitsentgelt

Für die Regelentgeltberechnung sind alle laufend gezahlten Arbeitsentgelte zu berücksichtigen; einmalig gezahltes Arbeitsentgelt bleibt außer Betracht. Zur Berücksichtigung variabel gezahlter Entgeltbestandteile siehe auch [3.1.1.1.1 „Bemessungszeitraum“](#).



## Berechnung des Regelentgelts

Als Arbeitsentgelt in diesem Sinne ist auch, dass nach den einschlägigen Vorschriften über die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle sowie das für die Zeit eines Urlaubs gezahlte Arbeitsentgelt zu verstehen. Ist ein Nettoarbeitsentgelt vereinbart, gilt dieses zuzüglich der darauf entfallenden Steuern und des darauf entfallenden Arbeitnehmeranteils am Gesamtsozialversicherungsbeitrag als Arbeitsentgelt.

### **3.1.1.1.2.1.1 Vermögenswirksame Leistungen/Arbeitnehmer-Sparzulage**

Vermögenswirksame Leistungen – unabhängig davon, ob es sich um vom Arbeitgeber erbrachte Leistungen nach § 2 Abs. 1 VermBG oder um vermögenswirksame Teile des Arbeitsentgelts nach § 11 Abs. 1 VermBG handelt – gehören zum laufenden Arbeitsentgelt und sind dementsprechend zu berücksichtigen. Die Arbeitnehmer-Sparzulage nach § 13 Abs. 1 VermBG ist nicht als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen.

### **3.1.1.1.2.2 Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt**

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sind Zuwendungen, die dem Arbeitsentgelt zuzurechnen sind und nicht für die Arbeit in einem einzelnen Entgeltabrechnungszeitraum gezahlt werden (§ 23a SGB IV). Hierzu zählen Urlaubsgeld, Weihnachtsgratifikationen, Gewinnanteile oder ähnlich bezeichnete Leistungen des Arbeitgebers, welche zusätzlich zum laufenden Arbeitsentgelt gewährt werden.

Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt bleibt bei der Berechnung des laufenden Regelentgelts unberücksichtigt (siehe auch [4.1.3 „Krankengeldberechnung aus Einmalzahlungen“](#)).

### **3.1.1.1.2.3 Rückwirkende Erhöhung des Arbeitsentgelts**

Rückwirkende Erhöhungen des Arbeitsentgelts, die den Bemessungszeitraum betreffen, werden bei der Regelentgeltberechnung berücksichtigt, wenn auf das erhöhte Arbeitsentgelt zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit bereits ein Rechtsanspruch bestand. Der den erhöhten Entgeltanspruch begründende Arbeits- oder Tarifvertrag muss also vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit geschlossen worden sein. Sofern eine rückwirkende Erhöhung des Arbeitsentgelts zu berücksichtigen ist, ist der Zeitpunkt der tatsächlichen Auszahlung der Nachzahlung unerheblich.

Wird nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit die Vereinbarung zur flexiblen Arbeitszeitregelung im gegenseitigen Einverständnis aufgehoben und rückabgewickelt, kann das daraus resultierende erhöhte Arbeitsentgelt nicht zur Regelentgeltberechnung herangezogen werden (§ 47 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

## Berechnung des Regelentgelts

Bei der Berechnung des Krankengeldes ist auch Arbeitsentgelt zu berücksichtigen, das dem Versicherten unrechtmäßig vorenthalten wurde und erst nach dem Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis zur nachträglichen Vertragserfüllung zugeflossen ist (BSG vom 16.02.2005 – B 1 KR 19/03 R).

### **3.1.1.1.3 Zahl der Arbeitsstunden, für die das Arbeitsentgelt gezahlt wurde**

Das maßgebliche Arbeitsentgelt ist durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. Zu diesen Arbeitsstunden gehören auch solche Stunden, für die ohne Arbeitsleistung Arbeitsentgelt gezahlt wurde (z. B. die Stunden bezahlten Urlaubs, bezahlter Feiertage, bezahlter Freistunden, bezahlter Arbeitsunfähigkeitstage wegen einer früheren Arbeitsunfähigkeit). Ebenso gehören zu diesen Arbeitsstunden im Entgeltabrechnungszeitraum bezahlte Mehrarbeitsstunden. Unbezahlte entschuldigte oder unentschuldigte Fehlstunden dürfen der Zahl der Arbeitsstunden nicht hinzugerechnet werden.

Unter "Zahl der Stunden" sind nicht nur volle Stunden zu verstehen; es können auch Bruchteile von Stunden anfallen (z. B. 2.625,20 EUR erzielt in 160,25 Std.). Das Ergebnis ist auf 3 Dezimalstellen nach dem Komma auszurechnen, wobei auf die 2. Stelle kaufmännisch auf- bzw. abzurunden ist.

### **3.1.1.1.4 Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit**

#### **3.1.1.1.4.1 Vereinbarte Arbeitszeit**

Für die Feststellung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit ist grundsätzlich von der individuellen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit im Bemessungszeitraum auszugehen, die sich aus dem Einzelarbeitsvertrag – ggf. in Verbindung mit einer Betriebsvereinbarung oder einem Tarifvertrag – ergibt. Es sind auch Stundenbruchteile zu berücksichtigen. Das Ergebnis ist auf 3 Dezimalstellen nach dem Komma auszurechnen, wobei auf die 2. Stelle kaufmännisch auf- bzw. abzurunden ist.

Änderungen nach Ablauf des Bemessungszeitraumes bleiben unberücksichtigt.

#### **3.1.1.1.4.2 Durchschnittliche Arbeitszeit**

Ist keine bestimmte Arbeitszeit vereinbart, ist die Zahl der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden aus der tatsächlichen Gestaltung der Verhältnisse zu ermitteln. Hierfür wird aus den tat-

## Berechnung des Regelentgelts

sächlich geleisteten Arbeitsstunden der letzten 3 Monate bzw. der letzten 13 Wochen (Ausgangszeitraum), die vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechnet wurden, der wöchentliche Durchschnitt festgestellt. Die sich daraus ergebende Zahl ist die sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebende regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit.

### Beispiel 49 – Berechnung regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit

Ausgangszeitraum		
April	108 Stunden	
Mai	127 Stunden	
Juni	<u>103 Stunden</u>	
Insgesamt	338 Stunden : 13 Wochen =	26 Stunden
<b>Ergebnis:</b>		
Aus der tatsächlichen Gestaltung des Arbeitsverhältnisses ergibt sich eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 26 Stunden.		

Liegen in dem Ausgangszeitraum von 3 Monaten (13 Wochen = 91 Tage) unbezahlte Fehltage (z. B. Krankengeldbezugszeiten), sind diese mindernd zu berücksichtigen, wenn sie für ganze Tage vorliegen. Teiltage bleiben bei der Minderung unberücksichtigt. Die Berechnung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit ist wie folgt vorzunehmen:

### Beispiel 50 – Berechnung regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit mit Fehlzeiten

Ausgangszeitraum		
September	150 Stunden	
Oktober	75 Stunden	
November	<u>75 Stunden</u>	
Insgesamt	300 Stunden	(in diesem Zeitraum liegen 31 Kalendertage als Fehltage)
$\frac{300 \text{ Stunden} \times 7 \text{ Kalendertage}}{91 \text{ Tage} - 31 \text{ Fehltage}} = 35 \text{ Arbeitsstunden}$		
<b>Ergebnis:</b>		
Im Ausgangszeitraum sind durchschnittlich 35 Arbeitsstunden je Woche geleistet worden.		

#### 3.1.1.1.4.3 Berücksichtigung von Mehrarbeitsstunden/Feststellung der Regelmäßigkeit

Zur regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit im Sinne des § 47 Abs. 2 Satz 2 SGB V gehören auch Mehrarbeitsstunden, sofern während der letzten abgerechneten 3 Monate bzw. 13 Wochen regelmäßig Mehrarbeitsstunden geleistet oder vergütet worden sind (BAG vom 08.05.1972 – 5 AZR 428/71). Ob der Versicherte ohne Eintritt der Arbeitsunfähigkeit auch weiterhin Mehrarbeit verrichtet hätte, ist unerheblich (BSG vom 28.11.1979 – 3 RK 103/78). Die Mehrarbeitsstunden sind auch dann zu berücksichtigen, wenn das Beschäftigungsverhältnis vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit geendet hat. Mehrarbeitsstunden liegen nicht vor, soweit sie in Freizeit ausgeglichen werden

## Berechnung des Regelentgelts

(z. B. bei Arbeitszeitverlagerung, Flexibilisierung oder Verteilung der Arbeitszeit). Werden Mehrarbeitsstunden zwar geleistet, aber einem Zeitkonto gutgeschrieben und nicht als laufendes Arbeitsentgelt ausgezahlt, so bleiben diese Stunden bei der Ermittlung der individuellen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit unberücksichtigt.

An einer regelmäßigen Verrichtung von Mehrarbeitsstunden fehlt es, wenn in dem Ausgangszeitraum von 3 Monaten bzw. 13 Wochen während eines Monats oder mindestens 4 Wochen nicht jeweils wenigstens eine volle Mehrarbeitsstunde geleistet oder vergütet worden ist; eine volle Arbeitsstunde kann sich auch durch Zusammenrechnung von Stundenbruchteilen ergeben. Sofern in einem dieser 3 Monate nur deshalb keine Mehrarbeit angefallen ist, weil vollständig kein Arbeitsentgelt gezahlt wurde, ist dies für die Regelmäßigkeit unschädlich.

War der Versicherte noch nicht 3 Monate im Betrieb beschäftigt, sind bei der Ermittlung der zu berücksichtigenden Mehrarbeitsstunden die Verhältnisse zugrunde zu legen, die unter normalen Umständen vorgelegen hätten (BSG vom 23.01.1973 – 3 RK 22/70).

Schwankt die Zahl der in den einzelnen Abrechnungszeiträumen angefallenen Mehrarbeitsstunden, so ist von der durchschnittlichen Zahl der Mehrarbeitsstunden in der Woche auszugehen. Für die Ermittlung der regelmäßig geleisteten Mehrarbeitsstunden gilt folgende Berechnung:

Formel 3 – Berechnung regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden

<b>regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden =</b> <u>Mehrarbeitsstunden im Ausgangszeitraum</u> 13 Wochen
---

Beispiel 51 – regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden

<b>Ausgangszeitraum</b>		
Juni	12,0 Stunden	
Juli	17,0 Stunden	
August	<u>3,5 Stunden</u>	
insgesamt	32,5 Stunden : 13 Wochen =	2,5 Stunden
<b>Ergebnis:</b>		
Im Ausgangszeitraum sind durchschnittlich 2,5 Mehrarbeitsstunden je Woche geleistet worden.		

Bei der Feststellung von Mehrarbeitsstunden sind außer den im Ausgangszeitraum tatsächlich geleisteten und bezahlten Mehrarbeitsstunden auch die Mehrarbeitsstunden zu berücksichtigen, die aufgrund tariflicher oder betrieblicher Regelungen während des Urlaubs, der Entgeltfortzahlung o. ä. vergütet worden sind.

Beispiel 52 – Berücksichtigung tariflich vereinbarter Überstunden

<b>Ausgangszeitraum</b>
-------------------------

## Berechnung des Regelentgelts

April	10,0 Stunden	(10,0 Stunden tatsächlich geleistete Mehrarbeit)	
Mai	7,0 Stunden	(2,0 Stunden tatsächlich geleistete Mehrarbeit und 5,0 Stunden während eines Tarifurlaubs vom 05.05. bis 25.05. vergütete Mehrarbeit)	
Juni	<u>9,0 Stunden</u>	(9,0 Stunden tatsächlich geleistete Mehrarbeit)	
Insgesamt	26,0 Stunden	: 13 Wochen =	2,0 Stunden

**Ergebnis:**  
Im Ausgangszeitraum sind durchschnittlich 2,0 Mehrarbeitsstunden je Woche geleistet bzw. vergütet worden.

Liegen in dem Ausgangszeitraum von 3 Monaten (13 Wochen = 91 Tage) neben regelmäßig geleisteten Mehrarbeitsstunden unbezahlte Fehlzeiten (z. B. Krankengeldbezugszeiten) vor, werden diese mindernd berücksichtigt, wenn sie für ganze Tage vorliegen. Teiltage bleiben bei der Minderung unberücksichtigt. Die Berechnung der durchschnittlichen wöchentlichen Mehrarbeitsstunden ist wie folgt vorzunehmen:

Formel 4 – Berechnung regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden mit unbezahlten Fehltagen

$$\text{regelmäßige wöchentliche Mehrarbeitsstunden} = \frac{\text{Mehrarbeitsstunden im Ausgangszeitraum}}{91 \text{ Tage} - \text{unbezahlte Fehltag}} \times 7$$

Beispiel 53 – regelmäßig geleistete Mehrarbeitsstunden mit unbezahlten Fehltagen

Ausgangszeitraum		
Juni	12,0 Stunden	
Juli	3,5 Stunden	(unbezahlte Fehltag vom 12.07. bis 21.07. = 10 Kalendertage)
August	<u>13,5 Stunden</u>	
Insgesamt	29,0 Stunden	
<u>29,0 Stunden x 7 Kalendertage</u>		= 2,506 Stunden (gerundet 2,51 Stunden)
(91 Tage - 10 unbezahlte Fehltag)		

**Ergebnis:**  
Im Ausgangszeitraum sind durchschnittlich 2,51 Mehrarbeitsstunden je Woche geleistet worden.

### 3.1.2 Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt nach Monaten oder der Arbeitsleistung bemessen ist (§ 47 Abs. 2 Satz 3 SGB V)

#### Bemessung des Arbeitsentgelts nach Monaten

## Berechnung des Regelentgelts

Nach Monaten bemessen ist ein Arbeitsentgelt, dessen Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen bzw. Arbeitsstunden oder dem Ergebnis der Arbeit abhängig ist. Das gilt selbst dann, wenn das Entgelt Schwankungen unterworfen ist, z. B. durch zusätzliche Provisionen.

### Bemessung des Arbeitsentgelts nach der Arbeitsleistung

Eine Berechnung des Regelentgelts nach § 47 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V ist in den Fällen nicht möglich, in denen das Arbeitsentgelt nach Stücken, Fällen (z. B. bei Heimarbeitern), sonstigen Einheiten oder nach dem Erfolg der Arbeit (z. B. Akkord, Provision) bemessen wird und es sich keiner Stundenzahl zuordnen lässt. Als nach der Arbeitsleistung bemessen gilt auch, wenn das Arbeitsentgelt zwar monatlich abgerechnet wird, aber kein festes monatliches Arbeitsentgelt vereinbart ist.

#### 3.1.2.1 Berechnung des Regelentgelts aus dem laufenden Arbeitsentgelt

Das Regelentgelt wird im ersten Schritt ausschließlich aus dem laufenden Arbeitsentgelt ohne Berücksichtigung von Einmalzahlungen ermittelt. Die Berechnung erfolgt nach folgender Formel:

Formel 5 – Berechnung laufendes Regelentgelt

$\text{Regelentgelt}_{\text{laufend}} = \frac{\text{Monatliches Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlungen)}}{30}$
--

Das Ergebnis ist auf 3 Dezimalstellen nach dem Komma auszurechnen, wobei auf die 2. Stelle kaufmännisch auf- bzw. abzurunden ist.

##### 3.1.2.1.1 Bemessungszeitraum

Ist das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen, wird der Berechnung des Regelentgelts das im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. Bemessungszeitraum ist der Kalendermonat; er muss vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgelaufen und abgerechnet sein.

Beispiel 54 – maßgebender Bemessungszeitraum

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	22.01.
Entgeltabrechnung jeweils am 15. für den laufenden Monat	
<b>Ergebnis:</b>	
Obwohl das Arbeitsentgelt für den Monat Januar bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bereits abgerechnet war, ist der Bemessungszeitraum für die Berechnung des Regelentgelts der Monat Dezember des	

## Berechnung des Regelentgelts

Vorjahres. Nur dieser Monat war vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit sowohl abgerechnet als auch abgelaufen.

Sofern das Arbeitsentgelt nicht für einen Kalendermonat, sondern für andere Zeitabschnitte abgerechnet wird, ist auf diesen Bemessungszeitraum abzustellen; der Entgeltabrechnungszeitraum muss auch in diesem Falle mindestens 4 Wochen umfassen. Sofern bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens 4-wöchiger Dauer noch nicht vorliegt, weil das Arbeitsverhältnis erst während eines laufenden Entgeltabrechnungszeitraums aufgenommen wurde, ist trotzdem von diesem auszugehen.

Bei Versicherten, deren Arbeitsentgelt nicht nach Monaten bemessen, sondern von der Arbeitsleistung (z. B. Akkord, Provision) abhängig ist, wird wegen des dadurch schwankenden Arbeitsentgelts ein Bemessungszeitraum von 3 Entgeltabrechnungszeiträumen (jeweils mindestens 4 Wochen – bei monatlicher Entgeltabrechnung 3 Monate) zugrunde gelegt.

Die Aussagen unter [3.1.1.1.2 „Besonderheiten bei der Feststellung des Entgeltabrechnungszeitraums“](#) gelten entsprechend.

### **3.1.2.1.2 Arbeitsentgelt**

Für das der Regelentgeltberechnung nach § 47 Abs. 2 Satz 3 SGB V zugrunde zu legende Arbeitsentgelt gelten die Ausführungen im [3.1.1.1.2 „Arbeitsentgelt“](#) entsprechend.

#### **3.1.2.1.2.1 Bemessung des Arbeitsentgelts nach Monaten**

##### **3.1.2.1.2.1.1 Keine Abweichung zum vereinbarten Arbeitsentgelt**

Umfasst der Bemessungszeitraum einen ganzen Kalendermonat und entspricht das erzielte Arbeitsentgelt dem vereinbarten Arbeitsentgelt, so ist das in dem letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Kalendermonat erzielte Arbeitsentgelt – unabhängig von der Anzahl der tatsächlichen Kalendertage des betreffenden Monats – durch 30 zu teilen.

##### **3.1.2.1.2.1.2 Abweichung zum vereinbarten Arbeitsentgelt**

Weicht das erzielte Arbeitsentgelt z. B. aufgrund von unbezahlten Fehlzeiten oder zusätzlicher Vergütung vom vereinbarten Arbeitsentgelt ab oder liegt bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens 4-wöchiger Dauer noch nicht vor, weil das Arbeitsverhältnis erst während eines laufenden Entgeltabrechnungszeitraums aufgenom-

## Berechnung des Regelentgelts

men wurde, sind grundsätzlich die vereinbarten (vollen) Monatsbezüge der Berechnung des Regelentgelts zugrunde zu legen (BSG vom 30.05.2006 – B 1 KR 19/05 R). Das Arbeitsentgelt ist durch 30 zu teilen.

### Beispiel 55 – Maßgebendes Arbeitsentgelt bei Beschäftigungsbeginn

Aufnahme der Beschäftigung	16.01.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	04.02.
monatliche Entgeltabrechnung am 15. des Folgemonats	
vereinbartes Monatsgehalt	
Abrechnungszeitraum ist der Kalendermonat	
<b>Ergebnis:</b>	
Für die Berechnung des Regelentgelts ist das vereinbarte Monatsgehalt zugrunde zu legen.	

### Beispiel 56 – Maßgebendes Arbeitsentgelt bei unbezahlten Fehlzeiten

laufendes Beschäftigungsverhältnis	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	04.03.
monatliche Entgeltabrechnung am 15. des Folgemonats	
unbezahlte Fehlzeit	15.01. – 20.01.
vereinbartes Monatsgehalt	
Abrechnungszeitraum ist der Kalendermonat	
In den Monaten November und Dezember des Vorjahres wurde	
Arbeitsentgelt in Höhe des vereinbarten Monatsgehaltes gezahlt.	
<b>Ergebnis:</b>	
Für die Berechnung des Regelentgelts ist das vereinbarte Monatsgehalt zugrunde zu legen.	

Dies gilt allerdings nicht, wenn

- neben dem festen Monatsentgelt regelmäßig laufende Vergütungen bezogen werden oder
- der Versicherte noch keine 3 Monate im Betrieb beschäftigt ist und sich aus dem Arbeitsverhältnis die Regelmäßigkeit der zusätzlichen Vergütungen ergibt (BSG vom 30.05.2006 – B 1 KR 19/05 R).

### 3.1.2.1.2.1.2.1 Regelmäßige Abweichung

Regelmäßigkeit ist anzunehmen, wenn die zusätzlichen Vergütungen – gleich ob sie als Geld- oder Sachbezüge erbracht werden – in den letzten 3 abgerechneten Monaten jeweils geleistet worden sind. Dabei kommt es nicht darauf an, dass die auf die einzelnen Abrechnungszeiträume entfallenden zusätzlichen Vergütungen in gleichbleibender Höhe gezahlt worden sind. Sofern in einem dieser 3 Monate nur deshalb diese zusätzlichen Vergütungen nicht angefallen sind, weil vollständig kein Arbeitsentgelt gezahlt wurde, ist dies für die Regelmäßigkeit unschädlich.



## Berechnung des Regelentgelts

In diesen Fällen ist das in diesen Monaten erzielte Arbeitsentgelt (einschließlich der regelmäßigen zusätzlichen Vergütungen) grundsätzlich durch 90 zu teilen. Liegen im Ausgangszeitraum jedoch unbezahlte Fehlzeiten vor, ist das erzielte Arbeitsentgelt durch 90 Tage abzüglich der Fehltage zu teilen. Fehlzeiten werden mildernd berücksichtigt, wenn sie für ganze Tage vorliegen. Teiltage bleiben bei der Minderung unberücksichtigt.

### Beispiel 57 – Regelentgelt bei Monatslohn mit Mehrarbeitsvergütung

Beginn der Arbeitsunfähigkeit		10.05.
Entgeltabrechnung jeweils am 5. des folgenden Monats		
vereinbartes monatliches Entgelt		2.350,00 EUR
Es erfolgt regelmäßig Mehrarbeitsvergütung.		
Maßgebender Bemessungszeitraum:		
Februar	Bruttoarbeitsentgelt =	2.400,00 EUR
März	Bruttoarbeitsentgelt =	2.460,00 EUR
April	Bruttoarbeitsentgelt =	<u>2.520,00 EUR</u>
Insgesamt		7.380,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>		
Das Regelentgelt beträgt 82,00 EUR (7.380,00 EUR : 90 Tage).		

### 3.1.2.1.2.1.2.2 Schätzung des Arbeitsentgelts

Sofern bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens 4-wöchiger Dauer noch nicht vorliegt, weil das Arbeitsverhältnis erst während eines laufenden Entgeltabrechnungszeitraums aufgenommen wurde, ist das Arbeitsentgelt zu schätzen (BSG vom 30.05.2006 – B 1 KR 19/05 R). Ausgangspunkt für die Schätzung sind dabei in erster Linie die von den Arbeitsvertragsparteien getroffenen und praktizierten Vereinbarungen über die Höhe des Arbeitsentgelts.

Liegt ein vereinbartes Monatsgehalt vor, ist dieses der Berechnung des Regelentgelts zu Grunde zu legen (siehe [3.1.2.1.2.1.1 „Keine Abweichung zum vereinbarten Arbeitsentgelt“](#)), da grundsätzlich von einer hinreichenden Aussagekraft auszugehen ist.

Liegen auch variable Lohnbestandteile vor, welche aufgrund von individuellen Vereinbarungen voraussichtlich regelmäßig geleistet werden, sind diese bei der Schätzung entsprechend zu berücksichtigen. Das danach individuell geschätzte Arbeitsentgelt ist durch 30 zu teilen.

### Beispiel 58 – Schätzung der variablen Entgeltbestandteile

Aufnahme der Beschäftigung		16.01.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		04.02.
monatliche Entgeltabrechnung am 15. des Folgemonats		
vereinbartes Monatsgehalt als Fixum		2.000,00 EUR

## Berechnung des Regelentgelts

zuzüglich Provision (vergleichbarer Mitarbeiter) Abrechnungszeitraum ist der Kalendermonat	400,00 EUR
---	------------

**Ergebnis:**

Für die Berechnung des Regelentgelts ist das vereinbarte Monatsgehalt zuzüglich der individuell geschätzten variablen Vergütung (hier: Provision) zugrunde zu legen.

Das Regelentgelt beträgt 80,00 EUR (2.400,00 EUR : 30 Tage).

Bei einem Wechsel von einem Ausbildungs- in ein Arbeitsverhältnis ist von einem neuen Beschäftigungsverhältnis auszugehen. Hinsichtlich der Berechnung des Regelentgelts gelten die vorgenannten Ausführungen.

**3.1.2.1.2.1.3 Kein vereinbartes Arbeitsentgelt**

Für die Berechnung des Regelentgelts in den Fällen, in denen kein festes monatliches Arbeitsentgelt vereinbart ist, ist analog der Bemessung des Arbeitsentgelts nach Arbeitsleistung zu verfahren (siehe [3.1.2.1.2.2 „Bemessung des Arbeitsentgelts nach der Arbeitsleistung“](#)).

**3.1.2.1.2.2 Bemessung des Arbeitsentgelts nach der Arbeitsleistung**

Für die Berechnung des Regelentgelts in den Fällen, in denen der vom Ergebnis der Arbeit abhängige Akkord- oder Stücklohn von Monat zu Monat unterschiedlich hoch ist (schwankende Monatsbezüge), ist das Arbeitsentgelt der letzten 3 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit durch 90 zu teilen.

## Beispiel 59 – Regelentgelt bei schwankenden Monatsbezügen

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	10.05.
Entgeltabrechnung jeweils am 5. des folgenden Monats	
maßgebender Bemessungszeitraum:	
Februar	Bruttoarbeitsentgelt = 2.400,00 EUR
März	Bruttoarbeitsentgelt = 2.460,00 EUR
April	Bruttoarbeitsentgelt = <u>2.520,00 EUR</u>
Insgesamt	7.380,00 EUR

**Ergebnis:**

Das Regelentgelt beträgt 82,00 EUR (7.380,00 EUR : 90 Tage).

Liegen in dem auf 3 Monate verlängerten Bemessungszeitraum Fehlzeiten ohne Entgeltzahlung vor oder ist der Versicherte noch keine 3 Monate im Betrieb beschäftigt, ist das erzielte Arbeitsentgelt durch 90 Tage abzüglich der Fehltage zu teilen. Fehlzeiten werden mindernd berücksichtigt, wenn sie für ganze Tage vorliegen. Teiltage bleiben bei der Minderung unberücksichtigt.

## Berechnung des Regelentgelts

Beispiel 60 – Regelentgelt bei schwankenden Monatsbezügen mit Fehlzeiten

Beginn der Arbeitsunfähigkeit			10.05.
Entgeltabrechnung jeweils am 5. des folgenden Monats			
maßgebender Bemessungszeitraum:			
Februar	Bruttoarbeitsentgelt =	2.400,00 EUR	
März	Bruttoarbeitsentgelt =	2.460,00 EUR	
April	Bruttoarbeitsentgelt =	<u>1.380,00 EUR</u>	(14 unbezahlte Fehltage)
Insgesamt		6.240,00 EUR	
<b>Ergebnis:</b>			
Das Regelentgelt beträgt 82,11 EUR (6.240,00 EUR : 76 Tage (90 Tage – 14 unbezahlte Fehltage)).			

### 3.1.3 Arbeitnehmer mit einer flexiblen Arbeitszeitregelung

Das Regelentgelt für Arbeitnehmer mit einer flexiblen Arbeitszeitregelung wird nach § 47 Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB V grundsätzlich aus dem im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum erzielten laufenden Arbeitsentgelt ermittelt.

Wird Arbeitsentgelt erzielt, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach der Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7 Abs. 1a SGB IV), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrundeliegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend (§ 47 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Angesparte Wertguthaben, die nicht gemäß einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (z. B. Auflösung des Arbeitsverhältnisses während der Arbeitsphase und Auszahlung des bislang angesparten Guthabens in einer Summe) werden bei der Berechnung des Krankengeldes – ggf. auch rückwirkend – nicht berücksichtigt (§ 47 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Dies wurde vom BSG mit Urteil vom 14.12.2006 – B 1 KR 5/06 R – bestätigt. Nach dieser BSG-Entscheidung kann Krankengeld grundsätzlich nur als Ersatz für diejenigen Einkünfte beansprucht werden, die der Versicherte in dem vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit liegenden Bemessungszeitraum als Arbeitsentgelt bezogen hat und die wegen der Arbeitsunfähigkeit entfallen. Unberücksichtigt bleibt, wie sich das Arbeitsentgelt außerhalb des Bemessungszeitraums, insbesondere nach dem Eintritt des Leistungsfalls, entwickelt.

#### 3.1.3.1 Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung

Das Regelentgelt wird nach § 47 Abs. 2 Satz 1 bis 3 SGB V grundsätzlich aus dem im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum erzielten laufenden Arbeitsentgelt ermittelt. Abhängig von den vertraglichen Vereinbarungen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber kann die Berechnung des Regelentgeltes jedoch wie nachfolgend beschrieben von diesem Grundsatz abweichen.

## Berechnung des Regelentgelts

**3.1.3.1.1 Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Entgeltfortzahlung**

Tritt vor Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung Arbeitsunfähigkeit ein und besteht noch ein Entgeltfortzahlungsanspruch über den Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung hinaus, ist nach Ablauf der Entgeltfortzahlung Krankengeld auf Basis des dann reduzierten Arbeitsentgelts zu berechnen, wenn die flexible Arbeitszeitregelung trotz Arbeitsunfähigkeit zum vereinbarten Zeitpunkt beginnt.

Beispiel 61 – AU-Beginn vor Beginn des Arbeitszeitmodells

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01. – 30.06.</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.07. – 31.12.</u>

Während der Arbeitsphase werden lediglich 50 v. H. des “erarbeiteten” Arbeitsentgelts ausgezahlt, weitere 50 v. H. werden für die Vergütung der arbeitsfreien Phase angespart.

<u>Das ungekürzte Arbeitsentgelt betrug:</u>	<u>2.800,00 EUR brutto</u>
	<u>(1.500,00 EUR netto)</u>

Mit Beginn des Arbeitszeitmodells wird es auf 50 v. H. reduziert.

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>15.12. des Vorjahres</u>
<u>Entgeltfortzahlung bis</u>	<u>25.01.</u>

Die vertragliche Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber sieht den Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung auch bei Arbeitsunfähigkeit vor.

**Ergebnis:**

Entgeltfortzahlung wird durch den Arbeitgeber vom 15.12. bis 31.12. des Vorjahres auf Grundlage des ungekürzten Arbeitsentgelts, vom 01.01. bis 25.01. in Höhe des um 50 v. H. reduzierten Arbeitsentgelts gewährt. Ab dem 26.01. ist Krankengeld auf Basis des um 50 v. H. reduzierten Arbeitsentgelts zu berechnen und zu zahlen. Ab Eintritt der arbeitsfreien Phase (01.07. – 31.12.) ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Sofern die vertraglichen Vereinbarungen vorsehen, dass bei Arbeitsunfähigkeit zu Beginn der geplanten flexiblen Arbeitszeitregelung diese nicht bzw. erst nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit beginnt, ergeben sich für die Entgeltfortzahlung bzw. die Krankengeldberechnung keine Besonderheiten. Siehe auch Aussagen Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom 21.12.1998.

## Berechnung des Regelentgelts

**3.1.3.1.2      Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug**

Wird bei Beginn einer – beabsichtigten – flexiblen Arbeitszeitregelung Krankengeld bezogen, beginnt die Arbeitszeitflexibilisierung in der Regel erst zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit. Beginnt trotz Krankengeldbezugs vereinbarungsgemäß die flexible Arbeitszeitregelung, kann sich unter Umständen die Höhe des Krankengeldes verändern. Entscheidend sind die im zu beurteilenden Einzelfall geltenden Vereinbarungen und Absprachen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Füllt der Arbeitgeber während des Krankengeldbezugs vereinbarungsgemäß kein Wertguthaben auf, ist das aus dem ungekürzten Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld in der bisherigen Höhe weiterzuzahlen.

Wird das Wertguthaben während des Krankengeldbezugs vom Arbeitgeber vereinbarungsgemäß aufgefüllt, kann mit Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung Krankengeld nur noch auf Basis der dann aktuellen Verhältnisse (= reduziertes Arbeitsentgelt) gezahlt werden.

Beispiel 62 – AU-Beginn und Krankengeldbezug vor Beginn des Arbeitszeitmodells

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01. – 30.06.</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.07. – 31.12.</u>

Während der Arbeitsphase werden lediglich 50 v. H. des “erarbeiteten” Arbeitsentgelts ausgezahlt, weitere 50 v. H. werden für die Vergütung der arbeitsfreien Phase angespart.

<u>Krankengeldzahlung ab</u>	<u>01.12. des Vorjahres</u>
------------------------------	-----------------------------

Die vertragliche Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber sieht den Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung auch bei Arbeitsunfähigkeit vor. Ab 01.01. füllt der Arbeitgeber das Wertguthaben trotz des Krankengeldbezugs auf.

**Ergebnis:**

Vom 01.12. bis zum 31.12. des Vorjahres ist das Krankengeld aus dem ungekürzten Arbeitsentgelt zu berechnen und zu zahlen. Ab 01.01. ist Krankengeld auf Basis des um 50 v. H. reduzierten Arbeitsentgelts zu berechnen und zu zahlen. Ab Eintritt der arbeitsfreien Phase (01.07. – 31.12.) ruht der Anspruch auf Krankengeld.

## Berechnung des Regelentgelts

## 3.1.3.2 Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung

Mit § 47 Abs. 2 Satz 4 SGB V stellt der Gesetzgeber sicher, dass die Versicherten Krankengeld nur auf der Basis des tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelts erhalten. Wurde darüber hinaus Arbeitsentgelt "erarbeitet", welches jedoch nicht ausgezahlt, sondern für Zeiten einer Freistellung angespart wird, bleibt dieses bei der Ermittlung des Regelentgelts unberücksichtigt. Maßgebend ist ausschließlich das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrundeliegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt. In Fällen flexibler Arbeitszeitgestaltung gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht; diese weicht in aller Regel von der vertraglich vereinbarten – tatsächlichen – Arbeitszeit ab.

Beispiel 63 – AU-Beginn während des Arbeitszeitmodells

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01. – 30.06.</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.07. – 31.12.</u>
<u>Wöchentliche Arbeitszeit</u>	<u>40 Stunden</u>
<u>Bemessungsmonat</u>	<u>184 Arbeitsstunden</u>
<u>Stundenlohn</u>	<u>16,00 EUR</u>

Während der Arbeitsphase werden lediglich 50 v. H. des "erarbeiteten" Arbeitsentgelts ausgezahlt, weitere 50 v. H. werden für die Vergütung der arbeitsfreien Phase angespart.

<u>„erarbeitetes“ Bruttoarbeitsentgelt (16,00 EUR x 184 Std.)</u>	<u>2.944,00 EUR</u>
<u>ausgezahlt werden 50 v. H. (16,00 EUR x 92 Std.)</u>	<u>1.472,00 EUR</u>
<u>beitragspflichtig</u>	<u>1.472,00 EUR</u>

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>24.06.</u>
<u>Krankengeldzahlung (fiktiv) ab</u>	<u>05.08.</u>

**Ergebnis:**

Das Regelentgelt ist aus 1.472,00 EUR zu berechnen:

$$\frac{1472,00 \text{ EUR} \times 20 \text{ Std.}}{92 \text{ Std.} \times 7} = 45,71 \text{ EUR Regelentgelt}$$

Das Nettoarbeitsentgelt wird in gleicher Weise ermittelt.

Für den Zeitraum 24.06. – 30.06. leistet der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung. Ab Eintritt der arbeitsfreien Phase (01.07. – 31.12.) ruht der Anspruch auf Krankengeld.

## Berechnung des Regelentgelts

Das ausgezahlte Arbeitsentgelt ist bis zur vollen kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig. Daher ist das Höchstregelentgelt (im Jahre 2019 = 151,25 EUR) ebenfalls im vollen Umfang maßgebend.

Diese Regelentgeltberechnung gilt auch, wenn die Arbeitsunfähigkeit zeitgleich mit oder nach dem Beginn der flexiblen Arbeitszeitregelung eintritt und noch kein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum im Sinne des § 47 Abs. 2 SGB V vorliegt.

Beispiel 64 – AU-Beginn mit Beginn des Arbeitszeitmodells

Analog Beispiel 63 – AU-Beginn während des Arbeitszeitmodells, jedoch

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>01.01.</u>
<u>Krankengeldzahlung ab</u>	<u>12.02.</u>

**Ergebnis:**

Entgeltfortzahlung wird durch den Arbeitgeber vom 01.01. bis zum 11.02. auf Grundlage des um 50 v. H. reduzierten Arbeitsentgelts gewährt. Ab 12.02. ist Krankengeld auf Basis des um 50 v. H. reduzierten Arbeitsentgelts zu berechnen und zu zahlen.

### 3.1.3.3 Arbeitsunfähigkeit bei Beendigung der Freistellungsphase

Bei vorgesehener Wiederaufnahme der Arbeit entfällt mit Ablauf der Freistellungsphase die Ruhenswirkung des § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V (siehe 6.6.1 „Freistellungsphase“) und bei Arbeitsunfähigkeit ist grundsätzlich Krankengeld zu zahlen. Allerdings besteht nach Beendigung der Freistellungsphase zunächst gegebenenfalls ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach § 3 EntgFG, wenn die Arbeitsunfähigkeit während der Freistellungsphase begonnen hat und über deren Ende hinaus andauert. Die Sechs-Wochen-Frist beginnt in diesen Fällen mit dem Tag nach Ende der Freistellungsphase. Für den Entgeltfortzahlungsanspruch muss die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit die alleinige Ursache für die Verhinderung an der Arbeitsleistung sein (siehe 2.5.1 zu § 3 EntgFG Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz – EFZG) vom 25.06.1998). Diese Voraussetzung ist mit Ende der Freistellungsphase erfüllt, soweit nicht weitere Arbeitsverhinderungsgründe vorliegen (siehe 4.2 Absatz 3 zu § 3 EntgFG Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz – EFZG) vom 25.06.1998)

Sofern die bei Beendigung der Freistellungsphase bestehende Arbeitsunfähigkeit bereits vor der Freistellungsphase begonnen und durchgängig bestanden hat, besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung dann nicht mehr, wenn der Arbeitgeber vor Beginn der Freistellungsphase bereits für sechs Wochen Entgeltfortzahlung geleistet hat. In diesen Fällen ist, sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, sofort nach Beendigung der Freistellungsphase Krankengeld zu zahlen. Soweit vor

## Berechnung des Regelentgelts

Beginn der Freistellungsphase der Anspruch auf Entgeltfortzahlung noch nicht ausgeschöpft werden konnte, umfasst die Sechs-Wochen-Frist auch dann 42 Kalendertage, wenn die Zeit der Entgeltfortzahlung nicht zusammenhängend verläuft (siehe 4.2 Absatz 4 zu § 3 EntgFG „Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz – EFZG) vom 25.06.1998“).

## Beispiel 65 – Aufleben der Entgeltfortzahlung nach Ende arbeitsfreier Phase

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01.2018 – 30.06.2018</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.07.2018 – 31.12.2018</u>
<u>volle Arbeitsleistung bis auf Weiteres</u>	<u>ab 01.01.2019</u>

Während der Arbeitsphase werden lediglich 50 v. H. des “erarbeiteten” Arbeitsentgelts ausgezahlt, weitere 50 v. H. werden für die Vergütung der arbeitsfreien Phase angespart.

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>24.06.2018 – 26.02.2019</u>
------------------------------	--------------------------------

**Ergebnis:**

Ein (erneuter) Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht mit Beginn der geplanten Wiederaufnahme ab 01.01.2019 für 35 Tage bis zum 04.02.2019, da die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen bestanden hat und vor Beginn der Freistellung Entgeltfortzahlung für insgesamt sieben Tage (24.06.2018 – 30.06.2018) geleistet wurde. Vom 05.02.2019 bis 26.02.2019 wird Krankengeld aus dem ungekürzten Arbeitsentgelt berechnet und gezahlt. Ab Eintritt der arbeitsfreien Phase (01.07.2018 – 31.12.2018) ruht der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

In Fällen mit flexiblen Arbeitszeitregelungen soll das Krankengeld den Arbeitsentgeltausfall der „aktuellen Verhältnisse“ ausgleichen (siehe 3.1.3.2 „Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung“). Folglich sind auch bei bestehender Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Beendigung eines flexiblen Arbeitszeitmodells die dann aktuellen Verhältnisse maßgebend. Mit (Wieder-)Beginn des „regulären“ Arbeitsverhältnisses ist das Krankengeld aus dem aktuellen (ungekürzten) Arbeitsentgelt zu berechnen. Dies gilt auch, wenn die Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende der flexiblen Arbeitszeitregelung eintritt und noch kein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum im Sinne des § 47 Abs. 2 SGB V vorliegt.

## Beispiel 66 – Entgeltfortzahlung nach Ende arbeitsfreier Phase

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01.2018 – 30.06.2018</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.07.2018 – 31.12.2018</u>
<u>volle Arbeitsleistung bis auf Weiteres</u>	<u>ab 01.01.2019</u>



## Berechnung des Regelentgelts

Während der Arbeitsphase werden lediglich 50 v. H. des "erarbeiteten" Arbeitsentgelts ausgezahlt, weitere 50 v. H. werden für die Vergütung der arbeitsfreien Phase angespart.

Arbeitsunfähigkeit ab

01.12.2018 – 31.01.2019

**Ergebnis:**

Der Krankengeldanspruch ruht bis zum 31.12.2018 nach § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V. Vom 01.01.2019 bis 31.01.2019 wird Entgeltfortzahlung (100 v. H.) geleistet; der Krankengeldanspruch ruht (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

## Beispiel 67 – Entgeltfortzahlung nach Ende arbeitsfreier Phase

Analog Beispiel 66 – Entgeltfortzahlung nach Ende arbeitsfreier Phase, jedoch

Arbeitsunfähigkeit ab

01.01.2019 – 28.02.2019

**Ergebnis:**

Bis zum 11.02.2019 wird Entgeltfortzahlung geleistet; der Krankengeldanspruch ruht. Vom 12.02.2019 bis 28.02.2019 wird Krankengeld aus dem ungekürzten Arbeitsentgelt berechnet und gezahlt.

**3.1.3.4 Besonderheit Altersteilzeit**

Neben der Bildung von Wertguthaben sind bei der Altersteilzeit die Auswirkungen der vom Arbeitgeber gezahlten so genannten Aufstockungsbeträge zu beachten (siehe § 3 Abs. 1 Nr. 1a Altersteilzeitgesetz – AltersTZG).

Bei Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit Altersteilzeit ist der Arbeitgeber u. a. regelmäßig verpflichtet, das Regelarbeitsentgelt für die Altersteilzeit um mindestens 20 v.H. aufzustocken, wobei die Aufstockung auch weitere Entgeltbestandteile umfassen kann.

**3.1.3.4.1 Aufstockungsbeträge**

Die Ausführungen unter 3.1.3.1.2 „Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug“ gelten entsprechend für den Fall der Altersteilzeit, sofern weder Wertguthaben gebildet noch Aufstockungsleistungen vom Arbeitgeber gezahlt werden. Die Altersteilzeitarbeit kann in diesen Fällen grundsätzlich nicht beginnen.

Die unter 3.1.3.2 „Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung“ beschriebenen Schlussfolgerungen sind zu beachten, sofern z. B. aufgrund vertraglicher

## Berechnung des Regelentgelts

Bestimmungen trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit die Altersteilzeit beginnt und der Arbeitgeber mit entsprechenden Leistungen einsetzt. Die Höhe des Krankengeldes kann sich hierdurch gegebenenfalls reduzieren (siehe 3.1.3.4.1.2 „Berücksichtigung“).

## 3.1.3.4.1.1 Nichtberücksichtigung

Aufstockungsbeträge nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a AltersTZG sind steuerfrei (vgl. § 3 Nr. 28 EStG) und gehören nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialversicherungs-Entgeltverordnung (SvEV) nicht zum beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Die gesetzlichen Aufstockungsbeträge werden gemäß § 10 Abs. 2 AltersTZG bei Erfüllung der Fördervoraussetzungen (§ 4 AltersTZG) zwar während des Krankengeldbezugs fortgezahlt. Dennoch führen diese Zahlungen grundsätzlich nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs. Betriebliche Zusatzaufstockungsleistungen bei Altersteilzeit sind ebenfalls grundsätzlich unschädlich.

Insoweit nehmen die Aufstockungszahlungen eine Sonderstellung ein. Sie sollen in Monaten der Reduzierung des Arbeitsentgelts den Lebensstandard der Altersteilzeit leistenden Arbeitnehmer sichern. Eine Kürzung des Krankengeldes würde diese Zielsetzung konterkarieren. Steuerfreie Aufstockungsleistungen bleiben bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 23c SGB IV daher unberücksichtigt. Eine Besserstellung arbeitsunfähiger Versicherter kann hierdurch nicht eintreten (siehe 3.1.3.4.1.2 „Berücksichtigung“).

Beispiel 68 – Keine Berücksichtigung von gesetzlichen Aufstockungsbeträgen

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell nach dem AltersTZG vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01.2019 – 31.12.2020</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.01.2021 – 31.12.2022</u>

Während der Arbeitsphase werden lediglich 50 v. H. des “erarbeiteten” Arbeitsentgelts ausgezahlt, weitere 50 v. H. werden für die Vergütung der arbeitsfreien Phase angespart. Das gekürzte Arbeitsentgelt beträgt 1.400,00 EUR brutto (900,00 EUR netto).

<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>15.03.2019</u>
<u>Entgeltfortzahlung bis</u>	<u>25.04.2019</u>
<u>Krankengeld kalendertäglich (brutto)</u>	<u>27,00 EUR</u>
<u>Krankengeld kalendertäglich (netto)</u>	<u>23,52 EUR</u>
<u>Aufstockungsleistungen kalendertäglich</u>	<u>12,00 EUR</u>

**Ergebnis:**

Ab 26.04.2019 ist Krankengeld auf Basis des um 50 v. H. reduzierten Arbeitsentgelts zu berechnen und zu zahlen. Die Aufstockungsleistungen führen nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs.

## Berechnung des Regelentgelts

**3.1.3.4.1.2 Berücksichtigung**

Soweit und solange vom Arbeitgeber Zahlungen im Rahmen tariflicher Vereinbarungen oder auf freiwilliger Basis trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit neben dem in ursprünglicher Höhe weitergezahlten Krankengeld (siehe 3.1.3.1.2 „Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug“) geleistet werden, gelten diese als Arbeitsentgelt. Soweit sie zusammen mit dem Krankengeld das (Vergleichs-)Nettoarbeitsentgelt (des ungekürzten Arbeitsentgelts) um mehr als 50,00 EUR übersteigen (§ 23c SGB IV), führen sie insoweit zum Ruhen des Krankengeldes (siehe 3.1.3.2 „Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung“).

Im Rahmen der Altersteilzeit gilt dies auch für Aufstockungsbeträge nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a AltersTZG, obwohl diese in der Regel steuerfrei sind und somit nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SvEV nicht zum Arbeitsentgelt gehören (siehe 3.1.3.4.1.1 „Nichtberücksichtigung“). Eine Nichtberücksichtigung der Aufstockungsbeträge würde in solchen Fällen zu einer ungerechtfertigten Besserstellung der arbeitsunfähigen Versicherten führen.

Beispiel 69 - Berücksichtigung von tarifvertraglichen Aufstockungsbeträgen

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell nach dem AltersTZG vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01.2019 – 31.12.2020</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.01.2021 – 31.12.2022</u>

Während der Arbeitsphase werden lediglich 50 v. H. des “erarbeiteten” Arbeitsentgelts ausgezahlt, weitere 50 v. H. werden für die Vergütung der arbeitsfreien Phase angespart. Das ungekürzte Arbeitsentgelt beträgt 2.800,00 EUR brutto (1.500,00 EUR netto). Mit Beginn des Arbeitszeitmodells wird das Arbeitsentgelt auf 50 v. H. reduziert. Laut tarifvertraglicher Vereinbarung setzt auch bei bestehender Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug die Zahlung des Aufstockungsbetrags ein.

<u>Krankengeldbezug ab</u>	<u>01.12.2018</u>
<u>Krankengeld kalendertäglich (brutto)</u>	<u>45,00 EUR</u>
<u>Krankengeld kalendertäglich (netto)</u>	<u>39,19 EUR</u>
<u>Aufstockungsleistungen kalendertäglich</u>	<u>15,00 EUR</u>

**Ergebnis:**

Das Netto-Krankengeld und der Aufstockungsbetrag (zusammen 54,19 EUR kalendertäglich) übersteigen das (Vergleichs-)Nettoarbeitsentgelt (50,00 EUR kalendertäglich) um 4,19 EUR; dieser Betrag wird beitragspflichtig (§ 23c SGB IV). Das (Netto-)Krankengeld ruht in Höhe des Nettobetrags der beitragspflichtigen Einnahme.

Inwieweit diese Aufstockungsbeträge zum Ruhen des Krankengeldes führen siehe 6.6.2.3 „Aufstockungsbeträge während der Altersteilzeit“.

Berechnung des Regelentgelts

### 3.1.4 Arbeitnehmer mit Entgeltersatzleistungsbezug

Folgen unterschiedliche Entgeltersatzleistungen direkt aufeinander, gilt nach § 69 SGB IX die sogenannte Kontinuität der Bemessungsgrundlage.

Haben Versicherte z.B. Übergangsgeld bezogen und schließt sich daran aufgrund von fortbestehender Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeldanspruch an, so wird bei der Berechnung des Krankengeldes von dem bisher zugrunde gelegten Arbeitsentgelt ausgegangen. Hierbei ist die für die Krankenversicherung gültige Beitragsbemessungsgrenze zu beachten.

Die Berechnung des Regelentgelts für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt abweichend (siehe 3.2.2.4 „Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“)

## 3.2 **Besondere Personengruppen**

### 3.2.1 **Personen mit nicht kontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung**

Die Satzung kann bei nichtkontinuierlicher Arbeitsverrichtung und -vergütung abweichende Bestimmungen zur Zahlung und Berechnung des Krankengeldes vorsehen, die sicherstellen, dass das Krankengeld seine Entgeltersatzfunktion erfüllt (§ 47 Abs. 3 SGB V).

### 3.2.2 **Nichtarbeitnehmer**

Für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, gilt nach § 47 Abs. 4 Satz 2 – 5 SGB V als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung (z. B. aus Arbeitseinkommen) maßgebend war.

Eine Berechnung des Regelentgelts nach § 47 Abs. 4 Satz 2 – 5 SGB V kommt vorwiegend in Betracht bei

- hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen,
- Rentnern und Rentenantragstellern, die Arbeitseinkommen aus nicht hauptberuflich selbstständiger Erwerbstätigkeit beziehen, sofern der Anspruch auf Krankengeld nicht nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen ist,
- sonstigen Versicherungspflichtigen, die neben Rente oder Versorgungsbezügen Arbeitseinkommen beziehen,
- nach dem KSVG versicherten Künstlern und Publizisten,
- Teilnehmern an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,

## Berechnung des Regelentgelts

- Frauen, deren Arbeitsverhältnis während der Schwangerschaft vom Arbeitgeber zulässig aufgelöst wurde oder die unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden sind (§ 192 Abs. 2 SGB V / § 226 Abs. 3 SGB V)

### 3.2.2.1 Hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige

Hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Krankengeld, es sei denn sie erklären gegenüber ihrer Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (eine Wahlerklärung). Sofern der hauptberuflich selbstständige Erwerbstätige eine derartige Wahlerklärung abgegeben hat, besteht ein Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit (§ 44 Abs. 2 SGB V). Darüber hinaus gehende Absicherungswünsche können über Wahltarife nach § 53 Abs. 6 SGB V realisiert werden. Die Ausprägung und Ausgestaltung der Wahltarife wird in der Satzung der Krankenkasse bestimmt.

#### 3.2.2.1.1 Bemessungszeitraum

Hinsichtlich des Arbeitseinkommens ist kein Bemessungszeitraum vorgegeben.

#### 3.2.2.1.2 Arbeitseinkommen

Bei dem für die Berechnung des Regelentgelts nach § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V zu berücksichtigenden Arbeitseinkommen ist von dem Begriff „Arbeitseinkommen“ des § 15 SGB IV auszugehen. Arbeitseinkommen ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbstständigen Tätigkeit. Einkommen ist als Arbeitseinkommen zu werten, wenn es als solches nach dem Einkommensteuerrecht zu bewerten ist. Dieses Arbeitseinkommen kann jedoch nur insoweit berücksichtigt werden, als es der Beitragsberechnung unterlag.

#### 3.2.2.1.3 Ermittlung des Regelentgelts

Für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige gilt gemäß § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war.

Bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen ist – unabhängig von der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 240 SGB V – auf das tatsächlich erzielte Arbeitseinkommen abzustellen (BSG vom 30.03.2004 – B 1 KR 31/02 – und – B 1 KR 32/02 R – sowie 07.12.2004 – B 1 KR 17/04 R). Ergibt sich ein Negativeinkommen, scheidet der Krankengeldanspruch am Fehlen eines erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens (BSG vom 12.03.2013 – B 1 KR 4/12 R).

## Berechnung des Regelentgelts

Einnahmen, die nicht Arbeitseinkommen sind (z. B. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinseinkünfte, Renten, Gründungszuschuss für Existenzgründer), werden bei der Ermittlung des Regelentgelts nicht berücksichtigt.

Hat der Versicherte neben Arbeitseinkommen weitere nach § 240 SGB V grundsätzlich der Beitragspflicht unterliegende Einnahmen und übersteigen die Einnahmen insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze, ist für die Berechnung des Krankengeldes ungeachtet der Höhe der anderen Einnahmen das tatsächlich erzielte Arbeitseinkommen bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 6 Abs. 7 SGB V heranzuziehen.

Wird neben Arbeitseinkommen auch Arbeitsentgelt bezogen, gelten für die Ermittlung des Regelentgelts aus dem Arbeitsentgelt die Aussagen zu 3.1.1 „Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt sich einer Stundenzahl zuordnen lässt (§ 47 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V)“ und 3.1.2 „Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt nach Monaten oder der Arbeitsleistung bemessen ist (§ 47 Abs. 2 Satz 3 SGB V)“.

### 3.2.2.2 Rentner und Versorgungsempfänger

Die gesetzlich versicherten Bezieher

- einer Hinterbliebenenrente,
- einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung,
- einer Rente für Bergleute oder einer Knappschaftsausgleichsleistung (vgl. § 50 Abs. 2 SGB V),
- einer Altersrente, der Rente wegen Erwerbsminderung oder der Landabgaberente aus der Alterssicherung der Landwirte sowie
- einer Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung

haben einen Anspruch auf Krankengeld, wenn ihnen bei Arbeitsunfähigkeit beitragspflichtiges Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit entgeht (siehe auch 2.1.1.1.3.2 „Bezieher von Renten“). Bei diesen Versicherten zählt das Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit zu den beitragspflichtigen Einnahmen (vgl. § 237 SGB V, § 226 SGB V).

Bezieher von Renten wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung haben keinen Anspruch auf Krankengeld (§ 50 Abs. 1 SGB V). Gleiches gilt für Versicherte, die eine vergleichbare Rente von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, einer staatlichen Stelle im Ausland (§ 50 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) oder aus einer öffentlich-

## Berechnung des Regelentgelts

rechtlichen Versicherungseinrichtung bzw. Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe bzw. anderen vergleichbaren Stellen beziehen (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V).

Versicherungspflichtige (z. B. Beschäftigte), die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge erhalten und daneben Arbeitseinkommen aus einer nicht hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit beziehen, haben neben dem Krankengeldanspruch aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung auch einen Anspruch auf Krankengeld aus dem beitragspflichtigen Arbeitseinkommen.

Für die Berechnung des Krankengeldes aus dem Arbeitseinkommen gilt 4.2 „Höhe des Krankengeldes aus Arbeitseinkommen“ entsprechend.

### 3.2.2.3 Künstler und Publizisten

Künstler und Publizisten haben einen Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit (§ 46 Satz 4 SGB V). Zusätzlich zu diesem Anspruch gibt es für diesen Personenkreis die Möglichkeit, einen „vorzeitigen Krankengeldanspruch“ (spätestens mit Beginn der 3. Woche der Arbeitsunfähigkeit) über einen Wahltarif nach § 53 Abs. 6 SGB V bei ihrer Krankenkasse abzuschließen. Die Ausprägung und Ausgestaltung der Wahltarife wird in der Satzung der Krankenkasse bestimmt.

#### 3.2.2.3.1 Berechnung des Regelentgelts

Zur Berechnung des Regelentgelts wird das Arbeitseinkommen zugrunde gelegt, das für die Beitragsbemessung in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit maßgebend war (Bemessungszeitraum). Auch wenn die Beiträge nach der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage gemäß § 234 Abs. 1 SGB V entrichtet wurden, ist auf die tatsächlichen Einkommensverhältnisse abzustellen (vgl. 3.2.2.1.3 „Ermittlung des Regelentgelts“).

Das im Bemessungszeitraum erzielte Arbeitseinkommen ist grundsätzlich durch 360 zu teilen. Liegen im Bemessungszeitraum Zeiten, in denen

- keine Versicherungspflicht nach dem KSVG bestand oder
- für die Anspruch auf Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder andere Entgeltersatzleistungen bestand,

ist der Divisor von 360 um die Zahl dieser Tage zu mindern (§ 47 Abs. 4 Satz 4 SGB V i.V.m. BSG-Urteil vom 06.11.2008 – B 1 KR 35/07 R). Volle Monate sind hierbei mit 30 Tagen anzusetzen.

## Berechnung des Regelentgelts

Das Krankengeld beträgt 70 v. H. des aus dem Arbeitseinkommen ermittelten Regelentgelts.

## Beispiel 70 – Regelentgelt bei Künstlern und Publizisten

Beginn der Versicherungspflicht am	01.04. des Vorjahres
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	18.04.
Für die Krankengeldberechnung maßgebender Berechnungszeitraum (letzte 12 Kalendermonate vor der Arbeitsunfähigkeit)	01.04. des Vorjahres bis 31.03.
Arbeitseinkommen, das in diesem Zeitraum für die Beitragsbemessung zugrunde gelegt wurde	18.000,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
<u>Krankengeldberechnung</u>	
Bemessungsgrundlage für das Krankengeld (18.000,00 EUR : 360 Tage)	50,00 EUR
Krankengeld (50,00 EUR x 70 v. H.)	35,00 EUR

## Beispiel 71 – Regelentgelt bei Tagen ohne Versicherungspflicht im Bemessungszeitraum

Beginn der Versicherungspflicht am	01.04. des Vorjahres
keine Versicherungspflichtzeiten nach dem KSVG	01.10. des Vorjahres bis 28.02.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	18.04.
Für die Krankengeldberechnung maßgebender Berechnungszeitraum (letzte 12 Kalendermonate vor der Arbeitsunfähigkeit)	01.04. des Vorjahres bis 31.03.
Arbeitseinkommen, das in diesem Zeitraum für die Beitragsbemessung zugrunde gelegt wurde	12.000,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
<u>Krankengeldberechnung</u>	
Für das Kalenderjahr anzusetzende Tage	360 Tage
– Tage, in denen im Bemessungszeitraum keine Versicherungspflicht nach dem KSVG bestand (01.10. des Vorjahres bis 28.02.)	<u>150 Tage</u>
= zu berücksichtigende Tage	210 Tage
Bemessungsgrundlage für das Krankengeld (12.000,00 EUR : 210 Tage)	57,14 EUR
Krankengeld (57,14 EUR x 70 v. H.)	40,00 EUR

## 3.2.2.4 Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind dem Personenkreis der Nicht-Arbeitnehmer zuzurechnen. Nach § 47 Abs. 4 Satz 2 i.V.m. § 235 Abs. 1 SGB V gilt für Versicherte, die nicht Arbeitnehmer sind, als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsberechnung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Das sind 80 v. H. des der Übergangsgeldberechnung nach den §§ 66, 67 oder 68 SGB IX zugrunde gelegten Arbeitsentgelts. Das gilt unabhängig davon, ob Krankengeld für die Dauer einer Arbeits-



## Berechnung des Regelentgelts

unfähigkeit während der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder im Anschluss an eine planmäßig oder unplanmäßig beendete Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu zahlen ist. Diese Verfahrensweise wurde auch vom BSG mit Urteil vom 05.05.2009 – B 1 KR 16/08 R – bestätigt.

Beispiel 72 – Berechnung Regelentgelt nach Bezug von Übergangsgeld

Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld	80,00 EUR
Beitragsbemessungsgrundlage (80 v. H. der Berechnungsgrundlage – § 235 Abs. 1 SGB V)	64,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Regelentgelt für Krankengeldberechnung	64,00 EUR
Siehe auch <a href="#">Beispiel 99 – Berechnung Krankengeld nach Bezug von Übergangsgeld</a>	

Die Ausführungen gelten analog für Bezieher von Anschluss-Übergangsgeld nach § 71 Abs. 4 SGB IX.

Die Berechnung des Regelentgelts für Teilnehmer an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erfolgt abweichend (siehe 3.1.4 „Arbeitnehmer mit Entgeltersatzleistungsbezug“)

### 3.2.2.5 Unständig/Kurzzeitig Beschäftigte

Unständig/Kurzzeitig Beschäftigte haben grundsätzlich keinen Anspruch auf Krankengeld, es sei denn sie erklären, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung). Sofern der unständig/kurzzeitig Beschäftigte eine derartige Wahlerklärung abgegeben hat, besteht ein Anspruch auf Krankengeld, der nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V für die ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit ruht. Darüber hinaus gehende Absicherungswünsche können über Wahltarife nach § 53 Abs. 6 SGB V realisiert werden.

Unständig/kurzzeitig beschäftigt sind Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben (§ 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Dies sind z. B. Hafenarbeiter, die nur für einzelne Tage angeheuert, oder Mitarbeiter der Rundfunkanstalten, die für einzelne Moderationen vertraglich gebunden werden.

#### 3.2.2.5.1 Berechnung des Regelentgelts

Die Berechnung des maßgebenden Regelentgelts für unständig Beschäftigte ist in herkömmlicher Weise teilweise nicht möglich, weil z. B. ein mindestens 4 Wochen umfassender Abrechnungszeitraum infolge der zeitlichen Begrenzung nicht vorliegt. Entsprechend der Beitragsberechnung ist deshalb von dem im letzten Kalendermonat vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielten Arbeitsentgelt auszugehen. Dieses Arbeitsentgelt ist durch 30 zu dividieren.

## Berechnung des Regelentgelts

Dauerte die kurzzeitige Beschäftigung noch keinen vollen Kalendermonat an, ist von der entsprechend geringeren Beschäftigungsdauer auszugehen. Es gelten im Weiteren die Ausführungen zu [3.1 „Berechnung des Regelentgelts bei Arbeitnehmern“](#).

### 3.2.3 Versicherte nach dem KVLG 1989

Rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige erhalten Krankengeld nach den Vorschriften des SGB V (§ 12 Satz 1 Nr. 1 KVLG 1989). Allerdings sind Einmalzahlungen an mitarbeitende Familienangehörige in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nicht beitragspflichtig, sodass aus der Versicherung als mitarbeitender Familienangehöriger schon deshalb kein höheres Krankengeld erwachsen kann. Einmalzahlungen sind bei der Krankengeldberechnung für rentenversicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige allerdings dann zu berücksichtigen, wenn sie aus einer weiteren Beschäftigung oder aus einer "Vorbeschäftigung" innerhalb der letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit gezahlt wurden.

Weiterhin erhalten Krankengeld nach den Vorschriften des SGB V landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989, die saisonal als Arbeitnehmer tätig sind, wenn die Arbeitsunfähigkeit während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses eingetreten ist (§ 12 Satz 1 Nr. 3 i.V.m. § 3 Abs. 2 Nr. 1 KVLG 1989) sowie freiwillig versicherte Arbeitnehmer, die die Voraussetzungen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erfüllen (§ 12 Satz 1 Nr. 4 KVLG 1989). Bei diesen Personengruppen wird für die Berechnung des Krankengeldes nur das Arbeitsentgelt zugrunde gelegt (§ 12 Satz 2 KVLG 1989).

Mitarbeitende Familienangehörige, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, erhalten Krankengeld grundsätzlich in Höhe von 1/8 der täglichen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (§ 13 Abs. 1 KVLG 1989 in Verbindung mit (§ 223 Abs. 3 SGB V).

### 3.2.4 Seeleute

Für Seeleute nach § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB IV gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 233 Abs.1 SGB V.

Nach dieser Vorschrift gilt für Seeleute als beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des nach § 92 SGB VII festgesetzten monatlichen Durchschnittsentgelts der einzelnen Klassen der Schiffsbesatzung und Schiffsgattungen. Die beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen sich für Seeleute, die auf den Seeschiffen beköstigt werden, um 1/30 des nach § 92 SGB VII festgesetzten Durchschnittssatzes für Beköstigung.

## Berechnung des Regelentgelts

Den monatlichen Durchschnitt des baren Entgelts einschließlich des Durchschnittssatzes für Beköstigung (Durchschnittsheuer – D-Heuer) setzt ein von der Vertreterversammlung der See-Berufsgenossenschaft für Transport- und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr) gebildeter Ausschuss fest. Die Festsetzung des Durchschnittsentgelts bedarf der Genehmigung durch das Bundesversicherungsamt.

Das Regelentgelt wird nach § 47 Abs. 4 Satz 1 SGB V aus der Durchschnittsheuer errechnet, die im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum für die Beitragsbemessung maßgebend war.

Hinsichtlich der Berechnung des Regelentgelts gelten die Aussagen unter [3.1 „Berechnung des Regelentgelts bei Arbeitnehmern“](#) entsprechend.

### 3.2.5 Teilnehmer an Freiwilligendiensten

Versicherte, die während des Bundesfreiwilligendienstes, freiwilligen sozialen Jahres oder freiwilligen ökologischen Jahres arbeitsunfähig erkranken, erhalten Krankengeld, wenn die Fortzahlung aufgrund der nach § 8 Absatz 1 Bundesfreiwilligendienstgesetz (BFDG) oder § 11 Gesetz zur Förderung von Jugendfreiwilligendiensten (JFDG) geschlossenen Vereinbarung nach den ersten sechs Wochen der Erkrankung endet. Berechnungsgrundlage ist hierbei analog [3.1.1.1.1.1 „Abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum“](#) der letzte vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechnete Entgeltabrechnungszeitraum.

Ist der Versicherte kurz nach dem Beginn des Bundesfreiwilligendienstes arbeitsunfähig erkrankt, bevor ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vorliegt, ist entsprechend [3.1.1.1.2.1 „Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum“](#) zu verfahren.

### 3.3 Höchstregelentgelt

Das Regelentgelt wird bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V) berücksichtigt (Höchstregelentgelt; § 47 Abs. 6 SGB V). Maßgebend ist das jeweils am letzten Tag des Bemessungszeitraums geltende Höchstregelentgelt. Soweit das Regelentgelt das Höchstregelentgelt übersteigt, bleibt es außer Ansatz.

Reicht – beispielsweise bei wöchentlicher Abrechnung – der Bemessungszeitraum in das neue Jahr hinein, ist die Beitragsbemessungsgrenze des neuen Jahres für die Begrenzung des Regelentgelts maßgebend.

## Berechnung des Regelentgelts

### 3.3.1 Änderung der Beitragsbemessungsgrenze

Ändert sich die Beitragsbemessungsgrenze während der Arbeitsunfähigkeit, hat dies keinen Einfluss auf die Berechnung des Krankengeldes. Dies gilt auch, wenn die tatsächliche Krankengeldzahlung (z. B. weil der Anspruch auf Krankengeld wegen Entgeltfortzahlung ruhte) zu einem Zeitpunkt einsetzt, der nach der Änderung der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Höhe des Krankengeldes

## 4. Höhe des Krankengeldes

<b>4.1</b>	<b>HÖHE DES KRANKENGELDES AUS ARBEITSENTGELT .....</b>	<b>123</b>
4.1.1	70 V. H. DES REGELENTGELTS	123
4.1.2	BEGRENZUNG AUF 90 V. H. DES NETTOARBEITSENTGELTS	123
4.1.2.1	ERMITTLUNG DES NETTOARBEITSENTGELTS	123
4.1.2.1.1	GESETZLICHE ABZÜGE	123
4.1.2.1.2	STEUERRECHTLICHE ABZÜGE	125
	<i>Beispiel 75 – Auswirkung Lohnsteuerjahresausgleich.....</i>	<i>125</i>
4.1.2.1.2.1	BERÜCKSICHTIGUNG VON STEUERFREIBETRÄGEN	126
4.1.2.1.2.2	STEUERABZÜGE FÜR IN EINEM ANDEREN STAAT WOHNENDE VERSICHERTE (Z. B. GRENZGÄNGER)	126
4.1.2.1.3	FREIWILLIGE BEITRÄGE ZUR KRANKEN- UND PFLEGEVERSICHERUNG	127
4.1.2.1.4	PFLICHTBEITRÄGE ZU BERUFSTÄNDISCHEN VERSORGUNGSEINRICHTUNGEN	127
4.1.2.1.5	ARBEITNEHMERANTEILE AN DER UMLAGE ZUR FINANZIERUNG DES ZUSCHUSS-WINTERGELDES UND MEHRAUFWANDS-WINTERGELDES	127
4.1.2.1.6	VERGLEICHBARE GESETZLICHE ABZÜGE	128
4.1.2.1.7	ZUSÄTZLICHE ALTERSVERSORGUNG	128
4.1.2.1.7.1	KAPITALGEDECKTE BETRIEBLICHE ALTERSVERSORGUNG (ENTGELTUMWANDLUNG)	128
4.1.2.1.7.1.1	LAUFENDES ARBEITSENTGELT	129
	<i>Beispiel 76 – gleichbleibende Entgeltumwandlung.....</i>	<i>129</i>
	<i>Beispiel 77 – schwankende Entgeltumwandlung .....</i>	<i>129</i>
	<i>Formel 6 – Berechnung kumuliertes und maßgebliches Regelentgelt .....</i>	<i>130</i>
4.1.2.1.7.1.2	EINMALIG GEZAHLTES ARBEITSENTGELT	130
4.1.2.1.7.1.3	LAUFENDES UND EINMALIG GEZAHLTES ARBEITSENTGELT	130
	<i>Beispiel 78 – gleichzeitige Umwandlung von laufendem Arbeitsentgelt und Teilen einer Einmalzahlung.....</i>	<i>130</i>
	<i>Beispiel 79 – Volle Ausschöpfung des Freibetrages durch Einmalzahlung .....</i>	<i>132</i>
	<i>Beispiel 80 – Teilausschöpfung des Freibetrages durch Einmalzahlung.....</i>	<i>133</i>
	<i>Beispiel 81 – Teilausschöpfung des Freibetrages durch laufendes Arbeitsentgelt.....</i>	<i>134</i>
	<i>Beispiel 82 – Ausschöpfung des Freibetrages bei Teilen des laufenden und einmaligen Arbeitsentgelts.....</i>	<i>136</i>
4.1.2.1.7.2	NICHT KAPITALGEDECKTE BETRIEBLICHE ALTERSVERSORGUNG (Z. B. PENSIONSASSE)	137
	<i>Beispiel 83 – Berechnung des beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelts bei VBL.....</i>	<i>138</i>
	<i>Beispiel 84 – Berechnung des Nettoarbeitsentgelts bei VBL – Fortsetzung vorheriges Beispiel .....</i>	<i>138</i>
4.1.2.1.8	FIKTIVE NETTOARBEITSENTGELTBERECHNUNG BEI SACHBEZÜGEN	139
	<i>Beispiel 85 – Berücksichtigung von Sachbezügen (Dienst-PKW).....</i>	<i>139</i>
	<i>Beispiel 86 – Berücksichtigung von anderen Sachbezügen.....</i>	<i>139</i>
4.1.2.1.9	FIKTIVE NETTOARBEITSENTGELTBERECHNUNG IM ÜBERGANGSBEREICH	139

## Höhe des Krankengeldes

4.1.3	KRANKENGELDBERECHNUNG AUS EINMALZAHLUNGEN	140
	<i>Formel 7 – Berechnung kumuliertes Regelentgelt</i>	140
	<i>Beispiel 87 – kumuliertes Regelentgelt</i>	140
	<i>Formel 8 – Berechnung kumuliertes Nettoarbeitsentgelt</i>	141
	<i>Beispiel 88 – Krankengeldberechnung bei Einmalzahlung</i>	141
4.1.3.1	ZWÖLF-MONATS-ZEITRAUM	142
	<i>Beispiel 89 – Bestimmung des Zwölf-Monats-Zeitraums</i>	142
	<i>Beispiel 90 – Bestimmung des Zwölf-Monats-Zeitraums</i>	142
4.1.3.2	MÄRZ-KLAUSEL	142
	<i>Beispiel 91 – Berücksichtigung Einmalzahlung bei „März-Klausel“</i>	143
4.1.3.3	ARBEITGEBER- ODER KRANKENKASSENWECHSEL	143
4.1.3.4	FREIWILLIG VERSICHERTE ARBEITNEHMER	143
4.1.3.5	EINMALZAHLUNGEN IM RAHMEN EINER BESCHÄFTIGUNG IM ÜBERGANGSBEREICH	144
4.1.4	KRANKENGELDBERECHNUNG BEI MEHRFACHBESCHÄFTIGTEN	144
	<i>Beispiel 92 – Maßgebendes Regelentgelt bei mehreren Beschäftigungen</i>	144
	<i>Formel 9 – Berechnung Kürzung Regelentgelte wegen Überschreitens des Höchstregelentgelts</i>	145
	<i>Beispiel 93 – Maßgebendes Teilregelentgelt bei Überschreiten des Höchstregelentgelts</i>	145
	<i>Beispiel 94 – Berechnung Krankengeld bei Mehrfachbeschäftigung</i>	145
	<i>Beispiel 95 – Berücksichtigung Einmalzahlung eines vorherigen Arbeitgebers</i>	147
4.1.5	KRANKENGELDBERECHNUNG BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT WÄHREND DER FAMILIENPFLEGEZEIT	148
4.1.5.1	ZINSLOSES DARLEHEN	149
4.1.5.2	AUFSTOCKUNG DURCH WERTGUTHABEN	149
<b>4.2</b>	<b>HÖHE DES KRANKENGELDES AUS ARBEITSEINKOMMEN</b>	<b>150</b>
	<i>Beispiel 96 – Bestimmung des maßgebenden Regelentgelts</i>	151
	<i>Beispiel 97 – Maßgebendes Regelentgelt bei nachträglicher Beitragsfestsetzung</i>	151
	<i>Beispiel 98 – Regelentgelt bei fehlendem Arbeitseinkommen</i>	151
	<i>Beispiel 99 – Regelentgelt bei Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung</i>	151
	<i>Beispiel 100 – Regelentgelt bei Überschreiten des Höchstregelentgelts</i>	152
<b>4.3</b>	<b>HÖHE DES KRANKENGELDES FÜR TEILNEHMER AN LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN</b>	<b>152</b>
	<i>Beispiel 101 – Berechnung Krankengeld nach Bezug von Übergangsgeld</i>	152
<b>4.4</b>	<b>HÖHE DES KRANKENGELDES FÜR VERSICHERTE NACH DEM KVLG 1989</b>	<b>152</b>

Höhe des Krankengeldes

#### 4.1 Höhe des Krankengeldes aus Arbeitsentgelt

##### 4.1.1 70 v. H. des Regelentgelts

Nach § 47 Abs. 1 Satz 1 SGB V beträgt das Krankengeld 70 v. H. des maßgebenden Regelentgelts (höchstens 70 v. H. des Höchstregelentgelts, siehe [3.3 „Höchstregelentgelt“](#)).

##### 4.1.2 Begrenzung auf 90 v. H. des Nettoarbeitsentgelts

Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 v. H. des entgangenen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Es ist deshalb eine Vergleichsberechnung zwischen 70 v. H. des Regelentgelts und 90 v. H. des Nettoarbeitsentgelts erforderlich. In Höhe des niedrigeren Betrages besteht der Anspruch auf Krankengeld.

Das regelmäßige kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt wird in entsprechender Anwendung der Vorschriften über das Regelentgelt berechnet (vgl. auch Ausführungen unter [3.1.1 „Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt sich einer Stundenzahl zuordnen lässt \(§ 47 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V\)“](#) und [3.1.2 „Arbeitnehmer, deren Arbeitsentgelt nach Monaten oder der Arbeitsleistung bemessen ist \(§ 47 Abs. 2 Satz 3 SGB V\)“](#)).

##### 4.1.2.1 Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts

Bei der Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts ist das Bruttoarbeitsentgelt, das in dem der Regelentgeltberechnung zugrundeliegenden Bemessungszeitraum erzielt wurde, um die gesetzlichen Abzüge zu vermindern.

##### 4.1.2.1.1 Gesetzliche Abzüge

Gesetzliche Abzüge sind:

- Arbeitnehmeranteile zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag (Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge aufgrund einer Versicherungspflicht; hierzu zählt auch der Zusatzbeitrag zur Pflegeversicherung für Kinderlose sowie der Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung nach § 242 SGB V),
- die Lohn- und ggf. Kirchensteuer (siehe [4.1.2.1.2 „Steuerrechtliche Abzüge“](#)) sowie
- der Solidaritätszuschlag.

Wie gesetzliche Abzüge behandelt werden auch:

## Höhe des Krankengeldes

- ggf. um die Arbeitgeberzuschüsse verminderte freiwillige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung (siehe [4.1.2.1.3 „Freiwillige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung“](#)),
- ggf. um die Arbeitgeberzuschüsse verminderte Pflichtbeiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen (siehe [4.1.2.1.4 „Pflichtbeiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen“](#)),
- ggf. Arbeitnehmeranteile an der Umlage zur Finanzierung des Zuschuss-Wintergeldes und des Mehraufwands-Wintergeldes (siehe [4.1.2.1.5 „Arbeitnehmeranteile an der Umlage zur Finanzierung des Zuschuss-Wintergeldes und Mehraufwands-Wintergeldes“](#)) sowie
- Arbeits- und Arbeitnehmerkammerbeiträge (Bremen und Saarland) (siehe [4.1.2.1.6 „Vergleichbare gesetzliche Abzüge“](#)).

### Als gesetzliche Abzüge gelten nicht:

- Beiträge des Arbeitnehmers zur zusätzlichen Alterssicherung (z. B. VBL) (siehe [4.1.2.1.7 „Zusätzliche Altersversorgung“](#)),
- freiwillige Beiträge des Arbeitnehmers zur Altersversorgung, der von der Rentenversicherungspflicht befreit ist (dies gilt nicht für Beiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen, BSG vom 06.02.1991 – 1/3 RK 3/89).

### Eine fiktive Berechnung des Nettoarbeitsentgelts hat zu erfolgen, wenn ein Arbeitnehmer im Abrechnungszeitraum:

- ein einmalig gezahltes Arbeitsentgelt erhält (hierbei ist das Nettoarbeitsentgelt aus dem Arbeitsentgelt zu ermitteln, welches ohne Einmalzahlung erzielt worden wäre) (siehe [4.1.3 „Krankengeldberechnung aus Einmalzahlungen“](#)),
- eine Entgeltumwandlung zum Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung durchführt (hierbei ist das Nettoarbeitsentgelt aus dem Arbeitsentgelt zu ermitteln, welches ohne Abzug einer Entgeltumwandlung erzielt worden wäre) (siehe [4.1.2.1.7 „Zusätzliche Altersversorgung“](#)),
- ein Bruttoarbeitsentgelt erhält, in welchem Sachbezüge enthalten sind (hierbei ist das Nettoarbeitsentgelt fiktiv aus Geldleistungen und Sachbezügen zu ermitteln) (siehe [4.1.2.1.8 „Fiktive Nettoarbeitsentgeltberechnung bei Sachbezügen“](#)),
- ein Arbeitsentgelt innerhalb des Übergangsbereiches<sup>2</sup> (§ 20 SGB IV) erhält (hierbei ist das Nettoarbeitsentgelt fiktiv aus dem tatsächlichen (nicht dem beitragspflichtigen) Bruttoarbeitsentgelt – also ohne Berücksichtigung der besonderen beitragsrechtlichen Regelungen

<sup>2</sup> Der Begriff „Übergangsbereich“ ersetzt zum 01.07.2019 den bisherigen Begriff „Gleitzone“, s. RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilitätsgesetz.



## Höhe des Krankengeldes

für den Übergangsbereich – zu ermitteln) (siehe [4.1.2.1.9 „Fiktive Nettoarbeitsentgeltberechnung im Übergangsbereich“](#)) oder

- in Deutschland versichert ist aber seinen Wohnort in einem anderen Mitgliedsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz (Grenzgänger) hat (siehe [4.1.2.1.2.2 „Steuerabzüge für in einem anderen Staat wohnende Versicherte \(z. B. Grenzgänger\)“](#)).

### 4.1.2.1.2 Steuerrechtliche Abzüge

Die steuerrechtlichen Abzüge (Lohn- und Kirchensteuer) sowie der Solidaritätszuschlag sind entsprechend den Vorgaben des Einkommensteuergesetzes in Abzug zu bringen. Als Vorgabe nach dem Einkommensteuergesetz in diesem Zusammenhang gilt auch ein durch den Arbeitgeber erfolgter Lohnsteuer-Jahresausgleich.

Der Arbeitgeber ist nach [§ 42b Abs. 1 Satz 1 EStG](#) berechtigt, seinen unbeschränkt einkommensteuerpflichtigen Arbeitnehmern, die während des abgelaufenen Kalenderjahres (Ausgleichsjahr) ständig in einem zu ihm bestehenden Dienstverhältnis gestanden haben, die für das Ausgleichsjahr einbehaltene Lohnsteuer insoweit zu erstatten, als sie die auf den Jahresarbeitslohn entfallende Jahreslohnsteuer übersteigt (Lohnsteuer-Jahresausgleich). Er ist nach [§ 42b Abs. 1 Satz 2 EStG](#) zur Durchführung des Lohnsteuer-Jahresausgleichs verpflichtet, wenn er am 31. Dezember des Ausgleichsjahres mindestens zehn Arbeitnehmer beschäftigt. Der Arbeitgeber darf den Lohnsteuer-Jahresausgleich frühestens bei der Lohnabrechnung für den letzten im Ausgleichsjahr endenden Lohnzahlungszeitraum, spätestens bei der Lohnabrechnung für den letzten Lohnzahlungszeitraum, der im Monat Februar des dem Ausgleichsjahr folgenden Kalenderjahres endet, durchführen ([§ 42b Abs. 3 Satz 1 EStG](#)).

Erfolgt der Lohnsteuer-Jahresausgleich durch den Arbeitgeber im Bemessungszeitraum für die Krankengeldberechnung, ergibt sich hierdurch ein erhöhtes Netto-Arbeitsentgelt. Der Arbeitgeber ermittelt das Netto-Arbeitsentgelt in diesen Fällen zutreffend unter Beachtung der gesetzlichen Grundlagen. Die Berechnung des Krankengeldes hat daher unter Berücksichtigung dieses höheren Nettoentgelts zu erfolgen.

#### Beispiel 73 – Auswirkung Lohnsteuerjahresausgleich

SV-Brutto Dezember 2017 (laut Entgeltbescheinigungsverordnung)	3.000,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt aus dem SV-Brutto Dezember 2017	2.187,50 EUR
Durch einen vom Arbeitgeber vorgenommenen Lohnsteuer-Jahresausgleich verringert sich die Lohnsteuer im Dezember 2017 um 92,00 EUR und die Kirchensteuer um 2,70 EUR. Die Angaben des Arbeitgebers in der Entgeltübermittlung nach <a href="#">§ 107 SGB IV</a> betragen daher:	
SV-Brutto Dezember 2017 (laut Entgeltbescheinigungsverordnung)	3.000,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt aus dem SV-Brutto Dezember 2017	2.281,75 EUR

## Höhe des Krankengeldes

**Ergebnis:**

Das vom Arbeitgeber übermittelte Arbeitsentgelt ist in der korrigierten Höhe zu berücksichtigen, demnach

Maßgebendes Bruttoarbeitsentgelt Dezember 2017	3.000,00 EUR
Maßgebendes Nettoarbeitsentgelt	2.281,75 EUR

**4.1.2.1.2.1 Berücksichtigung von Steuerfreibeträgen**

Bei der Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts werden die Steuern auf der Grundlage der individuellen Verhältnisse in dem der Regelentgeltberechnung zugrundeliegenden Bemessungszeitraum berücksichtigt. Das gilt auch, wenn im Bemessungszeitraum zu berücksichtigende Steuerfreibeträge hinzutreten oder wegfallen und dadurch zu einem geringeren/höherem Steuerabzug geführt haben.

Wenn sich nach dem abgerechneten Bemessungszeitraum durch eine Änderung des Steuerfreibetrags oder einen Wechsel der Steuerklasse künftig geringere (oder höhere) Steuerabzüge ergeben, wirkt sich dies nicht auf das für die Krankengeldberechnung relevante Nettoarbeitsentgelt aus. Gleiches gilt für die im Wege des Lohnsteuerjahresausgleichs/der Einkommensteuererklärung nachträglich erstattete Lohn- oder Einkommensteuer, den Solidaritätszuschlag sowie die Kirchensteuer.

**4.1.2.1.2.2 Steuerabzüge für in einem anderen Staat wohnende Versicherte (z. B. Grenzgänger)**

Auch bei in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmern mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR, der Schweiz sowie in den Abkommensstaaten Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien, die zwar deutschem Sozialversicherungsrecht, nicht aber deutschem Steuerrecht unterliegen, ist der Krankengeldberechnung das Nettoarbeitsentgelt zu Grunde zu legen, welches sich bei einer fiktiven Beurteilung des Versicherten ergibt, wenn dieser in der Bundesrepublik Deutschland wohnen würde (§ 67 Abs. 5 SGB IX).

Um eine einheitliche Berechnung des fiktiven Nettoarbeitsentgelts sicherzustellen, ist bei der fiktiven Berechnung des Nettoarbeitsentgelts durch die Arbeitgeber:

- Für alleinstehende Arbeitnehmer die Lohnsteuerklasse 1 zu Grunde zu legen; liegt eine Mehrfachbeschäftigung vor, ist für alle Beschäftigungen außer der Hauptbeschäftigung die Lohnsteuerklasse 6 anzusetzen.

## Höhe des Krankengeldes

- Für verheiratete Arbeitnehmer die Lohnsteuerklasse 4 zu Grunde zu legen; liegt eine Mehrfachbeschäftigung vor, ist für alle Beschäftigungen außer der Hauptbeschäftigung die Lohnsteuerklasse 6 anzusetzen.
- Für Arbeitnehmer mit Kindern kein steuerlicher Kinderfreibetrag zu berücksichtigen; es ist jedoch auch kein Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung anzusetzen.
- Für Arbeitnehmer keine Kirchensteuer aber ein Solidaritätszuschlag zu berücksichtigen.

Die Berechnung des Krankengeldes durch die Krankenkasse erfolgt aufgrund der dann errechneten Entgelte.

Für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Arbeitnehmer mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat der EU, des EWR oder der Schweiz gilt die Besonderheit, dass diese einen Antrag bei ihrer Krankenkasse auf Neuberechnung des Nettoarbeitsentgelts stellen und entsprechende Nachweise erbringen können, dass ihr Nettoarbeitsentgelt tatsächlich höher war. Gegebenenfalls ist die Entgeltersatzleistung neu zu berechnen und eine ergänzende Zahlung vorzunehmen. Hierbei ist zu beachten, dass bei dem nachgewiesenen Nettoarbeitsentgelt auch die im Ausland tatsächlich anfallenden Steuern zu berücksichtigen sind.

### **4.1.2.1.3      Freiwillige Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung**

Bei einem freiwillig Versicherten ist zur Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts im Rahmen der Krankengeldberechnung der um den Beitragszuschuss für Beschäftigte verminderte Beitrag des Versicherten zur Kranken- und Pflegeversicherung abzuziehen (§ 23c Abs. 1 Satz 2 SGB IV). Insofern sind die Beiträge zur freiwilligen Kranken- bzw. Pflegeversicherung den gesetzlichen Abzügen gleichgestellt.

### **4.1.2.1.4      Pflichtbeiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen**

Die Pflichtbeiträge der Arbeitnehmer zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen sind bei der Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts nach § 23c Abs. 1 Satz 3 SGB IV entsprechend den gesetzlichen Rentenversicherungsbeiträgen abzuziehen, soweit der Arbeitnehmer diese jeweils selbst trägt.

### **4.1.2.1.5      Arbeitnehmeranteile an der Umlage zur Finanzierung des Zuschuss-Wintergeldes und Mehraufwands-Wintergeldes**

Der vom Arbeitnehmer zu tragende Anteil an der Umlage zur Finanzierung des Zuschuss-Wintergeldes und des Mehraufwands-Wintergeldes ist als gesetzlicher Abzug zu werten und demgemäß

## Höhe des Krankengeldes

bei der Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts im Zusammenhang mit der Berechnung des Krankengeldes zu berücksichtigen

### 4.1.2.1.6 Vergleichbare gesetzliche Abzüge

Beitragsanteile des Arbeitnehmers, welche aufgrund einer gesetzlichen Zahlungspflicht – vergleichbar den Pflichtbeiträgen zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen – entrichtet werden, sind wie gesetzliche Abzüge bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgeltes zu berücksichtigen.

In den Bundesländern Saarland und Bremen gelten besondere gesetzliche Verpflichtungen zur Zahlung von Beiträgen zur Arbeits- bzw. Arbeitnehmerkammer. Diese werden im Rahmen des Gesetzes über die Arbeitskammer des Saarlandes – SLArbKG – und des Gesetzes über die Arbeitnehmerkammer im Lande Bremen – ArbNKG – grundsätzlich von allen in diesem Einzugsgebiet Beschäftigten erhoben (§ 15 Abs. 1 Satz 1 SLArbKG, § 20 Abs. 1 ArbNKG in Verbindung mit der Beitragsordnung der Arbeitnehmerkammer im Lande Bremen). Der Arbeitgeber hat diese Pflichtbeiträge an die Arbeits- bzw. Arbeitnehmerkammer abzuführen (§ 15 Abs. 1 Satz 2 SLArbKG, § 20 Abs. 3 ArbNKG).

Beitragsanteile des Arbeitnehmers, welche ausschließlich auf Basis von Tarif- oder Arbeitsverträgen verpflichtend vorgesehen sind, sind nicht als gesetzliche Abzüge zu bewerten.

### 4.1.2.1.7 Zusätzliche Altersversorgung

Betriebliche Altersversorgung ist individuell arbeitsvertraglich zwischen dem Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber zu regeln. Daher gibt es viele unterschiedliche Varianten und Kombinationen der betrieblichen Altersversorgung, wodurch sich die nachfolgend genannten Arten vermischen können.

#### 4.1.2.1.7.1 Kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung (Entgeltumwandlung)

Arbeitnehmer können laufendes und einmaliges Arbeitsentgelt im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung beitragsfrei umwandeln. Die Beitragsfreiheit besteht im Kalenderjahr bis zur Höhe von insgesamt 4 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung. Sofern mehrere Durchführungswege (z. B. Direktzusage bzw. Unterstützungskassenversorgung neben Pensionskasse, Pensionsfond oder Direktversicherung) nebeneinander praktiziert werden, kann sich der Freibetrag nach § 3 Nr. 63 EStG erhöhen.

## Höhe des Krankengeldes

Überschreitet das umgewandelte Arbeitsentgelt diese Grenze, unterliegt der übersteigende Betrag des Arbeitsentgelts der Beitragspflicht und ist dem Bruttoarbeitsentgelt hinzuzurechnen. Eine Berücksichtigung als Entgeltumwandlung erfolgt für diesen Teil nicht mehr.

Als Entgeltumwandlung in diesem Zusammenhang gelten ausschließlich umgewandelte Arbeitsentgelte und nicht Arbeitszeiten, welche durch Freizeit ausgeglichen werden bzw. werden können (z. B. Gleitzeitkonten oder Lebensarbeitszeitkonten).

### 4.1.2.1.7.1.1 Laufendes Arbeitsentgelt

Bei Umwandlung von laufendem Arbeitsentgelt wird das Regelentgelt zunächst auf der Basis des Bruttoarbeitsentgelts ohne Abzug der Entgeltumwandlung bzw. Berücksichtigung von Einmalzahlungen errechnet. Dies gilt auch für beitragsfreie Finanzierungsanteile des Arbeitnehmers zu einer kapitalgedeckten betrieblichen Altersversorgung, die ebenfalls nicht als Arbeitsentgelt berücksichtigt werden dürfen. Bei diesen beitragsfreien Finanzierungsanteilen des Arbeitnehmers handelt es sich um sogenannte „Eigenbeiträge“ des Arbeitnehmers, für die die Regelungen der Entgeltumwandlung anzuwenden sind (§ 1 Abs. 2 Nr. 4 BetrAVG).

#### Beispiel 74 – gleichbleibende Entgeltumwandlung

SV-Brutto Juni (laut Entgeltbescheinigungsverordnung)	2.000,00 EUR
betriebliche Altersversorgung (AG-Anteil) monatlich gleichbleibend	100,00 EUR
betriebliche Altersversorgung (AN-Anteil) monatlich gleichbleibend	50,00 EUR
keine Einmalzahlung	
<b>Ergebnis:</b>	
Maßgebendes Bruttoarbeitsentgelt Juni	2.150,00 EUR
Höhe der Entgeltumwandlung (150,00 EUR x 12 Monate)	1.800,00 EUR

#### Beispiel 75 – schwankende Entgeltumwandlung

SV-Brutto Juni (laut Entgeltbescheinigungsverordnung)	2.000,00 EUR
betriebliche Altersversorgung (AG-Anteil) monatlich	100,00 EUR
betriebliche Altersversorgung (AN-Anteil) jeden geraden Monat	50,00 EUR
keine Einmalzahlung	
<b>Ergebnis:</b>	
Maßgebendes Bruttoarbeitsentgelt Juni	2.150,00 EUR
Höhe der Entgeltumwandlung (100,00 EUR x 12 Monate + 50,00 EUR x 6 Monate)	1.500,00 EUR

Der Betrag des in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bei demselben Arbeitgeber beitragsfrei umgewandelten laufenden Arbeitsentgelts ist auf einen Kalendertag umzurechnen. Für die Umrechnung auf den Kalendertag wird das in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit beitragsfrei umgewandelte laufende Arbeitsentgelt durch

## Höhe des Krankengeldes

360 geteilt. Dies gilt auch dann, wenn das Arbeitsverhältnis oder der Vertrag zur privaten Altersvorsorge erst im Laufe der letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit begründet wurde. Der kalendertägliche Umrechnungsbetrag wird vom (ohne Abzug der Entgeltumwandlung errechneten) Regelentgelt abgezogen.

Hintergrund für diese Verfahrensweise ist, dass die Entgeltumwandlung aus dem laufenden Arbeitsentgelt in unterschiedlichen ggf. auch wechselnden Höhen und Intervallen möglich ist und dies zu starken Schwankungen des monatlichen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts führen kann. Mit dem Bezug auf die letzten 12 Monate wird man der gesetzlichen Intention der Krankengeldberechnung aus dem erzielten "regelmäßigen" Arbeitsentgelt eher gerecht.

Bei Versicherten mit Arbeitsentgelten oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung wird der kalendertägliche Umrechnungsbetrag vom (ohne Abzug der Entgeltumwandlung errechneten) Regelentgelt abgezogen. Anschließend ist das Regelentgelt ggf. auf das Höchstregelentgelt zu kürzen.

Formel 6 – Berechnung kumuliertes und maßgebliches Regelentgelt

<p><b>Regelentgelt kumuliert =</b>  Regelentgelt<sub>laufend</sub> + Hinzurechnungsbetrag<sub>Einmalzahlungen</sub></p> <p><b>Regelentgelt maßgeblich =</b>  Regelentgelt<sub>kumuliert</sub> - Abzugsbetrag<sub>Entgeltumwandlung</sub></p>
--

### 4.1.2.1.7.1.2 Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt

Aus beitragsfrei umgewandelten (Teilen von) Einmalzahlungen werden keine Hinzurechnungsbeträge gemäß § 47 Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 6 SGB V ermittelt.

### 4.1.2.1.7.1.3 Laufendes und einmalig gezahltes Arbeitsentgelt

Wird in Einzelfällen in einem Entgeltabrechnungszeitraum sowohl laufendes als auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt umgewandelt, sollte die Ermittlung des Regelentgelts wie folgt vorgenommen werden:

Beispiel 76 – gleichzeitige Umwandlung von laufendem Arbeitsentgelt und Teilen einer Einmalzahlung

<p>Umwandlung von laufendem Arbeitsentgelt <u>ausschließlich</u> im November; zusätzlich wird im November eine Einmalzahlung teilweise umgewandelt. Die Einmalzahlung wäre ohne Berücksichtigung der Entgeltumwandlung in voller Höhe beitragspflichtig.  (Der im Beispiel angegebene Höchstfreibetrag in Höhe von 3.048,00 EUR entspricht 4 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze RV 2017.)</p>	
Bruttoarbeitsentgelt November	2.500,00 EUR

## Höhe des Krankengeldes

(fiktives) Nettoarbeitsentgelt November	1.800,00 EUR
Einmalzahlung	3.000,00 EUR
Umwandlungsbetrag Einmalzahlung	1.750,00 EUR
beitragsfreier Anteil Umwandlung Einmalzahlung (1.750,00 EUR < 3.048,00 EUR Höchstfreibetrag)	1.750,00 EUR
beitragspflichtiger Teil der Einmalzahlung (3.000,00 EUR Einmalzahlung	1.250,00 EUR
- 1.750,00 EUR Entgeltumwandlung Einmalzahlung)	
Umwandlungsbetrag laufendes Arbeitsentgelt	500,00 EUR
beitragsfreier Anteil Umwandlung laufendes Arbeitsentgelt (1.750,00 EUR ausgeschöpfter Freibetrag Umwandlung Einmalzahlung + 500,00 EUR = 2.250,00 EUR < 3.048,00 EUR Höchstfreibetrag)	500,00 EUR
beitragspflichtiger Teil laufendes Arbeitsentgelt November (2.500,00 EUR Bruttoarbeitsentgelt	2.000,00 EUR
- 500,00 EUR Entgeltumwandlung laufend)	
beitragspflichtiges Arbeitsentgelt November (2.000,00 EUR beitragspflichtiges Arbeitsentgelt	3.250,00 EUR
+ 1.250,00 EUR beitragspflichtiges einmaliges Arbeitsentgelt	
+ 0,00 EUR beitragspflichtige Entgeltumwandlung	
<b>Ergebnis:</b>	
<u>Berechnung des Regelentgelts</u>	
2.500,00 EUR : 30 Tage	83,33 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (1.250,00 EUR : 360)	3,47 EUR
kumuliertes Regelentgelt	86,80 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (500,00 EUR : 360)	1,39 EUR
maßgebliches Regelentgelt	85,41 EUR
Das Regelentgelt vom 85,41 EUR übersteigt nicht das aktuell gültige Höchstregelentgelt.	
<u>Berechnung des Nettoarbeitsentgelts</u>	
1.800,00 EUR : 30 Tage	60,00 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (3,47 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	2,50 EUR
kumuliertes Regelentgelt	62,50 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (1,39 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	1,00 EUR
maßgebliches Nettoarbeitsentgelt	61,50 EUR
<u>Berechnung des Krankengeldes</u>	
70 v. H. des maßgeblichen Regelentgelts	59,79 EUR
90 v. H. des maßgeblichen Nettoarbeitsentgelts	55,35 EUR
laufendes (fiktives) Nettoarbeitsentgelt	60,00 EUR
Krankengeld	55,35 EUR

Die Entgeltumwandlung erfolgt auf Grundlage von steuerrechtlichen und tarifvertraglichen Regelungen. Die Steuerfreiheit und die dadurch auch bestehende Beitragsfreiheit kann daher im Rahmen der Entgeltumwandlung auf unterschiedliche Art und Weise umgesetzt werden. Wird bei der

## Höhe des Krankengeldes

gleichzeitigen Umwandlung von einmaligem und laufendem Arbeitsentgelt der Höchstfreibetrag (4 % der BBG RV (2017 = 3.048,00 EUR)) überschritten, sind daher mehrere Berechnungsvarianten möglich.

#### 4.1.2.1.7.1.3.1 Variante 1 – vorrangige Ausschöpfung des Freibetrages durch die Einmalzahlung

Wird bei der gleichzeitigen Umwandlung von einmaligem und laufendem Arbeitsentgelt der Höchstfreibetrag (4 % der BBG RV (2017 = 3.048,00 EUR)) überschritten, ist nach dieser Variante vorrangig das einmalige Arbeitsentgelt beitragsfrei zu stellen und nur der Restbetrag ist vom laufenden Arbeitsentgelt umzuwandeln.

##### Beispiel 77 – Volle Ausschöpfung des Freibetrages durch Einmalzahlung

Umwandlung von laufendem Arbeitsentgelt ausschließlich im November; zusätzlich wird im November eine Einmalzahlung in voller Höhe umgewandelt. Die Einmalzahlung wäre ohne Berücksichtigung der Entgeltumwandlung in voller Höhe beitragspflichtig.

(Der im Beispiel angegebene Höchstfreibetrag in Höhe von 3.048,00 EUR entspricht 4 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze RV 2017.)

Bruttoarbeitsentgelt November	2.500,00 EUR
(fiktives) Nettoarbeitsentgelt November	1.800,00 EUR
Einmalzahlung	3.144,00 EUR
Umwandlungsbetrag Einmalzahlung	3.144,00 EUR
beitragsfreier Anteil Umwandlung Einmalzahlung (3.144,00 EUR > 3.048,00 EUR Höchstfreibetrag)	3.048,00 EUR
beitragspflichtiger Teil der Einmalzahlung (3.144,00 EUR Einmalzahlung – 3.048,00 EUR beitragsfreier Anteil Einmalzahlung)	96,00 EUR
Umwandlungsbetrag laufendes Arbeitsentgelt	500,00 EUR
beitragsfreier Anteil Umwandlung laufendes Arbeitsentgelt (Der Höchstfreibetrag in Höhe von 3.048,00 EUR wurde bereits durch die Einmalzahlung komplett ausgeschöpft)	0,00 EUR
beitragspflichtiger Teil laufendes Arbeitsentgelt November (2.500,00 EUR Bruttoarbeitsentgelt – 0,00 EUR beitragsfreie Entgeltumwandlung laufend)	2.500,00 EUR
beitragspflichtiges Arbeitsentgelt November (2.500,00 EUR beitragspflichtiges laufendes Arbeitsentgelt + 96,00 EUR beitragspflichtiges einmaliges Arbeitsentgelt)	2.596,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
<u>Berechnung des Regelentgelts</u>	
2.500,00 EUR : 30 Tage	83,33 EUR



## Höhe des Krankengeldes

Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (96,00 EUR : 360)	0,27 EUR
kumuliertes Regelentgelt	83,60 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (0,00 EUR : 360)	0,00 EUR
maßgebliches Regelentgelt	83,60 EUR
<u>Berechnung des Nettoarbeitsentgelts</u>	
1.800,00 EUR : 30 Tage	60,00 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (0,27 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	0,19 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	60,19 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (0,00 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	0,00 EUR
maßgebliches Nettoarbeitsentgelt	60,19 EUR
<u>Berechnung des Krankengeldes</u>	
70 v. H. des kumulierten Regelentgelts	58,52 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts	54,17 EUR
laufendes (fiktives) Nettoarbeitsentgelt	60,00 EUR
Krankengeld	54,17 EUR

## Beispiel 78 – Teilausschöpfung des Freibetrages durch Einmalzahlung

Umwandlung von laufendem Arbeitsentgelt ausschließlich im November; zusätzlich wird im November eine Einmalzahlung in voller Höhe umgewandelt. Die Einmalzahlung wäre ohne Berücksichtigung der Entgeltumwandlung in voller Höhe beitragspflichtig.

(Der im Beispiel angegebene Höchstfreibetrag in Höhe von 3.048,00 EUR entspricht 4 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze RV 2017.)

Bruttoarbeitsentgelt November	2.500,00 EUR
(fiktives) Nettoarbeitsentgelt November	1.800,00 EUR
Einmalzahlung	2.500,00 EUR
Umwandlungsbetrag Einmalzahlung	2.500,00 EUR
beitragsfreier Anteil Umwandlung Einmalzahlung (2.500,00 EUR < 3.048,00 EUR Höchstfreibetrag)	2.500,00 EUR
beitragspflichtiger Teil der Einmalzahlung (2.500,00 EUR Einmalzahlung	0,00 EUR
- 2.500,00 EUR beitragsfreier Anteil Einmalzahlung)	
Umwandlungsbetrag laufendes Arbeitsentgelt	644,00 EUR
beitragsfreier Anteil Umwandlung laufendes Arbeitsentgelt (3.048,00 EUR Höchstfreibetrag	548,00 EUR
- 2.500,00 EUR beitragsfrei umgewandelte Einmalzahlung	
= 548,00 EUR Restfreibetrag)	
beitragspflichtiger Teil laufendes Arbeitsentgelt November (2.500 EUR Bruttoarbeitsentgelt	1.952,00 EUR
- 548,00 EUR beitragsfreie Entgeltumwandlung laufend)	
beitragspflichtiges Arbeitsentgelt November (1.952,00 EUR beitragspflichtiges laufendes Arbeitsentgelt	1.952,00 EUR
+ 0,00 EUR beitragspflichtiges einmaliges Arbeitsentgelt)	

## Höhe des Krankengeldes

<b>Ergebnis:</b>	
<u>Berechnung des Regelentgelts</u>	
2.500,00 EUR : 30 Tage	83,33 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung	0,00 EUR
kumuliertes Regelentgelt	83,33 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (548,00 EUR : 360)	1,52 EUR
maßgebliches Regelentgelt	81,81 EUR
<u>Berechnung des Nettoarbeitsentgelts</u>	
1.800,00 EUR : 30 Tage	60,00 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (0,00 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	0,00 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	60,00 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (1,52 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	1,09 EUR
maßgebliches Nettoarbeitsentgelt	58,91 EUR
<u>Berechnung des Krankengeldes</u>	
70 v. H. des maßgeblichen Regelentgelts	57,27 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts	53,02 EUR
laufendes (fiktives) Nettoarbeitsentgelt	60,00 EUR
Krankengeld	53,02 EUR

#### 4.1.2.1.7.1.3.2 Variante 2 – vorrangige Ausschöpfung des Freibetrages durch die Umwandlung des laufenden Arbeitsentgelts

Wird bei der gleichzeitigen Umwandlung von einmaligem und laufendem Arbeitsentgelt der Höchstfreibetrag (4 % der BBG RV (2017 = 3.048,00 EUR)) überschritten, ist nach dieser Variante vorrangig das laufende Arbeitsentgelt beitragsfrei zu stellen und nur der Restbetrag ist von der Einmalzahlung beitragsfrei umzuwandeln.

##### Beispiel 79 – Teilausschöpfung des Freibetrages durch laufendes Arbeitsentgelt

Umwandlung von laufendem Arbeitsentgelt ausschließlich im November; zusätzlich wird im November eine Einmalzahlung in voller Höhe umgewandelt. Die Einmalzahlung wäre ohne Berücksichtigung der Entgeltumwandlung in voller Höhe beitragspflichtig.

(Der im Beispiel angegebene Höchstfreibetrag in Höhe von 3.048,00 EUR entspricht 4 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze RV 2017.)

Bruttoarbeitsentgelt November	2.500,00 EUR
(fiktives) Nettoarbeitsentgelt November	1.800,00 EUR
Einmalzahlung	2.600,00 EUR
Umwandlungsbetrag laufendes Arbeitsentgelt	500,00 EUR
beitragsfreier Anteil Umwandlung laufendes Arbeitsentgelt 500,00 EUR < 3.048,00 EUR Höchstfreibetrag	500,00 EUR
beitragspflichtiger Teil laufendes Arbeitsentgelt November (2.500,00 EUR Bruttoarbeitsentgelt	2.000,00 EUR

## Höhe des Krankengeldes

- 500,00 EUR beitragsfreie Entgeltumwandlung laufend)	
Umwandlungsbetrag Einmalzahlung	2.600,00 EUR
beitragsfreier Anteil Umwandlung Einmalzahlung (3.048,00 EUR Höchstfreibetrag	2.548,00 EUR
- 500,00 EUR beitragsfrei umgewandeltes laufendes Arbeitsentgelt	
= 2.548,00 EUR Restfreibetrag	
beitragspflichtiger Teil der Einmalzahlung	52,00 EUR
(2.600,00 EUR Einmalzahlung	
- 2.548,00 EUR beitragsfreier Anteil Einmalzahlung)	
beitragspflichtiges Arbeitsentgelt November (2.000,00 EUR beitragspflichtiges laufendes Arbeitsentgelt	2.052,00 EUR
+ 52,00 EUR beitragspflichtiges einmaliges Arbeitsentgelt)	
<b>Ergebnis:</b>	
<u>Berechnung des Regelentgelts</u>	
2.500,00 EUR : 30 Tage	83,33 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (52,00 EUR : 360)	0,14 EUR
kumuliertes Regelentgelt	83,47 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (500,00 EUR : 360)	1,39 EUR
maßgebliches Regelentgelt	82,08 EUR
<u>Berechnung des Nettoarbeitsentgelts</u>	
1.800,00 EUR : 30 Tage	60,00 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (0,14 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	0,10 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	60,10 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (1,39 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	1,00 EUR
maßgebliches Nettoarbeitsentgelt	59,10 EUR
<u>Berechnung des Krankengeldes</u>	
70 v. H. des maßgeblichen Regelentgelts	57,46 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts	53,19 EUR
laufendes (fiktives) Nettoarbeitsentgelt	60,00 EUR
Krankengeld	53,19 EUR

#### 4.1.2.1.7.1.3.3 Variante 3 – Ausschöpfung durch teilweise Umwandlung beider Entgeltbestandteile

Wird bei der gleichzeitigen Umwandlung von einmaligem und laufendem Arbeitsentgelt der Höchstfreibetrag (4 % der BBG RV (2017 = 3.048,00 EUR)) überschritten, wird nach dieser Variante weder das laufende Arbeitsentgelt noch die Einmalzahlung vorrangig beitragsfrei gestellt und daher jeweils nur Anteile des umgewandelten Betrages beitragsfrei gestellt.

## Höhe des Krankengeldes

Beispiel 80 – Ausschöpfung des Freibetrages bei Teilen des laufenden und einmaligen Arbeitsentgelts

Umwandlung von laufendem Arbeitsentgelt ausschließlich im November; zusätzlich wird im November eine Einmalzahlung in voller Höhe umgewandelt. Die Einmalzahlung wäre ohne Berücksichtigung der Entgeltumwandlung in voller Höhe beitragspflichtig.

(Der im Beispiel angegebene Höchstfreibetrag in Höhe von 3.048,00 EUR entspricht 4 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze RV 2017.)

Bruttoarbeitsentgelt November	2.500,00 EUR
(fiktives) Nettoarbeitsentgelt November	1.800,00 EUR
Einmalzahlung	3.000,00 EUR
Umwandlungsbetrag laufendes Arbeitsentgelt	500,00 EUR

beitragsfreier Anteil Umwandlung laufendes Arbeitsentgelt (300,00 EUR < 3.048,00 EUR Höchstfreibetrag)	300,00 EUR
beitragspflichtiger Teil laufendes Arbeitsentgelt November (2.500,00 EUR Bruttoarbeitsentgelt – 300,00 EUR beitragsfreie Entgeltumwandlung laufend)	2.200,00 EUR

Umwandlungsbetrag Einmalzahlung	3.000,00 EUR
---------------------------------	--------------

beitragsfreier Anteil Umwandlung Einmalzahlung (3.048,00 EUR Höchstfreibetrag	
– 300,00 EUR beitragsfrei umgewandeltes laufendes Arbeitsentgelt	2.748,00 EUR
= 2.748,00 EUR Restfreibetrag	
beitragspflichtiger Teil der Einmalzahlung (3.000,00 EUR Einmalzahlung – 2.748,00 EUR beitragsfreier Anteil Einmalzahlung)	252,00 EUR
beitragspflichtiges Arbeitsentgelt November (2.200,00 EUR beitragspflichtiges laufendes Arbeitsentgelt	
+ 252,00 EUR beitragspflichtiges einmaliges Arbeitsentgelt)	2.452,00 EUR

**Ergebnis:**Berechnung des Regelentgelts

2.500,00 EUR : 30 Tage	83,33 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (252,00 EUR : 360)	0,70 EUR
kumuliertes Regelentgelt	84,03 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (300,00 EUR : 360)	0,83 EUR
maßgebliches Regelentgelt	83,20 EUR

Berechnung des Nettoarbeitsentgelts

1.800,00 EUR : 30 Tage	60,00 EUR
Hinzurechnungsbetrag Einmalzahlung (0,70 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	0,50 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	60,50 EUR
abzüglich Entgeltumwandlung (0,83 EUR x 60,00 EUR : 83,33 EUR)	0,60 EUR
maßgebliches Nettoarbeitsentgelt	59,90 EUR

Berechnung des Krankengeldes

70 v. H. des maßgeblichen Regelentgelts	58,24 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts	53,91 EUR

## Höhe des Krankengeldes

laufendes (fiktives) Nettoarbeitsentgelt	60,00 EUR
Krankengeld	53,91 EUR

**4.1.2.1.7.2 Nicht kapitalgedeckte betriebliche Altersversorgung (z. B. Pensionskasse)**

Eigenanteile des Arbeitnehmers zur zusätzlichen Alterssicherung (z. B. bestimmte Formen der VBL) sind keine gesetzlichen Abzüge und deshalb bei der Feststellung des Nettoarbeitsentgelts nicht zu berücksichtigen.

Anteile des Arbeitgebers für die Zukunftssicherung der Arbeitnehmer – z. B. Beiträge zur Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) – unterliegen unter bestimmten Voraussetzungen der Steuer- und Beitragspflicht.

Arbeitsentgelt sind alle laufenden und einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch darauf besteht oder in welcher Form sie geleistet werden (vgl. § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV).

Beiträge und Zuwendungen nach § 40b EStG, die zusätzlich zu Löhnen oder Gehältern gewährt werden, soweit der Arbeitgeber die Lohnsteuer mit einem Pauschsteuersatz erheben kann und er die Lohnsteuer nicht nach den Vorschriften des § 39b EStG, § 39c EStG oder § 39d EStG erhebt, sind dem Arbeitsentgelt nicht zuzurechnen. Diese Beiträge und Zuwendungen sind bis zur Höhe von 2,5 v. H. des für ihre Bemessung maßgebenden Entgelts dem Arbeitsentgelt zuzurechnen, wenn die Versorgung mindestens bis zum 21.12.2000 von der Anwendung etwaiger Nettobegrenzungsregelungen eine allgemein erreichbare Gesamtversorgung von mindestens 75 v. H. des gesamtversorgungsfähigen Entgelts und nach dem Eintritt des Versorgungsfalles eine Anpassung nach Maßgabe der Entwicklung der Arbeitsentgelte im Bereich der entsprechenden Versorgungsregelung oder gesetzlicher Versorgungsbezüge vorsieht; die dem Arbeitsentgelt zuzurechnenden Beträge und Zuwendungen vermindern sich um monatlich 13,30 EUR (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Sätze 2 und 3 Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV)).

Der Arbeitgeber hat die auf ihn entfallende Umlage bis zu einem Betrag von monatlich 89,48 Euro pauschal zu versteuern, solange die Pauschalbesteuerung rechtlich möglich ist und soweit sich aus § 37 ATV-K nicht etwas anders ergibt (vgl. § 16 Abs. 2 Tarifvertrag über die zusätzliche Altersvorsorge der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes vom 01.03.2002 – ATV-K –). Für den Versichertenbereich der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) gilt ein pauschal zu versteuernder Betrag von monatlich 92,03 Euro. Den über diese Beträge hinausgehenden Betrag an Umlagen muss der Arbeitnehmer individuell versteuern.

## Höhe des Krankengeldes

## Beispiel 81 – Berechnung des beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelts bei VBL

Das Monatsgehalt ist zugleich das für die Bemessung der Zukunftssicherungsleistungen maßgebende versorgungsfähige Entgelt der VBL. Es ist eine Gesamtversorgung von 75 v. H. und eine jährliche Anpassung vorgesehen. Der Umlagesatz beträgt 7,86 v. H.

Bruttoarbeitsentgelt (zusatzversorgungspflichtig)	3.000,00 EUR
Umlage (7,86 v. H.)	235,80 EUR
– davon vom Arbeitgeber zu tragen (6,45 v. H.)	193,50 EUR
– davon Arbeitnehmerbeitrag (1,41 v. H.)	42,30 EUR

**Ergebnis:**

Vom Teil der Umlage, den der Arbeitgeber zu tragen hat, werden 92,03 EUR pauschal versteuert. Der Restbetrag in Höhe von (193,50 EUR – 92,03 EUR) 101,47 EUR wird individuell versteuert; dieser Anteil gehört daher zum steuer- und beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Der nach der SvEV dem Arbeitsentgelt hinzuzurechnende Anteil (2,5 v. H.) berechnet sich aus einem zusatzversorgungspflichtigen Arbeitsentgelt von

$$(92,03 \text{ EUR} : 6,45 \times 100) 1.426,82 \text{ EUR.}$$

„erzieltes“ Bruttoarbeitsentgelt	3.000,00 EUR
+ individuell zu versteuernder Teil der Umlage	101,47 EUR
= steuerpflichtiges Arbeitsentgelt	3.101,47 EUR
+ Hinzurechnungsbetrag nach § 1 SvEV (2,5 v. H. von 1.426,82 EUR = 35,67 EUR)	22,37 EUR
– Zukunftssicherungsfreibetrag 13,30 EUR)	
= beitragspflichtiges Arbeitsentgelt	3.123,84 EUR

Bei der Berechnung des Krankengeldes sind die beitragspflichtigen Anteile der Leistungen des Arbeitgebers für die Zukunftssicherung des Arbeitnehmers als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen. Somit sind diese auch bei der Ermittlung des Nettoarbeitsentgelts zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass von dem sozialversicherungspflichtigen Bruttoarbeitsentgelt die (vom Arbeitnehmer) zu zahlenden tatsächlichen Steuern sowie die Sozialversicherungsbeiträge abzuziehen sind, die auf Basis des der Beitragsberechnung zugrunde gelegten Bruttoarbeitsentgelts ermittelt wurden. Nach dieser Regelung ergibt sich auch das sozialversicherungsrechtliche Nettoarbeitsentgelt.

## Beispiel 82 – Berechnung des Nettoarbeitsentgelts bei VBL – Fortsetzung vorheriges Beispiel

hier: Steuerklasse I, keine Kinder, keine Kirchensteuer, Beitragssatz Krankenversicherung 14,6 v. H. und Zusatzbeitrag von 0,9 v. H.

## Werte für die Entgeltbescheinigung:

Brutto-Arbeitsentgelt	3.000,00 EUR
+ beitragspflichtiger Hinzurechnungsbetrag aus VBL-Umlage	22,37 EUR
+ individueller steuerpflichtiger Anteil aus VBL-Umlage	101,47 EUR
= sozialversicherungspflichtiges Brutto-Arbeitsentgelt	3.123,84 EUR
– Lohnsteuer (aus 3.101,47 EUR)	459,58 EUR
– Solidaritätszuschlag (aus 3.101,47 EUR)	25,27 EUR
– Kirchensteuer (aus 3.101,47 EUR)	0,00 EUR

## Höhe des Krankengeldes

- SV-Beiträge (aus 3.123,84 EUR)	642,73 EUR
= „sozialversicherungspflichtiges“ Netto-Arbeitsentgelt	1.996,26 EUR

**Ergebnis:**

Die Beiträge des Arbeitnehmers zur zusätzlichen Alterssicherung (hier: 42,30 EUR) sind keine gesetzlichen Abzüge und deshalb bei der Feststellung des Nettoarbeitsentgelts nicht in Abzug zu bringen.

**4.1.2.1.8 Fiktive Nettoarbeitsentgeltberechnung bei Sachbezügen**

Sind im Bruttoarbeitsentgelt Sachbezüge enthalten, ist das Nettoarbeitsentgelt fiktiv (aus Geldleistungen und Sachbezügen) zu ermitteln. Der Wert der Sachbezüge richtet sich nach der SvEV.

Beispiel 83 – Berücksichtigung von Sachbezügen (Dienst-PKW)

Geldleistung	4.000,00 EUR
Dienst-PKW (geldwerter Vorteil)	550,00 EUR
Bruttoarbeitsentgelt	4.550,00 EUR

**Ergebnis:**

Das Nettoarbeitsentgelt ist fiktiv aus 4.550,00 EUR zu berechnen.

Beispiel 84 – Berücksichtigung von anderen Sachbezügen

Geldleistung	4.000,00 EUR
kostenfreie Wohnung auf dem Firmengelände (Werte 2018 nach SvEV)	226,00 EUR
kostenfreies Mittagessen in der Kantine (Werte 2018 nach SvEV)	97,00 EUR
Bruttoarbeitsentgelt	4.323,00 EUR

**Ergebnis:**

Das Nettoarbeitsentgelt ist fiktiv aus 4.323,00 EUR zu berechnen.

**4.1.2.1.9 Fiktive Nettoarbeitsentgeltberechnung im Übergangsbereich**

Für Arbeitnehmer im Übergangsbereich<sup>3</sup> (§ 20 Abs. 2 SGB IV) gelten besondere Regelungen bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen und zur Beitragstragung in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Die besondere Beitragsberechnung wird nicht bei der Krankengeldberechnung berücksichtigt. Daher hat eine fiktive Nettoarbeitsentgeltberechnung auf der Basis der „normalen“ Beitragsberechnung zu erfolgen (§ 47 Abs. 1 Satz 8 SGB V).

<sup>3</sup> Der Begriff „Übergangsbereich“ ersetzt zum 01.07.2019 den bisherigen Begriff „Gleitzone“, s. RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilitätsgesetz.

## Höhe des Krankengeldes

Sofern Einmalzahlungen im Rahmen einer Beschäftigung im Übergangsbereich gezahlt werden, siehe 4.1.3.5 „Einmalzahlungen im Rahmen einer Beschäftigung im Übergangsbereich“.

### 4.1.3 Krankengeldberechnung aus Einmalzahlungen

Das Regelentgelt aus dem laufenden Arbeitsentgelt wird gemäß § 47 Abs. 2 Satz 6 SGB V um den 360. Teil des einmalig gezahlten Arbeitsentgelts erhöht, das in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach § 23a SGB IV der Beitragsberechnung zugrunde gelegen hat (Hinzurechnungsbetrag). Maßgebend für die Ermittlung des Brutto-Hinzurechnungsbetrags ist ausschließlich der in der Krankenversicherung beitragspflichtige Teil der Einmalzahlungen.

Der Brutto-Hinzurechnungsbetrag beträgt stets 1/360 der vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit der Beitragsberechnung unterworfenen Einmalzahlungen. Es ist unerheblich, ob die Versicherung o-der das Beschäftigungsverhältnis volle 12 Kalendermonate bestanden hat.

Das kumulierte Regelentgelt ergibt sich aus dem Regelentgelt des laufenden Arbeitsentgelts zuzüglich des Brutto-Hinzurechnungsbetrags der beitragspflichtigen Einmalzahlung.

Formel 7 – Berechnung kumuliertes Regelentgelt

<b>Regelentgelt kumuliert =</b>	
Regelentgelt <sub>laufend</sub>	+ Hinzurechnungsbetrag <sub>Einmalzahlung</sub>

Das kumulierte Regelentgelt ist auf den kalendertäglichen Betrag der Beitragsbemessungsgrenze (Höchstregelentgelt), die für den Bemessungszeitraum des laufenden Krankengeldes gilt, zu begrenzen.

Beispiel 85 – kumuliertes Regelentgelt

Bruttoarbeitsentgelt	2.400,00 EUR
beitragspflichtige Einmalzahlungen	4.500,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Regelentgelt (2.400,00 EUR : 30 Tage)	80,00 EUR
Brutto-Hinzurechnungsbetrag (4.500,00 EUR : 360)	12,50 EUR
kumuliertes Regelentgelt	92,50 EUR

Das Nettoarbeitsentgelt wird im ersten Schritt ausschließlich aus dem laufenden Arbeitsentgelt ohne Berücksichtigung von Einmalzahlungen ermittelt.



## Höhe des Krankengeldes

Das kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt wird anschließend um einen kalendertäglichen Netto-Hinzurechnungsbetrag erhöht. Hierzu ist gemäß § 47 Abs. 1 Satz 3 SGB V auf den Brutto-Hinzurechnungsbetrag zum Regelentgelt das Verhältnis zwischen dem kalendertäglichen Regelentgeltbetrag und dem kalendertäglichen Nettoarbeitsentgelt anzusetzen.

Für die Ermittlung des Netto-Hinzurechnungsbetrages ist das Höchstregelentgelt unerheblich. Das bedeutet, dass für die Berechnung auch dann das volle Regelentgelt herangezogen wird, wenn es das Höchstregelentgelt übersteigt. Anderenfalls würde die „individuelle Brutto-/Netto-Lohnrelation“ verfälscht mit der Folge, dass der Netto-Hinzurechnungsbetrag zum Nettoarbeitsentgelt zu hoch wäre.

Das Krankengeld beträgt 70 v.H. des kumulierten kalendertäglichen Regelentgelts (§ 47 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Es darf allerdings 90 v.H. des kumulierten kalendertäglichen Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Außerdem darf das Krankengeld gemäß § 47 Abs. 1 Satz 4 SGB V nicht höher sein als das laufende kalendertägliche Nettoarbeitsentgelt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit, also das laufende Nettoarbeitsentgelt ohne Berücksichtigung des Netto-Hinzurechnungsbetrages.

Formel 8 – Berechnung kumuliertes Nettoarbeitsentgelt

<b>Kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt kumuliert =</b> Kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt <sub>laufend</sub> + Hinzurechnungsbetrag <sub>Einmalzahlung</sub>
--

Beispiel 86 – Krankengeldberechnung bei Einmalzahlung

Bruttoarbeitsentgelt (festes Monatsgehalt)	2.250,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt	1.650,00 EUR
beitragspflichtige Einmalzahlungen	4.500,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Regelentgelt (2.250,00 EUR : 30 Tage)	75,00 EUR
Brutto-Hinzurechnungsbetrag (4.500,00 EUR : 360)	12,50 EUR
kumuliertes Regelentgelt	87,50 EUR
Nettoarbeitsentgelt (1.650,00 EUR : 30 Tage)	55,00 EUR
Netto-Hinzurechnungsbetrag (55,00 EUR : 75,00 EUR x 12,50 EUR)	9,17 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	64,17 EUR
70 v. H. des kumulierten Regelentgelts	61,25 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts	57,75 EUR
100 v. H. des Nettoarbeitsentgelts	55,00 EUR
Krankengeld	55,00 EUR

## Höhe des Krankengeldes

**4.1.3.1 Zwölf-Monats-Zeitraum**

Der für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen maßgebende Zeitraum umfasst die letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Der 12-Monats-Zeitraum endet mit dem letzten abgerechneten Kalendermonat, also mit dem Monat, der für die Berechnung des Krankengeldes aus dem laufenden Arbeitsentgelt maßgebend ist.

## Beispiel 87 – Bestimmung des Zwölf-Monats-Zeitraums

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	16.05.
letzter abgerechneter Kalendermonat	April
<b>Ergebnis:</b>	
12-Monats-Zeitraum für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen	01.05. des Vorjahres bis 30.04.

## Beispiel 88 – Bestimmung des Zwölf-Monats-Zeitraums

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	03.05.
letzter abgerechneter Kalendermonat	März
<b>Ergebnis:</b>	
12-Monats-Zeitraum für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen	01.04. des Vorjahres bis 31.03.

§ 47 Abs. 2 Satz 6 SGB V sowie die Gesetzesbegründung nennen keine Tatbestände, die zur Verlängerung der Jahresfrist führen. Daher ist z. B. auch bei zwischenzeitlicher Arbeitslosigkeit oder Familienversicherung des Arbeitsunfähigen immer von einem 12-Monats-Zeitraum auszugehen.

**4.1.3.2 März-Klausel**

Gemäß § 23a Abs. 4 SGB IV ist in der Zeit vom 01.01. bis zum 31.03. eines Jahres einmalig gezahltes Arbeitsentgelt unter bestimmten Voraussetzungen zur Beitragsberechnung dem Vorjahr zuzuordnen. Die Übertragung dieser "März-Klausel" auf die Berücksichtigung der Einmalzahlungen bei der Krankengeldberechnung könnte allerdings dazu führen, dass das Krankengeld rückwirkend neu ermittelt werden müsste. In § 47 Abs. 2 Satz 6 SGB V wird bezüglich der Berücksichtigung der Einmalzahlungen bei der Krankengeldberechnung explizit auf die Verhältnisse vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgestellt. Daher scheidet eine rückwirkende Korrektur auf Grund der Anwendung der "März-Klausel" aus.

Einmalzahlungen sind bei der Krankengeldberechnung nach dem "Zuflussprinzip" zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass der Brutto-Hinzurechnungsbetrag zum Regelentgelt aus allen (teilweise) zur Krankenversicherung beitragspflichtigen Einmalzahlungen, die im 12-Monats-Zeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit ausgezahlt wurden, ermittelt wird.

## Höhe des Krankengeldes

Beispiel 89 – Berücksichtigung Einmalzahlung bei „März-Klausel“

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	16.01.
letzter abgerechneter Kalendermonat	Dezember des Vorjahres
Krankengeld ab	27.02.
Einmalzahlungen mit Anwendung der „März-Klausel“ 15.03. des Vorjahres / 15.03. des laufenden Jahres	
<b>Ergebnis:</b>	
Für die Krankengeldberechnung wird nur die Einmalzahlung aus dem Monat März des Vorjahres berücksichtigt. Die Einmalzahlung aus dem Monat März des laufenden Jahres kann allenfalls bei einer Folge-Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt werden.	

### 4.1.3.3 Arbeitgeber- oder Krankenkassenwechsel

Für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen bei der Krankengeldberechnung stellt § 47 Abs. 2 Satz 6 SGB V nicht ausschließlich auf das aktuelle Beschäftigungs- oder Versicherungsverhältnis ab. Daher sind Arbeitgeber- oder Krankenkassenwechsel innerhalb des 12-Monats-Zeitraums unerheblich.

Daraus folgt, dass ggf. mehrere Arbeitgeber beitragspflichtige Einmalzahlungen zu bescheinigen haben. Aus der Gesamtsumme wird dann der Brutto-Hinzurechnungsbetrag ermittelt. Das erhöhte Krankengeld ist von der für den aktuellen Krankengeldfall zuständigen Krankenkasse zu zahlen. Das gilt auch, wenn die Krankenversicherungsbeiträge aus den zu berücksichtigenden Einmalzahlungen ausnahmslos an eine andere Krankenkasse entrichtet wurden.

Die ehemaligen Arbeitgeber erhalten eine besondere Entgeltbescheinigung (siehe [Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen](#)), da eine Meldung im Rahmen des Datenaustauschs für Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV für ehemalige Arbeitgeber bisher nicht vorgesehen ist.

Werden Einmalzahlungen – ggf. auch nur teilweise – durch den Arbeitgeber vom Beschäftigten zurückgefordert (z. B. bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses), dürfen diese Einmalzahlungen nicht bei der Krankengeldberechnung berücksichtigt werden.

### 4.1.3.4 Freiwillig versicherte Arbeitnehmer

Die Krankengeldberechnung für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer erfolgt ebenfalls nach den Vorgaben des § 47 SGB V. Danach ist für die Berechnung des Krankengeldes gemäß § 47 Abs. 2 Satz 6 SGB V einmalig gezahltes Arbeitsentgelt der letzten 12 Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit nur berücksichtigungsfähig, soweit es der Beitragsberechnung nach § 23a

## Höhe des Krankengeldes

SGB IV zugrunde gelegen hat, wobei § 23a SGB IV auch zur Ermittlung beitragspflichtiger Einnahmen freiwilliger Mitglieder entsprechend gilt (§ 240 Abs. 2 Satz 5 SGB V).

Übersteigt das laufende Arbeitsentgelt eines freiwillig krankenversicherten Arbeitnehmers bereits die Beitragsbemessungsgrenze, ist davon auszugehen, dass die neben dem laufend gezahlten Arbeitsentgelt geleisteten Einmalzahlungen nicht beitragspflichtig sind. Die Einmalzahlungen sind daher bei der Krankengeldberechnung nicht zu berücksichtigen.

Sofern ein freiwillig krankenversicherter Arbeitnehmer mit seinem laufenden Arbeitsentgelt (allein) nicht die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt und die geleistete/n Einmalzahlung/en der Beitragspflicht – teilweise oder vollständig – unterliegt/en, ist der beitragspflichtige Teil der Einmalzahlung/en bei der Krankengeldberechnung zu berücksichtigen.

### 4.1.3.5 Einmalzahlungen im Rahmen einer Beschäftigung im Übergangsbereich

Werden Einmalzahlungen im Rahmen einer Beschäftigung innerhalb des Übergangsbereiches<sup>4</sup> (§ 20 Abs. 2 SGB IV) gezahlt, ist die tatsächliche (nicht die beitragspflichtige) Bruttoeinmalzahlung bei der Krankengeldberechnung zu berücksichtigen (§ 47 Abs. 1 Satz 8 SGB V).

### 4.1.4 Krankengeldberechnung bei Mehrfachbeschäftigten

Übt ein Versicherter mehrere Beschäftigungen aus, die bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit noch bestehen und ist der Versicherte durch die Krankheit in allen Beschäftigungsverhältnissen arbeitsunfähig, ist das Regelentgelt aus den Arbeitsentgelten dieser Beschäftigungen zu berechnen (BSG vom 21.03.1974 – 8 RU 81/73 – und vom 14.11.1974 – 8 RU 216/73). Bei Mehrfachbeschäftigten ist daher das Regelentgelt aus dem aus jeder Beschäftigung erzielten beitragspflichtigen Arbeitsentgelt gesondert entsprechend den Ausführungen in den vorangegangenen Abschnitten zu berechnen.

Dies kann in Einzelfällen sogar dazu führen, dass das Regelentgelt zum einen nach § 47 Abs. 2, zum anderen nach § 47 Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V zu berechnen ist.

Beispiel 90 – Maßgebendes Regelentgelt bei mehreren Beschäftigungen

Monatliche Arbeitsentgelte aus	
Beschäftigung A (versicherungspflichtig)	1.500,00 EUR
Beschäftigung B (geringfügige Beschäftigung 1 – versicherungsfrei – seit 01.01.)	300,00 EUR
Beschäftigung C	325,00 EUR

<sup>4</sup> Der Begriff „Übergangsbereich“ ersetzt zum 01.07.2019 den bisherigen Begriff „Gleitzone“, s. RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilitätsgesetz.

## Höhe des Krankengeldes

(geringfügige Beschäftigung 2 – versicherungspflichtig – seit 01.03.)

Regelentgelt A (1.500,00 EUR : 30 Tage)	50,00 EUR
Regelentgelt B (0,00 EUR : 30 Tage)	0,00 EUR
Regelentgelt C (325,00 EUR : 30 Tage)	10,83 EUR

**Ergebnis:**

Für die Krankengeldberechnung können nur die beitragspflichtigen Arbeitsentgelte berücksichtigt werden. Das Arbeitsentgelt der zuerst aufgenommenen geringfügigen Beschäftigung – demnach der Beschäftigung B – ist beitragsfrei. Aus diesem Grund sind nur die Arbeitsentgelte aus den Beschäftigungen A und C der Krankengeldberechnung zu Grunde zu legen.

Übersteigen die Regelentgelte aus den einzelnen Beschäftigungsverhältnissen zusammen das Höchstregelentgelt, so ist festzustellen, in welcher Relation das Regelentgelt aus den einzelnen Beschäftigungsverhältnissen zum Gesamtregelentgelt steht. Hierbei sind die entsprechend dem maßgeblichen Höchstregelentgelt gekürzten Regelentgelte nach folgender Formel zu ermitteln:

Formel 9 – Berechnung Kürzung Regelentgelte wegen Überschreitens des Höchstregelentgelts

$$\text{Teilregelentgelt}_{\text{gekürzt}} = \frac{\text{Höchstregelentgelt} \times \text{Teilregelentgelt}}{\text{Gesamtregelentgelt}}$$

Beispiel 91 – Maßgebendes Teilregelentgelt bei Überschreiten des Höchstregelentgelts

Regelentgelt A	85,00 EUR
Regelentgelt B	65,00 EUR
Gesamtregelentgelt	150,00 EUR
Höchstregelentgelt in der Krankenversicherung (2018)	147,50 EUR

**Ergebnis:**

Die Regelentgelte betragen

Regelentgelt A	$\frac{147,50 \text{ EUR} \times 85,00 \text{ EUR}}{150,00 \text{ EUR}}$	=	83,58 EUR
Regelentgelt B	$\frac{147,50 \text{ EUR} \times 65,00 \text{ EUR}}{150,00 \text{ EUR}}$	=	63,92 EUR

Das Gesamtregelentgelt von 150,00 EUR > 147,50 EUR, das Regelentgelt wird daher begrenzt auf das Höchstregelentgelt in der Krankenversicherung (2018).

147,50 EUR

Beispiel 92 – Berechnung Krankengeld bei Mehrfachbeschäftigung

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	20.03.
letzter abgerechneter Kalendermonat	Februar
12-Monats-Zeitraum für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen	01.03. des Vorjahres bis 28.02.

## Höhe des Krankengeldes

<b>Beschäftigung A</b>	
Bruttoarbeitsentgelt	1.950,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt	1.200,00 EUR
beitragspflichtige Einmalzahlungen	1.950,00 EUR
<b>Beschäftigung B</b>	
Bruttoarbeitsentgelt	2.100,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt	1.350,00 EUR
beitragspflichtige Einmalzahlungen	2.100,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
<u>Berechnung Teilregelentgelte</u>	
<b>Beschäftigung A</b>	
Regelentgelt (1.950,00 EUR : 30 Tage)	65,00 EUR
Brutto-Hinzurechnungsbetrag (1.950,00 EUR : 360)	5,42 EUR
kumuliertes Regelentgelt	70,42 EUR
<b>Beschäftigung B</b>	
Regelentgelt (2.100,00 EUR : 30 Tage)	70,00 EUR
Brutto-Hinzurechnungsbetrag (2.100,00 EUR : 360)	5,83 EUR
kumuliertes Regelentgelt	75,83 EUR
<b>kumulierte Regelentgelte gesamt</b>	
(kumuliertes Regelentgelt A + kumuliertes Regelentgelt B (70,42 EUR + 75,83 EUR)	146,25 EUR
Höchstregelentgelt (2018)	147,50 EUR
Regelentgelt gesamt (147,50 EUR > 146,25 EUR)	146,25 EUR
<u>Berechnung Nettoarbeitsentgelt</u>	
<b>Beschäftigung A</b>	
Nettoarbeitsentgelt (1.200,00 EUR : 30 Tage)	40,00 EUR
Netto-Hinzurechnungsbetrag (40,00 EUR : 65,00 EUR x 5,42 EUR)	3,34 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	43,34 EUR
<b>Beschäftigung B</b>	
Nettoarbeitsentgelt (1.350,00 EUR: 30 Tage)	45,00 EUR
Netto-Hinzurechnungsbetrag (45,00 EUR : 70,00 EUR x 5,83 EUR)	3,75 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	48,75 EUR
<u>Berechnung Krankengeld</u>	
<b>Beschäftigung A</b>	
70 v. H. des Regelentgelts (70,42 EUR)	49,29 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts (43,34 EUR)	39,01 EUR
Krankengeld Beschäftigung A	39,01 EUR
<b>Beschäftigung B</b>	
70 v. H. des Regelentgelts (75,83 EUR)	53,08 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts (48,75 EUR)	43,88 EUR

## Höhe des Krankengeldes

Krankengeld Beschäftigung B	43,88 EUR
Krankengeld gesamt	
KG Beschäftigung A + KG Beschäftigung B (39,01 EUR + 43,88 EUR)	82,89 EUR
100 v. H. des laufenden Nettoarbeitsentgelts aus A + B (40,00 EUR + 45,00 EUR)	85,00 EUR
Die Höchstgrenze von 100 v. H. des laufenden Nettoarbeitsentgelts wird nicht erreicht.	

Die beitragspflichtigen Einmalzahlungen aus einem beendeten Beschäftigungsverhältnis werden für die Berechnung des Brutto-Hinzurechnungsbetrags den Arbeitsentgelten aus aktuell bestehenden Beschäftigungsverhältnis[sen] anteilig hinzugerechnet.

## Beispiel 93 – Berücksichtigung Einmalzahlung eines vorherigen Arbeitgebers

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	21.03.
letzter abgerechneter Kalendermonat	Februar
12-Monats-Zeitraum für die Berücksichtigung der Einmalzahlungen	01.03. des Vorjahres bis 28.02. 31.12. des Vorjahres
Beschäftigung A endete am beitragspflichtige Einmalzahlung Beschäftigung A im Dezember des Vorjahres	6.000,00 EUR
Beschäftigung B	
Bruttoarbeitsentgelt	1.950,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt	1.200,00 EUR
keine Einmalzahlung	0,00 EUR
Beschäftigung C	
Bruttoarbeitsentgelt	2.100,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt	1.350,00 EUR
keine Einmalzahlung	0,00 EUR
Aufteilung der Einmalzahlung aus Beschäftigung A	
Anteil Beschäftigung B (6.000,00 EUR x 1.950,00 EUR : 4.050,00 EUR)	2.888,89 EUR
Anteil Beschäftigung C (6.000,00 EUR x 2.100,00 EUR : 4.050,00 EUR)	3.111,11 EUR
Beschäftigung B	
Regelentgelt (1.950,00 EUR : 30 Tage)	65,00 EUR
Hinzurechnungsbetrag (2.888,89 EUR : 360)	8,02 EUR
kumuliertes Regelentgelt	73,02 EUR
Beschäftigung C	
Regelentgelt (2.100,00 EUR : 30 Tage)	70,00 EUR
Hinzurechnungsbetrag (3.111,11 EUR : 360)	8,64 EUR
kumuliertes Regelentgelt	78,64 EUR
Kumulierte Regelentgelte gesamt	151,66 EUR

## Höhe des Krankengeldes

Höchstregelentgelt (2018)	147,50 EUR
Regelentgelt B (147,50 EUR x 73,02 EUR : 151,66 EUR)	71,02 EUR
Regelentgelt C (147,50 EUR x 78,64 EUR : 151,66 EUR)	76,48 EUR
Regelentgelt gesamt	147,50 EUR
<u>Berechnung Nettoarbeitsentgelt</u>	
Beschäftigung B	
Nettoarbeitsentgelt (1.200,00 EUR : 30 Tage)	40,00 EUR
Netto-Hinzurechnungsbetrag (40,00 EUR : 65,00 EUR x 8,02 EUR)	4,94 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	44,94 EUR
Beschäftigung C	
Nettoarbeitsentgelt (1.350,00 EUR : 30 Tage)	45,00 EUR
Netto-Hinzurechnungsbetrag (45,00 EUR : 70,00 EUR x 8,64 EUR)	5,55 EUR
kumuliertes Nettoarbeitsentgelt	50,55 EUR
<u>Berechnung Krankengeld</u>	
Beschäftigung B	
70 v. H. des Regelentgelts (71,02 EUR)	49,71 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts (44,94 EUR)	40,45 EUR
Krankengeld	40,45 EUR
Beschäftigung C	
70 v. H. des Regelentgelts (76,48 EUR)	53,54 EUR
90 v. H. des kumulierten Nettoarbeitsentgelts (50,55 EUR)	45,50 EUR
Krankengeld	45,50 EUR
Krankengeld gesamt	
KG Beschäftigung B + KG Beschäftigung C (40,45 EUR + 45,50 EUR)	85,95 EUR
100 v. H. des laufenden Nettoarbeitsentgelts aus den Beschäftigungen B und C (40,00 EUR + 45,00 EUR)	85,00 EUR
Krankengeld	85,00 EUR
Das Krankengeld ist auf 100 v. H. des laufenden Nettoarbeitsentgelts zu kürzen.	

#### 4.1.5 Krankengeldberechnung bei Arbeitsunfähigkeit während der Familienpflegezeit

Arbeitnehmer können mit ihrem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit nach dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) vereinbaren. Voraussetzung ist, dass für die Dauer von höchstens zwei Jahren die wöchentliche Arbeitszeit bis zu einem Mindestumfang von 15 Stunden zur häuslichen Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen (mindestens Pflegegrad 1) reduziert wird (Pflegephase). Gleiches gilt auch, wenn Arbeitnehmer einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. "Nahe Angehörige" in diesem Sinne sind die in § 7 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 FPfZG genannten Personen.

Während der reduzierten Arbeitszeit in der Pflegephase haben Arbeitnehmer einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen oder Aufstockung des Arbeitsentgelts über Wertguthaben.



## Höhe des Krankengeldes

### 4.1.5.1 Zinsloses Darlehen

Arbeitnehmer haben während der reduzierten Arbeitszeit in der Pflegephase einen Rechtsanspruch auf ein zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA), welches maximal die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettoarbeitsentgelts abdeckt. Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt. Betroffene haben das Darlehen beim BAFzA zu beantragen und müssen es nach dem Ende der Familienpflegezeit ebenfalls in Raten wieder zurückzahlen.

Beansprucht der Arbeitnehmer während der Pflegephase ein zinsloses Darlehen, wird dieses grundsätzlich auch während der Zeit der Erkrankung vom BAFzA fortgezahlt. Das Krankengeld ist daher nur aus dem ausgefallenen Arbeitsentgelt zu berechnen.

### 4.1.5.2 Aufstockung durch Wertguthaben

Arbeitnehmer und Arbeitgeber können auch eine Aufstockung des Arbeitsentgelts über Wertguthaben vereinbaren (z. B. Verringerung der Arbeitszeit von 100 % auf 50 % bei einem Gehalt von 75 % des letzten Bruttoeinkommens). Der Versicherte erhält dann während der reduzierten Arbeitszeit in der Pflegephase eine Aufstockung des Arbeitsentgelts, entweder aus einem vorhandenen Wertguthaben oder als negatives Wertguthaben. Ein negatives Wertguthaben wird in der Nachpflegephase wieder erarbeitet (z. B. Arbeitnehmer arbeitet wieder voll, bekommt aber weiterhin nur 75 % des Bruttoarbeitsentgelts bis der Vorschuss nachgearbeitet ist).

Die positiven sowie negativen Wertguthaben im Rahmen der Familienpflegezeit sind bei der Berechnung des Krankengeldes entsprechend der Regelung für das Wertguthaben für flexible Arbeitszeitregelungen zu berücksichtigen. Krankengeld darf nur auf der Basis des tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelts berechnet werden.

Vereinbart der Versicherte demnach mit seinem Arbeitgeber die Inanspruchnahme eines Wertguthabens, wird in der eigentlichen Pflegephase Arbeitsentgelt gezahlt, welches jedoch teilweise noch nicht erarbeitet wurde. Dieses nur darlehensweise als negatives Wertguthaben gewährte Arbeitsentgelt unterliegt der Beitragspflicht und ist daher bei der Ermittlung des Regelentgelts zu berücksichtigen. Das Krankengeld ruht jedoch für die Zeit der Freistellung ggf. in Höhe des Wertguthabens (siehe [6.6 „Flexible Arbeitszeitregelungen“](#)). Im Anschluss an die Pflegephase darf Krankengeld entsprechend nur aus dem tatsächlich gezahlten Entgelt berechnet werden.

Siehe [3.1.3.4.1 „Aufstockungsbeträge“](#).

## Höhe des Krankengeldes

### 4.2 Höhe des Krankengeldes aus Arbeitseinkommen

Das Krankengeld beträgt 70 % des aus dem Arbeitseinkommen ermittelten Regelentgelts. Basis für die Höhe des Regelentgelts ist der kalendertägliche Betrag des Arbeitseinkommens, welches für die Beitragsbemessung herangezogen worden ist.

Eine Besonderheit besteht jedoch dann, wenn das tatsächliche Arbeitseinkommen die Mindestbemessungsgrenze unterschreitet. In diesen Fällen kann das Krankengeld nicht in Höhe der Mindestbemessungsgrenze gezahlt werden, weil das Krankengeld als Entgeltersatzleistung nur den tatsächlichen Ausfall ersetzen darf. Das Krankengeld wird demnach aus dem tatsächlich erzielten Arbeitseinkommen berechnet, auch wenn tatsächlich für ein höheres Einkommen Beiträge abgeführt worden sind. Gleiches gilt auch, wenn der Höchstbeitrag nur wegen fehlender Einkommensnachweise festgelegt wurde. In diesem Fall gilt die Vermutung als widerlegt, dass die Beitragseinstufung die tatsächlichen Verhältnisse ordnungsgemäß widerspiegelt. Auch hier ist das tatsächliche Arbeitseinkommen zu ermitteln (BSG vom 14.12.2006 – B 1 KR 11/06 R).

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz wurden Neuregelungen bei der Verbeitragung der Arbeitseinkommen eingeführt. Eine Veränderung der Höhe des beitragspflichtigen Arbeitseinkommens hätte daher grundsätzlich auch Auswirkungen auf die Höhe des Krankengeldes.

Bisher wurde die Höhe der Beiträge anhand des bisherigen Steuerbescheides für die Zukunft festgelegt. Auf Basis der folgenden Steuerbescheide wurde der Beitrag jeweils mit Wirkung für die Zukunft angepasst. Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz wird nunmehr festgelegt, dass zukünftig die Höhe des der Beitragspflicht unterliegendem Arbeitseinkommens nur noch vorläufig festgesetzt wird und auf Basis des Steuerbescheides für dieses Kalenderjahr nachträglich korrigiert wird.

Die gesetzliche Neuregelung im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz führt zwar nachträglich zu einer beitragsrechtlichen Korrektur, jedoch nicht zu einer Anpassung des Krankengeldes (siehe auch Gesetzesbegründung zu § 240 SGB V, BT-Drs 18/11205). Hintergrund ist, dass gesetzlich für die Berechnung des Krankengeldes nach § 47 Absatz 4 Satz 2 SGB V als Regelentgelt der kalendertägliche Betrag gilt, der zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsbemessung aus Arbeitseinkommen maßgebend war. Damit ist das Regelentgelt, das zuletzt vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Krankengeldberechnung maßgeblich war, unabhängig von Beitragsnachberechnungen nach dem neuen § 240 Abs. 4a Satz 3 SGB V endgültig festzustellen. Durch die gesetzliche Formulierung „war“ wird sichergestellt, dass sowohl eine Erhöhung des Krankengeldes wegen des Nachweises eines höheren Einkommens, wie auch eine Reduktion des Krankengeldes, im Vergleich zur ursprünglichen Feststellung, weiter ausgeschlossen bleiben.

## Höhe des Krankengeldes

Dabei wird berücksichtigt, dass der Versicherte typischerweise zur Sicherung seines Lebensunterhalts auf das Krankengeld angewiesen ist und die Bewilligung zeitnah zum Ausfall des zu ersetzenden Einkommens erfolgen muss. Dem wird Rechnung getragen, wenn als Regelentgelt auf die zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit maßgeblich gewesene Beitragsbemessungsgrundlage und damit auf diejenigen Verhältnisse im aktuellen Versicherungsverhältnis abgestellt wird, die anhand einfach festzustellender Tatsachen rasch und verwaltungspraktikabel ermittelt werden können. Dies trägt der Funktion des Krankengeldes Rechnung, den Entgeltersatz bei vorübergehendem Verlust der Arbeitsfähigkeit sicherzustellen.

## Beispiel 94 – Bestimmung des maßgebenden Regelentgelts

1/12 des jährlichen Arbeitseinkommens	900,00 EUR
Mindestbetrag für Beitragsberechnung (2017)	2.231,25 EUR (kalendertäglich 74,38 EUR)
<b>Ergebnis:</b>	
Regelentgelt (900,00 : 30 Tage)	30,00 EUR
Grundlage für die Berechnung des Regelentgelts ist das tatsächliche monatliche Arbeitseinkommen. Die Höhe des Mindestbetrages für die Beitragsberechnung ist unerheblich.	

## Beispiel 95 – Maßgebendes Regelentgelt bei nachträglicher Beitragsfestsetzung

Fortsetzung <a href="#">Beispiel 94 – Bestimmung des maßgebenden Regelentgelts</a>	
Mit Schreiben vom 31.05.2020 wird der Steuerbescheid für das Jahr 2018 zur endgültigen Festsetzung des Beitrages eingereicht.	
1/12 des tatsächlichen jährlichen Arbeitseinkommens	1.000,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Vorheriges Regelentgelt (900,00 EUR : 30 Tage)	30,00 EUR
Grundlage für die Berechnung des Regelentgelts bleibt unverändert das beitragspflichtige Arbeitseinkommen, welches vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit maßgebend war. Eventuelle Erhöhungen oder Verringerungen des Arbeitseinkommens haben keine Auswirkung auf die Höhe des Krankengeldes.	

## Beispiel 96 – Regelentgelt bei fehlendem Arbeitseinkommen

1/12 des jährlichen Arbeitseinkommens	0,00 EUR
Mindestbetrag für Beitragsberechnung (2017)	2.231,25 EUR (kalendertäglich 74,38 EUR)
<b>Ergebnis:</b>	
Regelentgelt	0,00 EUR
Aufgrund des fehlenden Arbeitseinkommens besteht kein Anspruch auf Krankengeld.	

## Beispiel 97 – Regelentgelt bei Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung

Monatliche Einnahmen aus Vermietung	1.000,00 EUR
1/12 des jährlichen Arbeitseinkommens	2.000,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	

## Höhe des Krankengeldes

Regelentgelt (2.000,00 EUR : 30 Tage)	66,67 EUR
Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung werden nicht bei der Berechnung des Regelentgelts berücksichtigt.	

### Beispiel 98 – Regelentgelt bei Überschreiten des Höchstregelentgelts

Monatliche Einnahmen aus Vermietung	500,00 EUR
1 / 12 des jährlichen Arbeitseinkommens	4.500,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Regelentgelt (4.500,00 EUR : 30 Tage)	150,00 EUR
Höchstregelentgelt (2017)	145,00 EUR
Das Arbeitseinkommen wird nur bis zur Grenze des Höchstregelentgelts berücksichtigt.	

## 4.3 Höhe des Krankengeldes für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das Krankengeld beträgt 70 v. H. des der Beitragsberechnung aus Übergangsgeld zugrunde gelegten Regelentgelts (siehe [3.2.2.4 „Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“](#)).

### Beispiel 99 – Berechnung Krankengeld nach Bezug von Übergangsgeld

Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld	80,00 EUR
Beitragsbemessungsgrundlage (80 v. H. der Berechnungsgrundlage – § 235 Abs. 1 SGB V)	64,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Regelentgelt für Krankengeldberechnung	64,00 EUR
Brutto-Krankengeld (70 v. H. vom Regelentgelt)	44,80 EUR
Ein Nettoarbeitsentgeltvergleich findet nicht statt.	
Siehe auch <a href="#">Beispiel 72 – Berechnung Regelentgelt nach Bezug von Übergangsgeld</a>	

Die Ausführungen gelten analog für Bezieher von Anschluss-Übergangsgeld nach § 71 Abs. 4 SGB IX.

## 4.4 Höhe des Krankengeldes für Versicherte nach dem KVLG 1989

Zur den Besonderheiten bei der Höhe des Krankengeldes wird auf [3.2.3 „Versicherte nach dem KVLG 1989“](#) verwiesen.

Zahlung des Krankengeldes

## 5. Zahlung des Krankengeldes

**BEISPIEL 88 – ENTGELTFORTZAHLUNGSENDE IM LAUFENDEN MONAT MIT 30 TAGEN ..... 154**

*Beispiel 89 – Entgeltfortzahlungsende im laufenden Monat mit 31 Tagen ..... 154*

*Beispiel 90 – Entgeltfortzahlungsende am Ende des Monats ..... 154*

*Beispiel 91 – Entgeltfortzahlungsende am Ende des Monats (Besonderheit Februar)..... 154*

*Beispiel 92 – Entgeltfortzahlungsende am Beginn eines Monats ..... 154*

*Beispiel 93 – Entgeltfortzahlungsende am Beginn eines Monats (Besonderheit Februar) ..... 155*

*Beispiel 94 – Nahtloser Anschluss unterschiedlicher Entgeltersatzleistungen ..... 155*

## Zahlung des Krankengeldes

Das Krankengeld wird für Kalendertage gezahlt.

§ 47 Abs. 1 Satz 7 SGB V schreibt vor, dass der Monat mit 30 Tagen anzusetzen ist, wenn das Krankengeld für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen ist. Diese Vorschrift stellt darauf ab, dass die Zahlung für einen vollen Monat erfolgt. Ist ein Monat nicht voll mit Krankengeld belegt, sind die restlichen Kalendertage des betreffenden Monats anzusetzen.

## Beispiel 100 – Entgeltfortzahlungsende im laufenden Monat mit 30 Tagen

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	15.10.
Entgeltfortzahlung bis	25.11.
<b>Ergebnis:</b>	
Das Krankengeld wird für den Zeitraum vom 26.11. – 30.11. für 5 Kalendertage gezahlt.	

## Beispiel 101 – Entgeltfortzahlungsende im laufenden Monat mit 31 Tagen

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	15.09.
Entgeltfortzahlung bis	26.10.
<b>Ergebnis:</b>	
Das Krankengeld wird für den Zeitraum vom 27.10. – 31.10. für 5 Kalendertage gezahlt.	

## Beispiel 102 – Entgeltfortzahlungsende am Ende des Monats

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	20.11.
Entgeltfortzahlung bis	31.12.
<b>Ergebnis:</b>	
Das Krankengeld wird im Januar für 30 Kalendertage gezahlt.	

## Beispiel 103 – Entgeltfortzahlungsende am Ende des Monats (Besonderheit Februar)

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	21.12.
Entgeltfortzahlung bis	31.01.
<b>Ergebnis:</b>	
Das Krankengeld wird im Februar für 30 Kalendertage gezahlt.	

## Beispiel 104 – Entgeltfortzahlungsende am Beginn eines Monats

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	21.11.
Entgeltfortzahlung bis	01.01.
<b>Ergebnis:</b>	
Das Krankengeld wird im Januar für 30 Kalendertage gezahlt.	

## Zahlung des Krankengeldes

Beispiel 105 – Entgeltfortzahlungsende am Beginn eines Monats (Besonderheit Februar)

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	22.12.
Entgeltfortzahlung bis	01.02.
<b>Ergebnis:</b>	
Das Krankengeld wird im Februar für 27 Kalendertage (im Schaltjahr für 28 Tage) gezahlt.	

Ist während eines vollen Kalendermonats oder für einzelne Tage des Kalendermonats, z. B. bei einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, wegen Ruhens- oder Kürzungsvorschriften Krankengeld nicht in voller Höhe gezahlt worden und wird dadurch für jeden Tag des Monats mindestens ein Bruchteil des Krankengeldes gezahlt, so ist von einem vollen Kalendermonat (Krankengeld für 30 Tage) auszugehen.

Wird Krankengeld direkt im Anschluss an Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt, gilt § 65 Abs. 7 SGB IX. Das Krankengeld ist in diesen Fällen noch für so viele Kalendertage zu zahlen, wie an der Bezugsdauer von 30 Tagen fehlen. Beim Zusammentreffen mit Mutterschaftsgeld in Höhe des Nettoarbeitsentgelts ist § 47 Abs. 1 Satz 7 SGB V / § 65 Abs. 7 SGB IX jedoch nicht anzuwenden.

Beispiel 106 – Nahtloser Anschluss unterschiedlicher Entgeltersatzleistungen

Verletztengeld	01.01. – 30.01.
Krankengeld	31.01. – 01.03.
<b>Ergebnis:</b>	
Im Januar wird kein Krankengeld gezahlt.	
Im Februar wird das Krankengeld für 30 Kalendertage gezahlt.	
Im März wird das Krankengeld für 1 Kalendertag gezahlt.	

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

## 6. Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

<b>6.1</b>	<b>WEITERBEZUG VON ARBEITSENTGELT UND ARBEITSEINKOMMEN.....</b>	<b>158</b>
6.1.1	ARBEITSENTGELT/ARBEITSEINKOMMEN 158	
6.1.1.1	ARBEITSENTGELT 158	
6.1.1.1.1	AUSZUBILDENDE 159	
6.1.1.1.2	BESCHÄFTIGUNG FÜR DIE DAUER EINES KÜNDIGUNGSSCHUTZPROZESSES 160	
6.1.1.1.3	HEIMARBEITER 161	
	<i>Beispiel 109 – Anspruch auf Entgeltfortzahlung während der Heimarbeit.....</i>	<i>161</i>
	<i>Beispiel 110 – Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt .....</i>	<i>161</i>
6.1.1.2	ARBEITSEINKOMMEN 162	
6.1.2	LEISTUNGEN DES ARBEITGEBERS WÄHREND DES KRANKENGELDBEZUGES 162	
	<i>Beispiel 111 – Zuschuss des Arbeitgebers unter der Freigrenze (Beitragsätze 2018) .....</i>	<i>162</i>
	<i>Beispiel 112 – Zuschuss des Arbeitgebers oberhalb der Freigrenze (Beitragsätze 2018)...</i>	<i>163</i>
	<i>Beispiel 113 – Gegenrechnung zum Beispiel 112 – Zuschuss des Arbeitgebers oberhalb der Freigrenze.....</i>	<i>164</i>
	<i>Beispiel 114 – Arbeitsentgelt bei Stufenweiser Wiedereingliederung (Beitragsätze 2018)..</i>	<i>164</i>
6.1.3	SPERRZEIT/URLAUBSABGELTUNG/ENTLASSUNGSENTSCHÄDIGUNG 165	
	<i>Beispiel 115 – Krankengeldanspruch bei Entlassungsentschädigung.....</i>	<i>166</i>
6.1.4	VERZICHT DES ARBEITGEBERS AUF DIE ARBEITSLEISTUNG 166	
<b>6.2</b>	<b>ELTERNZEIT.....</b>	<b>166</b>
<b>6.3</b>	<b>BEZUG VON ANDEREN ENTGELTERSATZLEISTUNGEN.....</b>	<b>167</b>
6.3.1	ÜBERGANGSGELD 167	
	<i>Beispiel 116 – Krankengeld-Spitzbetrag bei Übergangsgeld aus dem Mindestbeitrag RV... 169</i>	
<b>6.4</b>	<b>VERSÄTETE MELDUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT.....</b>	<b>170</b>
	<i>Beispiel 117 – Rechtzeitige Vorlage der AU bei Erstbescheinigung .....</i>	<i>170</i>
	<i>Beispiel 118 – Verspätete Vorlage der AU bei Erstbescheinigung.....</i>	<i>170</i>
	<i>Beispiel 119 – Rechtzeitige Vorlage der AU bei Folgebescheinigung.....</i>	<i>171</i>
	<i>Beispiel 120 – Verspätete Vorlage der AU bei Folgebescheinigung .....</i>	<i>171</i>
<b>6.5</b>	<b>VERSÄTETE FESTSTELLUNG DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT.....</b>	<b>171</b>
	<i>Beispiel 121 – Ruhen bei längerer verspäteter Feststellung .....</i>	<i>172</i>
	<i>Beispiel 122 – Ruhen bei verspäteter Feststellung &gt; Wochenende.....</i>	<i>172</i>
	<i>Beispiel 123 – Ruhen bei verspäteter Feststellung &gt; Wochenende und verspäteter Vorlage ohne Beschäftigung .....</i>	<i>173</i>
	<i>Beispiel 124 – Ruhen bei verspäteter Feststellung &gt; 1 Monat ohne Beschäftigung .....</i>	<i>173</i>
<b>6.6</b>	<b>FLEXIBLE ARBEITSZEITREGELUNGEN.....</b>	<b>173</b>



## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

6.6.1	FREISTELLUNGSPHASE	173
	<i>Beispiel 125 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase</i>	174
	<i>Beispiel 126 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase</i>	174
	<i>Beispiel 127 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase</i>	175
	<i>Beispiel 128 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase mit unverändertem Beginn ...</i>	175
6.6.2	ARBEITGEBERZAHLUNGEN	175
6.6.2.1	ARBEITSUNFÄHIGKEIT VOR DER ARBEITSPHASE DER FLEXIBLEN ARBEITSZEITREGELUNG	176
6.6.2.2	ARBEITSUNFÄHIGKEIT WÄHREND DER ARBEITSPHASE DER FLEXIBLEN ARBEITSZEITREGELUNG	176
	<i>Beispiel 129 – Krankengeld- und Sachbezug während der Arbeitsphase</i>	176
6.6.2.3	AUFSTOCKUNGSBETRÄGE WÄHREND DER ALTERSTEILZEIT	177
<b>6.7</b>	<b>FAMILIENPFLEGEZEIT</b>	<b>177</b>
<b>6.8</b>	<b>UNSTÄNDIG/KURZZEITIG BESCHÄFTIGTE</b>	<b>177</b>
<b>6.9</b>	<b>AUSLANDSAUFENTHALT</b>	<b>177</b>
6.9.1	EINTRITT EINER ARBEITSUNFÄHIGKEIT WÄHREND AUSLANDSAUFENTHALT	178
6.9.2	AUSLANDSAUFENTHALT NACH EINTRITT DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT	178
<b>6.10</b>	<b>GESETZLICHE DIENSTPFLICHT ODER FREIWILLIGER WEHRDIENST</b>	<b>179</b>
<b>6.11</b>	<b>TEILNEHMER AN FREIWILLIGENDIENSTEN</b>	<b>180</b>
<b>6.12</b>	<b>HEILFÜRSORGE</b>	<b>180</b>
<b>6.13</b>	<b>FREIHEITSENTZIEHENDE MAßNAHMEN</b>	<b>180</b>
<b>6.14</b>	<b>BEITRAGSSCHULDNER DER KÜNSTLERSOZIALKASSE</b>	<b>181</b>
<b>6.15</b>	<b>BEITRAGSSCHULDNER NACH DEM SGB V</b>	<b>182</b>

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

Die Ruhensvorschriften des § 49 SGB V gelten für alle Versicherten ohne Rücksicht darauf, ob die Mitgliedschaft auf Versicherungspflicht oder freiwilliger Versicherung beruht.

### 6.1 Weiterbezug von Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen

Der Anspruch auf Krankengeld ruht, soweit (Höhe) und solange (Zeitraum) der Versicherte während der Krankheit laufendes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

#### 6.1.1 Arbeitsentgelt/Arbeitseinkommen

##### 6.1.1.1 Arbeitsentgelt

Zum Begriff Arbeitsentgelt im Sinne des § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wird auf die Ausführungen unter [3.1.1.1.2 „Arbeitsentgelt“](#) verwiesen.

Nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V kann die Ruhenswirkung nur von laufendem Arbeitsentgelt ausgehen. Dies gilt insbesondere für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Das Arbeitsentgelt muss mit dem Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit in Beziehung stehen. Das ist aber nur dann der Fall, wenn es sich um Arbeitsentgelt handelt, von dem von vornherein feststeht, dass es während der Krankheit für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit gezahlt wird, so dass der Anspruch auf Krankengeld mit dem Bezug von Arbeitsentgelt zusammenfällt. Zeitversetzt gezahlte variable Arbeitsentgeltbestandteile, die während des Bezuges von Krankengeld ausgezahlt werden, lösen keine Ruhenswirkung aus. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führt ebenfalls nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs. Dies gilt auch dann, wenn die Einmalzahlung beitragspflichtig ist.

Endet das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis eines arbeitsunfähig erkrankten Arbeitnehmers, dann bleibt seine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung bei fortdauernder nahtlos nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit (§ 46 Satz 2 SGB V) wegen des Anspruchs auf Krankengeld nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erhalten (siehe [2.1.1.1.9 „Fortbestand einer Mitgliedschaft nach § 192 SGB V“](#)). Das Krankengeld ruht nach wortgetreuer Auslegung des § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nur, soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt erhalten.

Tritt die Arbeitsunfähigkeit erst nach dem sozialversicherungsrechtlichen Ende des Beschäftigungsverhältnisses ein, so besteht nur dann bei Erfüllung der weiteren Voraussetzungen ein Krankengeldanspruch im Rahmen des § 19 Abs. 2 SGB V, wenn weder eine Familienversicherung noch eine Versicherung im Rahmen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGBV oder § 188 Abs. 4 Satz 3 SGB V vorrangig durchzuführen ist (siehe [2.1.1.1.8 „Nachgehender Leistungsanspruch \(§ 19 Abs. 2](#)

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

SGB V)“). Auch hier ist das Ruhen des Krankengeldanspruchs wegen der Fortzahlung des Arbeitsentgelts bis zum rechtlichen Ende des Arbeitsverhältnisses zu beachten.

### 6.1.1.1.1 Auszubildende

Für Auszubildende ruht der Anspruch auf Krankengeld ebenfalls für die Dauer, für die sie weiterhin Arbeitsentgelt aufgrund ihres Ausbildungsverhältnisses erhalten (siehe 6.1.1.1 „Arbeitsentgelt“).

Für die Beurteilung, wie lange der Anspruch auf Krankengeld im konkreten Arbeitsunfähigkeitsfall ruht, ist jedoch danach zu unterscheiden, ob für die Fortzahlung des Arbeitsentgelts das Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) oder das Berufsbildungsgesetz (BBiG) Anwendung findet.

Für Auszubildende, deren Ausbildung vorwiegend betrieblich organisiert ist, findet das BBiG Anwendung (Beschluss des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 27.01.1983 – GmS–OGB 2/82). Hiernach ist nach § 19 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b BBiG den Auszubildenden die Vergütung bis zu 6 Wochen je Verhinderungsfall fortzuzahlen, wenn sie aus einem sonstigen, in ihrer Person liegenden Grund unverschuldet verhindert sind und daher ihre Pflichten aus dem Berufsausbildungsverhältnis nicht erfüllen können. Dies gilt insofern auch bei einer Arbeitsunfähigkeit. Dieser Anspruch auf Fortzahlung der Ausbildungsvergütung ist durch den Ausbildungsvertrag nicht abdingbar (vgl. § 25 BBiG).

Für Auszubildende, deren Ausbildung nicht vorwiegend betrieblich organisiert ist (Beschluss des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes vom 27.01.1983 – GmS–OGB 2/82), oder für die die Anwendung des BBiG aufgrund von gesetzlichen Regelungen (z. B. durch das Hebammengesetz oder Pflegeberufereformgesetz) ausgeschlossen ist, findet hingegen das BBiG keine Anwendung. Daher gelten hier regelmäßig die Regelungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes, es sei denn Einzelarbeits- oder Tarifverträge regeln etwas Anderes.

Bei der Beurteilung, ob das BBiG im Einzelfall anzuwenden ist oder nicht, kann das Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIBB) Hilfestellung geben. Danach ist das BBiG grundsätzlich bei den Ausbildungsgängen im Gesundheits- und Sozialbereich, die entweder durch Berufsgesetze (s. Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe, Abschnitt 2.2.1 „Bundesrechtliche Ausbildungsregelungen für Berufe im Gesundheitswesen und in der Altenpflege“) oder landesrechtlich geregelt sind (s. Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe, Abschnitt 2.2.2 „Landesrechtlich geregelte Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen sowie sozialpflegerische und sozialpädagogische Berufe“) ausgeschlossen.“

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

#### 6.1.1.1.2 Beschäftigung für die Dauer eines Kündigungsschutzprozesses

Während der Dauer der Beschäftigung aufgrund des Kündigungsschutzprozesses besteht weiterhin ein Anspruch auf Krankengeld, sofern auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden (siehe [2.1.1.1.1.8 „Beschäftigung für die Dauer eines Kündigungsschutzprozesses“](#)).

In diesen Zusammenhang sind jedoch Besonderheiten beim Ruhen des Krankengeldes zu beachten, weil der Kündigungsschutzprozess Auswirkungen auf die Dauer der Entgeltfortzahlung haben kann.

Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung endet grundsätzlich erst mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Arbeitsrechtlich handelt es sich bei einer Beschäftigung im Rahmen eines Kündigungsschutzprozesses um eine „erzwungene“ Weiterbeschäftigung bis zu dem Zeitpunkt, an dem ein rechtskräftiges Urteil vorliegt. Bis dahin befindet sich das strittige Arbeitsverhältnis in einem rechtlichen Schwebezustand. Erst nach rechtskräftiger Entscheidung über die Kündigungsschutzklage kann beurteilt werden, ob

- ein Arbeitsverhältnis über das mit der Kündigung ausgesprochene Ende der Beschäftigung hinaus weiter besteht/bestanden hat (bei erfolgreicher Kündigungsschutzklage) oder ob
- kein Arbeitsverhältnis über das mit der Kündigung ausgesprochene Ende der Beschäftigung hinaus besteht/bestanden hat, also das Arbeitsverhältnis mit der Kündigung endete (bei Abweisung der Kündigungsschutzklage).

Arbeitgeber müssen für krankheitsbedingte Ausfallzeiten während eines Kündigungsschutzprozesses keine Entgeltfortzahlung leisten, wenn der Arbeitnehmer zwar aufgrund eines erstinstanzlichen Kündigungsschutzurteils vom Arbeitgeber weiterbeschäftigt worden ist, dieses Urteil jedoch später abgeändert und die Kündigungsschutzklage insgesamt abgewiesen wird. Hintergrund ist die fehlende sogenannte Bereicherung des Arbeitgebers, der wegen der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers keine Arbeitsleistung erhalten hat und damit keinen Wertersatz dafür schuldet.

Hieraus ergeben sich folgende arbeits- und entgeltfortzahlungsrechtlichen Auswirkungen einer rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Das Arbeitsverhältnis ist

- wirksam, so hat der Arbeitgeber nach dem EntgFG auch Arbeitsentgelt im Krankheitsfall an den Arbeitnehmer zu entrichten oder
- nicht wirksam, so hat der Arbeitgeber für Zeiten, für die der „Arbeitnehmer“ nicht gearbeitet hat (z. B. während einer Arbeitsunfähigkeit), bei wirksamer Kündigung keine Entgeltfortzahlungsverpflichtung (BAG vom 10.03.1987 – 8 AZR 146/84). Hat der Arbeitnehmer jedoch eine Arbeitstätigkeit erbracht, muss der Arbeitgeber hierfür einen Wertersatz

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

zahlen. Der Wertersatz spiegelt die trotz fehlendem Arbeitsverhältnis durch den Arbeitnehmer geleistete Arbeit wieder, die er vergüten muss.

Je nach Ausgang der Entscheidung ruht daher der Anspruch auf Krankengeld in Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts. In der Übergangszeit zahlt die Krankenkasse aufgrund des fehlenden Ruhenstatbestandes nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V das Krankengeld und prüft zeitnah, inwieweit Ansprüche nach § 115 SGB X gegen den Arbeitgeber geltend zu machen sind.

Erfolgt die Kündigung aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit und zahlt die Krankenkasse bis zur rechtskräftigen Entscheidung für die strittige Zeit Krankengeld, geht der Anspruch auf Entgeltfortzahlung auf die Krankenkasse nach § 115 SGB X über (siehe [Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall \(Entgeltfortzahlungsgesetz – EFZG\) vom 25.06.1998](#)).

### 6.1.1.1.3 Heimarbeiter

Das Krankengeld ruht bei Heimarbeitern nur insoweit eine Entgeltfortzahlung erfolgt. Hierbei ist es unerheblich, auf welcher Basis das Entgelt fortgezahlt wird (z. B. Arbeits- oder Tarifvertrag). Es ruht nicht bei einem Zuschlag nach § 10 EntgFG.

Die in Heimarbeit Beschäftigten (§ 1 Abs. 1 des Heimarbeitsgesetzes) sowie die ihnen Gleichgestellten (§ 1 Abs. 2 Bst. a bis d des Heimarbeitsgesetzes) haben einen Anspruch auf Feiertagsbezahlung (§ 11 EntgFG). Daraus ergibt sich, dass bei Heimarbeitern, sofern in eine Arbeitsunfähigkeit gesetzliche Feiertage fallen, das Krankengeld gem. § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ruht.

Beispiel 107 – Anspruch auf Entgeltfortzahlung während der Heimarbeit

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	12.10.
Ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit	12.10.
Entgeltfortzahlung bis	22.11.
<b>Ergebnis:</b>	
Der Anspruch auf Krankengeld besteht ab 12.10. Aufgrund der Entgeltfortzahlung ruht der Anspruch auf Krankengeld bis zum 22.11.; bei Erfüllung der weiteren Voraussetzung ist ab dem 23.11. Krankengeld zu zahlen.	

Beispiel 108 – Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages zum Arbeitsentgelt

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	12.10.
Ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit	12.10.
Kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung	
Anspruch auf Zahlung eines Zuschlages nach § 10 Abs. 1 EntgFG	
<b>Ergebnis:</b>	

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

Der Anspruch auf Krankengeld besteht ab 12.10. Aufgrund der fehlenden Entgeltfortzahlung ist Krankengeld bei Erfüllung der weiteren Voraussetzung zu zahlen.

### 6.1.1.2 Arbeitseinkommen

Arbeitseinkommen, das während der Arbeitsunfähigkeit bezogen wird, führt zum Ruhen des Krankengeldes nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Zum Begriff "Arbeitseinkommen" wird auf die Ausführungen unter Abschnitt 3.2.2.1.2 „Arbeitseinkommen“ verwiesen. Sofern bei der Prüfung der Frage, ob im Einzelfall Arbeitseinkommen aus einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit während der Arbeitsunfähigkeit weiter bezogen wird, keine verwertbaren Anhaltspunkte vorliegen, sollte die Erklärung des Versicherten als ausreichend angesehen werden.

### 6.1.2 Leistungen des Arbeitgebers während des Krankengeldbezuges

Nach § 23c SGB IV gelten arbeitgeberseitige Leistungen, die während des Bezugs von Krankengeld, Versorgungskrankengeld und Verletztengeld erzielt werden, nicht als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt, wenn die Einnahmen zusammen mit den genannten Sozialleistungen das letzte Nettoarbeitsentgelt (Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt) nicht um mehr als 50 EUR im Monat übersteigen. Hierbei handelt es sich um eine Freigrenze und nicht um einen Freibetrag. Deshalb sind bei Überschreiten der Freigrenze in Höhe von 50 EUR die das Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt übersteigenden Zahlungen des Arbeitgebers vollständig beitragspflichtiges Arbeitsentgelt und führen insofern zum Ruhen des Krankengeldes (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Beispiel 109 – Zuschuss des Arbeitgebers unter der Freigrenze (Beitragssätze 2018)

Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	3.000,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt (monatlich)	1.900,00 EUR
Brutto-Zuschuss des Arbeitgebers	430,00 EUR
Brutto-Krankengeld (täglich)	57,00 EUR
– PV-Beitrag (2,55% : 2 = 1,275%) (kein Zusatzbeitrag)	0,73 EUR
– RV-Beitrag (18,6% : 2 = 9,3%)	5,30 EUR
– ALV-Beitrag (3,0% : 2 = 1,5%)	0,86 EUR
Netto-Krankengeld (kalendertäglich)	50,11 EUR
Netto-Krankengeld (monatlich)	1.503,30 EUR
„SV-Freibetrag“ (1.900,00 EUR – 1.503,30 EUR)	396,70 EUR

#### Ergebnis:

Der „SV-Freibetrag“ wird durch die Bruttozahlungen des Arbeitgebers zwar monatlich um 33,30 EUR (430,00 EUR – 396,70 EUR) überschritten; dieser Betrag übersteigt jedoch nicht die Freigrenze von 50,00 EUR, sodass keine beitragspflichtige Einnahme vorliegt und das Krankengeld dementsprechend nicht ruht.

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

Die Regelungen der §§ 23c SGB IV und 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sollen sicherstellen, dass Versicherte durch den Bezug von Entgeltersatzleistungen nicht bessergestellt werden als im Falle der Arbeitsfähigkeit. Daher ist der Nettobetrag der beitragspflichtigen Einnahmen i. S. des § 23c SGB IV vom Netto-Krankengeld (Brutto-Krankengeld abzüglich der daraus vom Versicherten zu tragenden Beitragsanteile zur Sozialversicherung) abzuziehen.

### Beispiel 110 – Zuschuss des Arbeitgebers oberhalb der Freigrenze (Beitragsätze 2018)

Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	3.000,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt (monatlich)	1.900,00 EUR
Brutto-Zuschuss des Arbeitgebers	600,00 EUR
<b>Brutto-Krankengeld (kalendertäglich)</b>	<b>57,00 EUR</b>
- PV-Beitrag (2,55% : 2 = 1,275%)	0,73 EUR
- RV-Beitrag (18,6% : 2 = 9,3%)	5,30 EUR
- ALV-Beitrag (3,0% : 2 = 1,5%)	0,86 EUR
<b>Netto-Krankengeld (kalendertäglich)</b>	<b>50,11 EUR</b>
Netto-Krankengeld (monatlich)	1.503,30 EUR
„SV-Freibetrag“ (1.900,00 EUR – 1.503,30 EUR)	396,70 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Der „SV-Freibetrag“ wird durch die Bruttozahlungen des Arbeitgebers monatlich um 203,30 EUR (600,00 EUR – 396,70 EUR) überschritten; da dieser Betrag die Freigrenze von 50,00 EUR übersteigt, liegt in dieser Höhe (203,30 EUR) eine beitragspflichtige Einnahme vor. Das Krankengeld ruht in Höhe des Nettobetrages dieser beitragspflichtigen Einnahme.	
Der monatliche Nettobetrag der beitragspflichtigen Einnahme beträgt (Beitragsätze 2018; Beitragssatz in der Krankenversicherung 14,6 % + 1,0 % Zusatzbeitrag; kein Pflegeversicherungszuschlag; keine Steuern)	
beitragspflichtige Einnahme brutto (monatlich)	203,30 EUR
- KV-Beitrag (14,6% : 2 + 1,0% = 8,3%)	16,87 EUR
- PV-Beitrag (2,55% : 2 = 1,275%)	2,59 EUR
- RV-Beitrag (18,6% : 2 = 9,3%)	18,91 EUR
- ALV-Beitrag (3,0% : 2 = 1,5%)	3,05 EUR
beitragspflichtige Einnahme netto (monatlich)	161,88 EUR
beitragspflichtige Einnahme netto ((kalendertäglich)	5,40 EUR
Netto-Krankengeld (kalendertäglich)	50,11 EUR
Nettobetrag beitragspflichtige Einnahme (kalendertäglich)	5,40 EUR
Auszahlungsbetrag Krankengeld (kalendertäglich)	44,71 EUR

Durch die Anwendung der vorgenannten Berechnungsweise verfügen Versicherte, die während des Krankengeldbezuges beitragspflichtige Einnahmen erzielen, über Gesamteinnahmen in Höhe des Vergleichs-Nettoarbeitsentgelts.

## Ruhe des Anspruchs auf Krankengeld

## Beispiel 111 – Gegenrechnung zum Beispiel 110 – Zuschuss des Arbeitgebers oberhalb der Freigrenze

Auszahlungsbetrag Krankengeld (monatlich) (44,71 EUR x 30 Tage)	1.341,30 EUR
„SV-Freibetrag“ aus Arbeitgeberzahlung (monatlich)	396,70 EUR
Nettobetrag der beitragspflichtigen Einnahmen (monatlich) (5,40 EUR x 30 Tage)	162,00 EUR
Gesamteinnahmen (monatlich)	1.900,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt (monatlich)	1.900,00 EUR

Die während der Arbeitsunfähigkeit gewährten arbeitgeberseitigen Leistungen sollen unabhängig von Ihrer Art (Zuschüsse oder aufgrund tatsächlich erbrachter Arbeit) leistungsrechtlich gleichbehandelt werden. Aus diesem Grund wird die Berechnung des (Teil-) Krankengeldes bei weitergewährtem Arbeitsentgelt aufgrund tatsächlich erbrachter Arbeitsleistung (z. B. Stufenweise Wiedereingliederung) in Anlehnung an die Rechtsvorschriften des § 23c SGB IV durchgeführt.

## Beispiel 112 – Arbeitsentgelt bei Stufenweiser Wiedereingliederung (Beitragssätze 2018)

Bruttoarbeitsentgelt (monatlich)	3.000,00 EUR
Nettoarbeitsentgelt (monatlich)	1.900,00 EUR
Brutto-Arbeitsentgelt während SWE (monatlich)	600,00 EUR
Brutto-Krankengeld (kalendertäglich)	57,00 EUR
- PV-Beitrag (2,55% : 2 = 1,275%)	0,73 EUR
- RV-Beitrag (18,6% : 2 = 9,3%)	5,30 EUR
- ALV-Beitrag (3,0% : 2 = 1,5%)	0,86 EUR
Netto-Krankengeld (kalendertäglich)	50,11 EUR
Netto-Krankengeld (monatlich)	1.503,30 EUR
Netto-Krankengeld (kalendertäglich)	50,11 EUR
Netto-Krankengeld (monatlich)	1.503,30 EUR
Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt während SWE (monatlich)	600,00 EUR
fiktiver „SV-Freibetrag“ (1.900,00 EUR - 1.503,30 EUR)	396,70 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
Der fiktive „SV-Freibetrag“ wird durch das für die SWE gezahlte Bruttoarbeitsentgelt monatlich um 203,30 EUR (600,00 EUR - 396,70 EUR) überschritten, da dieser Betrag die Freigrenze von 50,00 EUR übersteigt, liegt in dieser Höhe (203,30 EUR) eine beitragspflichtige Einnahme vor. Die tatsächliche beitragsrechtliche Behandlung (vollständige Beitragspflicht für 600,00 EUR) wird für die Kürzung des Krankengeldes nicht berücksichtigt. Das Krankengeld ruht in Höhe des Nettobetrages dieser beitragspflichtigen Einnahme.	
Der monatliche Nettobetrag der beitragspflichtigen Einnahme beträgt (Beitragssätze 2018; Beitragssatz in der Krankenversicherung 14,6 % + 1,0 % Zusatzbeitrag; kein Pflegeversicherungszuschlag; keine Steuern)	
beitragspflichtige Einnahme brutto (monatlich)	203,30 EUR
- KV-Beitrag (14,6% : 2 + 1,0% = 8,3%)	16,87 EUR
- PV-Beitrag (2,55% : 2 = 1,275%)	2,59 EUR



## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

- RV-Beitrag (18,6% : 2 = 9,3%)	18,91 EUR
- ALV-Beitrag (3,0% : 2 = 1,5%)	3,05 EUR
beitragspflichtige Einnahme netto (monatlich)	161,88 EUR
beitragspflichtige Einnahme netto ((kalendertäglich)	5,40 EUR
Netto-Krankengeld (kalendertäglich)	50,11 EUR
Nettobetrag beitragspflichtige Einnahme (kalendertäglich)	5,40 EUR
Auszahlungsbetrag Krankengeld (kalendertäglich)	44,71 EUR

Zur Prüfung der Anrechnung von Leistungen des Arbeitgebers bei flexibler Arbeitszeitregelung siehe [6.6 „Flexible Arbeitszeitregelungen“](#).

### 6.1.3 Sperrzeit/Urlaubsabgeltung/Entlassungsentschädigung

Versicherte, die Arbeitslosengeld nach dem SGB III nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 SGB III) oder Urlaubsabgeltung (§ 157 Abs. 2 SGB III) ruht, haben einen Anspruch auf Krankengeld, wenn auch die übrigen Voraussetzungen vorliegen (siehe [2.1.1.1.2.1.1 „Sperrzeit \(§ 159 SGB III\)“](#), [2.1.1.1.2.1.2 „Bezieher einer Urlaubsabgeltung \(§ 157 Abs. 2 SGB III\)“](#)). Ruht das Arbeitslosengeld hingegen wegen einer Entlassungsentschädigung (§ 158 SGB III) kann ein Krankengeldanspruch ausschließlich im Rahmen des § 19 SGB V hergeleitet werden, da es an einer Versicherungspflicht, die einen Anspruch auf Krankengeld umfasst, fehlt (siehe [2.1.1.1.2.1.3 „Ruhen des Arbeitslosengeldes wegen einer Entlassungsentschädigung“](#)).

Für die Dauer der Sperrzeit ruht der Anspruch auf Krankengeld nach § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V. Weder § 49 Abs. 1 noch Abs. 3a SGB V enthalten jedoch eine entsprechende Regelung, wonach der Anspruch auf Krankengeld während der Ruhenszeit wegen einer Urlaubsabgeltung nach § 157 SGB III oder Entlassungsentschädigung nach § 158 SGB III ruht.

Trotz der im Ergebnis eintretenden Besserstellung arbeitsunfähig erkrankter Empfänger von Urlaubsabgeltungen gegenüber arbeitsfähigen Empfängern, hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 30.05.2006 – B 1 KR 26/05 R – entschieden, dass eine für die Zeit nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gewährte Urlaubsabgeltung weder nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V noch ggf. nach § 49 Abs. 1 Nr. 3a SGB V zum Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld führt. Insofern erhalten Versicherte neben einer Urlaubsabgeltung Krankengeld, wenn auch die übrigen Voraussetzungen dafür vorliegen.

Die vorstehende Rechtsauffassung wird entsprechend auch auf Entlassungsentschädigungen nach § 158 SGB III angewendet.

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

### Beispiel 113 – Krankengeldanspruch bei Entlassungsschädigung

Ende des Beschäftigungsverhältnisses und der Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zum	31.05.
Zahlung einer Entlassungsschädigung für den Zeitraum bis fiktiver Beginn einer Mitgliedschaft nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	30.11.
grundsätzlicher Zeitraum nach § 19 Abs. 2 SGB V	01.12.
Es besteht kein Anspruch auf eine Familienversicherung	01.06. – 30.06.
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	29.05.
voraussichtlich bis	03.07.

#### Ergebnis:

Die Arbeitsunfähigkeit tritt während der Zeit des Beschäftigungsverhältnisses ein. Für die Arbeitsunfähigkeit besteht daher ein Anspruch auf Krankengeld auf Basis des Arbeitsentgeltes. Der Krankengeldanspruch ruht für die Dauer der Entgeltfortzahlung bis zum 31.05. Krankengeld ist daher bei Vorliegen der weiteren Anspruchsvoraussetzungen für den Zeitraum ab dem 01.06. zu gewähren, weil die Entlassungsschädigung nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs führt. Die versicherungspflichtige Mitgliedschaft besteht aufgrund des Krankengeldbezuges nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V fort.

### 6.1.4 Verzicht des Arbeitgebers auf die Arbeitsleistung

Das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis endet bei einer vereinbarten Freistellung von der Arbeitsleistung zum Ende des Arbeitsverhältnisses nicht bereits mit der Einstellung der tatsächlichen Arbeitsleistung. Es endet vielmehr erst mit dem regulären (vereinbarten) Ende des Arbeitsverhältnisses, wenn bis zu diesem Zeitpunkt Arbeitsentgelt gezahlt wird (BSG vom 24.09.2008 – B 12 KR 22/07 R – und – B 12 KR 27/07 R).

Verzichtet der Arbeitgeber demnach bis zum Ende des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses auf die Arbeitsleistung, ruht für diese Zeit das Krankengeld, wenn weiterhin beitragspflichtiges Arbeitsentgelt gezahlt wird. Gleichwohl ist der Arbeitgeber nicht verpflichtet, bei Arbeitsunfähigkeit während der Freistellung das Arbeitsentgelt länger als sechs Wochen fortzuzahlen (BAG vom 29.09.2004 – 5 AZR 99/04).

## 6.2 Elternzeit

Der Anspruch auf Krankengeld ruht für die Zeit, in der Versicherte Elternzeit nach dem BEEG in Anspruch nehmen (§ 49 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Der Anspruch auf Krankengeld ruht jedoch dann nicht, wenn

- die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

- das Krankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das durch Ausübung einer nach § 15 Abs. 4 BEEG zulässigen versicherungspflichtigen Beschäftigung während der Elternzeit erzielt wurde.

Sofern Mutterschaftsgeld während einer Elternzeit bezogen wird siehe [6.3 „Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen“](#).

### 6.3 Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen

Der Anspruch auf Krankengeld ruht,

- soweit und solange der Versicherte Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Kurzarbeitergeld bezieht (§ 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
- solange Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld bezogen wird (§ 49 Abs. 1 Nr. 3 a SGB V),
- wenn der Anspruch auf Arbeitslosengeld wegen einer Sperrzeit nach dem SGB III ruht (§ 49 Abs. 1 Nr. 3 a SGB V) oder
- soweit und solange Versicherte eine ausländische Entgeltersatzleistung beziehen, die mit dem Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld vergleichbar ist (§ 49 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

In diesen Fällen ruht der Anspruch auf Krankengeld auch dann in voller Höhe, wenn das Krankengeld höher ist als die andere Entgeltersatzleistung (§ 49 Abs. 3 SGB V/ BSG vom 12.03.2013 – B 1 KR 17/12 R).

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen gesenkte Entgelt- oder Entgeltersatzleistungen dürfen bei der Anwendung der vorgenannten Ruhensregelungen nicht aufgestockt werden (§ 49 Abs. 3 SGB V).

#### 6.3.1 Übergangsgeld

Bezieher von Übergangsgeld haben teilweise einen Anspruch auf Fortzahlung des Übergangsgeldes, sofern ihnen die weitere Durchführung der Leistung aus medizinischen, persönlichen oder sonstigen Gründen nicht möglich ist. Je nach Leistung wird das Übergangsgeld dabei für unterschiedliche Zeiträume fortgezahlt. Für die aktuell durch die Rentenversicherung vorgesehenen Fortzahlungszeiträume siehe [Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld](#). Der Anspruch auf Krankengeld ruht daher, solange Übergangsgeld fortgezahlt wird (siehe [6.3 „Bezug von anderen Entgeltersatzleistungen“](#)).

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

Die Aussagen gelten gleichermaßen für das Anschlussübergangsgeld nach § 71 Abs. 4 SGB IX sowie das Zwischenübergangsgeld nach § 71 Abs. 1 SGB IX.

Die Rentenversicherungsträger haben nach § 71 Abs. 5 SGB IX bis zum Ende einer im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlichen stufenweisen Wiedereingliederung Übergangsgeld zu zahlen. Mangels eindeutiger gesetzlicher Regelungen wurde daher eine Vereinbarung zum 01.09.2011 zwischen der Deutschen Rentenversicherung und den Krankenkassen zur Zuständigkeitsabgrenzung bei einer stufenweisen Wiedereingliederung geschlossen.

Grundsätzlich müssen hiernach folgende Voraussetzungen für eine stufenweise Wiedereingliederung zulasten der Rentenversicherung vorliegen:

- Zum Zeitpunkt der Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht weiterhin Arbeitsunfähigkeit.
- Die Notwendigkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung wird regelmäßig bis zum Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Rehabilitations-Einrichtung festgestellt.
- Ist aus Sicht der Rehabilitations-Einrichtung eine stufenweise Wiedereingliederung zur Erreichung des Rehabilitationsziels angezeigt, wird diese von der Rehabilitations-Einrichtung eingeleitet.
- Die stufenweise Wiedereingliederung muss spätestens innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen.
- Der Versicherte hat der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zugestimmt.
- Der Arbeitgeber hat der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zugestimmt.
- Der Versicherte ist zur Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung ausreichend belastbar (mindestens zwei Stunden täglich).

Hat die Rehabilitations-Einrichtung eine stufenweise Wiedereingliederung nicht eingeleitet und haben sich die individuellen Verhältnisse verändert, kann die Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung bei der Deutschen Rentenversicherung anregen.

Eine begründete Anregung ist möglich bzw. erforderlich, wenn die

- Arbeitsunfähigkeit länger andauert,
- Arbeitsfähigkeit durch die stufenweise Wiedereingliederung wiederhergestellt werden kann,
- Nachsorge nicht ausreichend ist,
- Zustimmung des Versicherten vorliegt,

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

- Zustimmung des Arbeitgebers vorliegt,
- tägliche Mindestarbeitszeit von zwei Stunden innerhalb von vier Wochen erreichbar ist oder
- eine stufenweise Wiedereingliederung ärztlich empfohlen wurde.

Zu den weiteren Absprachen in diesem Zusammenhang siehe [Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei einer stufenweisen Wiedereingliederung](#).

Nach § 20 SGB VI haben Versicherte auch Anspruch auf Übergangsgeld, wenn sie von einem Träger der Rentenversicherung ambulante Leistungen zur Prävention oder Nachsorge in einem zeitlich geringen Umfang erhalten. In diesem Zusammenhang wurde ein pauschalisiertes Erstattungsverfahren vereinbart, weshalb kein Übergangsgeld zu zahlen ist. Während solcher Leistungen erfolgt daher die Zahlung von Krankengeld durchgängig (siehe [Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 20 Abs. 4 SGB VI](#)).

### **Besonderheit:**

Abweichend von der vorgenannten Rechtslage i.S. des BSG vom 12.03.2013 – B 1 KR 17/12 R – sind bei in der gesetzlichen Rentenversicherung freiwillig Versicherten, die Arbeitseinkommen erzielen und Beiträge zur Rentenversicherung aus der Mindestbeitragsbemessungsgrundlage nach § 167 SGB VI zahlen, Besonderheiten zu beachten.

Hintergrund ist, dass der erkennende Senat nicht über die weitere Frage entschieden hat, ob und inwieweit das Aufstockungsverbot bei freiwillig Rentenversicherten abweichend für den Bereich der Mindestbeitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung auszulegen wäre. Für diese Personen ist ein Krankengeld-Spitzbetrag zu zahlen, weil eine andere Vorgehensweise zu unberechtigten Nachteilen führen würde. Das Übergangsgeld beträgt 80 vom Hundert des Arbeitseinkommens, das den vor Beginn der Leistungen für das letzte Kalenderjahr (Bemessungszeitraum) gezahlten Beiträgen zugrunde lag (§ 21 Abs. 2 SGB VI). Hierdurch kann es erheblich geringer als das Krankengeld sein. Zur Ermittlung des Krankengeld-Spitzbetrags ist das Brutto-Krankengeld um den Betrag zu kürzen, welcher der Berechnung des Übergangsgeldes nach § 21 Abs. 2 SGB IV zu Grunde lag.

#### Beispiel 114 – Krankengeld-Spitzbetrag bei Übergangsgeld aus dem Mindestbeitrag RV

kalendertägliches Brutto-Krankengeld	70,00 EUR
Beiträge werden auf Basis der Mindestbemessungsgrundlage (§ 167 SGB VI) geleistet (2017)	450,00 EUR
<b>Ergebnis:</b>	
kalendertägliche Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld nach § 21 Abs. 2 SGB VI (450,00 EUR x 80 v. H. : 30 Tage) =	12,00 EUR
kalendertägliches Übergangsgeld (12,00 EUR x 75 v. H.)	9,00 EUR

## Ruhens des Anspruchs auf Krankengeld

kalendertäglicher Krankengeld-Spitzbetrag (70,00 EUR – 12,00 EUR)

58,00 EUR

**6.4 Verspätete Meldung der Arbeitsunfähigkeit**

Nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ruht der Anspruch auf Krankengeld, solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet wird.

Dies gilt nicht, wenn

- die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit erfolgt oder
- das Versäumnis nicht vom Versicherten zu verantworten ist (2.2.2.2.6 „Handlungs- oder Geschäftsunfähigkeit des Versicherten“ und 2.2.2.2.7 „Umstände außerhalb des Verantwortungsbereichs des Versicherten“) oder
- die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfolgt.

Die rechtzeitige Meldung bezieht sich hierbei nicht nur auf die Erstbescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, sondern gilt auch für alle Folgebescheinigungen (BSG vom 08.11.2005 – B 1 KR 30/04 R). Die Wochenfrist berechnet sich nach § 26 SGB X und beginnt mit dem Tag nach dem Eintritt- nicht der ggf. späteren Feststellung – der Arbeitsunfähigkeit. Bei Folgebescheinigungen ist für den Beginn der Frist auf den folgenden Tag abzustellen, für den zuletzt Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (LSG-Urteil Hessen vom 08.02.2018 – L 1 KR 333/17). Wegen der generellen Bedeutung der Angelegenheit wurde Nichtzulassungsbeschwerde erhoben und als unzulässig zurückgewiesen, da nach Auffassung des BSG die Rechtsfrage zur Bildung der Wochenfrist hinreichend geklärt ist (B 3 KR 25/18 B vom 27.11.2018).

Beispiel 115 – Rechtzeitige Vorlage der AU bei Erstbescheinigung

<u>Arbeitsunfähigkeit seit</u>	<u>18.03. (Mo.)</u>
<u>Ärztliche Feststellung am</u>	<u>20.03. (Mi.)</u>
<u>AU-Bescheinigung liegt vor mit voraussichtlicher AU bis einschließlich</u>	<u>29.03. (Fr.)</u>
<u>Eingang der AU-Bescheinigung bei der Krankenkasse am</u>	<u>22.03. (Fr.)</u>

**Ergebnis:**

Die AU wurde der Krankenkasse innerhalb der Wochenfrist vom 19.03. – 25.03. rechtzeitig gemeldet. Der Krankengeldanspruch ruht nicht wegen verspäteter Meldung der AU ein.

Beispiel 116 – Verspätete Vorlage der AU bei Erstbescheinigung

<u>Arbeitsunfähigkeit seit</u>	<u>18.03. (Mo.)</u>
<u>Ärztliche Feststellung am</u>	<u>20.03. (Mi.)</u>
<u>AU-Bescheinigung liegt vor mit voraussichtlicher AU bis einschließlich</u>	<u>29.03. (Fr.)</u>
<u>Eingang der AU-Bescheinigung bei der Krankenkasse am</u>	<u>27.03. (Mi.)</u>

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

### Ergebnis:

Die AU wurde der Krankenkasse nicht innerhalb der Wochenfrist vom 19.03. – 25.03. gemeldet. Der Krankengeldanspruch entsteht mit dem Tag der ärztlichen Feststellung am 20.03. und ruht wegen verspäteter Meldung der AU vom 20.03. – 26.03.

### Beispiel 117 – Rechtzeitige Vorlage der AU bei Folgebescheinigung

<u>Arbeitsunfähigkeit seit</u>	<u>18.03. (Mo.)</u>
<u>AU-Bescheinigung liegt vor mit voraussichtlicher AU bis einschließlich</u>	<u>17.05. (Fr.)</u>
<u>erneute ärztliche Feststellung der AU erfolgt am</u>	<u>16.05. (Do.)</u>
<u>Eingang der AU-Bescheinigung bei der Krankenkasse am</u>	<u>22.05. (Mi.)</u>

### Ergebnis:

Die AU wurde der Krankenkasse innerhalb der Wochenfrist vom 18.05. – 24.05. rechtzeitig gemeldet. Der Krankengeldanspruch ruht nicht wegen verspäteter Meldung der AU.

### Beispiel 118 – Verspätete Vorlage der AU bei Folgebescheinigung

<u>Arbeitsunfähigkeit seit</u>	<u>18.03. (Mo.)</u>
<u>AU-Bescheinigung liegt vor mit voraussichtlicher AU bis einschließlich</u>	<u>17.05. (Fr.)</u>
<u>erneute ärztliche Feststellung der AU erfolgt am</u>	<u>16.05. (Do.)</u>
<u>Eingang der AU-Bescheinigung bei der Krankenkasse am</u>	<u>28.05. (Mi.)</u>

### Ergebnis:

Die AU wurde der Krankenkasse nicht innerhalb der Wochenfrist vom 18.05. – 24.05. gemeldet. Der Krankengeldanspruch ruht wegen verspäteter Meldung der AU vom 18.05. – 27.05.

Durch das TSVG (Inkrafttreten am 11.05.2019) wurde § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V dahingehend angepasst, dass ab dem 01.01.2021 ein einheitliches und verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung der bisher mittels AU-Bescheinigungen in Papierform an die Krankenkassen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten (eAU) durch die Vertragsärzte durchzuführen ist. Mit der Einführung der eAU wird die Obliegenheit zur Meldung der (fortbestehenden) Arbeitsunfähigkeit auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen übertragen. Soweit sich bei der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten Verzögerungen ergeben, liegen sie insoweit nicht mehr im Einflussbereich der Versicherten, so dass sie keine sich aus der verspäteten Übermittlung ergebenden Rechtsfolgen zu tragen haben.

## 6.5 Verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

Nach § 46 Satz 2 SGB V kann der Anspruch auf Krankengeld jeweils bis zu dem Tag bestehen bleiben, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt (Samstage gelten insoweit nicht als Werktage). Erfolgt die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit jedoch verspätet, endet der Anspruch demnach mit dem Ende der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit, weshalb kein Krankengeldanspruch für den

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

Zeitraum zwischen dem Ende der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit und dem Feststellungstag, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung erneut attestiert wurde, besteht. Für ein Fortbestehen des Krankengeldanspruchs bis zum nächsten Werktag trotz fehlender Feststellung der Arbeitsunfähigkeit besteht keine gesetzliche Grundlage.

Wird die Arbeitsunfähigkeit verspätet, aber innerhalb eines Monats nach dem Ende der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit festgestellt, muss dahingehend unterschieden werden, ob ein Beschäftigungsverhältnis vorliegt oder nicht.

Liegt ein Beschäftigungsverhältnis vor, so besteht für den Zeitraum der verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf Krankengeld (siehe 2.2.2.3.1 „Feststellung innerhalb eines Monats im Beschäftigungsverhältnis“).

Liegt kein Beschäftigungsverhältnis vor, so besteht seit dem TSVG (Inkrafttreten am 11.05.2019) für den Zeitraum der verspäteten Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld nach § 46 Satz 3 SGB V. Dieser Anspruch auf Krankengeld ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 8 SGB V solange, bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit, in Bezug auf die vom § 46 Satz 3 SGB V betroffene Arbeitsunfähigkeit, ärztlich festgestellt wird (siehe 2.2.2.3.2 „Feststellung innerhalb eines Monats ohne Beschäftigungsverhältnis“).

Erfolgt die ärztliche Feststellung der fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit erst nach einem Monat nach dem Ende des bisher bescheinigten Endes der Arbeitsunfähigkeit, so entsteht wegen fehlender Mitgliedschaft als versicherungspflichtiger Beschäftigter unabhängig davon, ob ein Beschäftigungsverhältnis besteht oder nicht, kein neuer Krankengeldanspruch. Ein Ruhen des Krankengeldanspruches scheidet daher aus (siehe 2.2.2.3.2 „Feststellung außerhalb eines Monats mit/ohne Beschäftigungsverhältnis“).

### Beispiel 119 – Ruhen bei längerer verspäteter Feststellung

<u>Ende des Beschäftigungsverhältnisses zum</u>	<u>15.07. (Mo.)</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit seit</u>	<u>04.06. (Di.)</u>
<u>Krankengeldbezug seit</u>	<u>16.07. (Di.)</u>
<u>Folgebescheinigung liegt vor bis</u>	<u>24.08. (Sa.)</u>
<u>Weitere Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am</u>	<u>11.09. (Mi.)</u>
<u>Es lag kein Grund vor, weshalb eine verspätete Feststellung der AU der Krankenkasse zuzuordnen wäre.</u>	
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Es ist Krankengeld vom 16.07. – 24.08. und erneut ab 11.09. zu leisten. Für den Zeitraum vom 25.08. – 10.09. bleibt die Mitgliedschaft nach § 192 SGB V trotz des weggefallenen Beschäftigungsverhältnisses erhalten, aber der Anspruch auf Krankengeld ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 8 SGB V.</u>	

### Beispiel 120 – Ruhen bei verspäteter Feststellung > Wochenende

<u>Ende des Beschäftigungsverhältnisses zum</u>	<u>15.07. (Mo.)</u>
---	---------------------



## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

<u>Arbeitsunfähigkeit seit</u>	<u>04.06. (Di.)</u>
<u>Krankengeldbezug seit</u>	<u>16.07. (Di.)</u>
<u>Folgebescheinigung liegt vor bis</u>	<u>15.08. (Do.)</u>
<u>Weitere Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am</u>	<u>19.08. (Mo.)</u>
<u>Eingang der AU-Bescheinigung bei der KK am</u>	<u>20.08. (Di.)</u>
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Die Mitgliedschaft nach § 192 SGB V bleibt trotz des weggefallenen Beschäftigungsverhältnisses erhalten, aber der Krankengeldanspruch ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 8 SGB V vom 16.08. bis 18.08.</u>	

### Beispiel 121 – Ruhen bei verspäteter Feststellung > Wochenende und verspäteter Vorlage ohne Beschäftigung

<u>Ende des Beschäftigungsverhältnisses zum</u>	<u>15.07 (Mo.)</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit seit</u>	<u>04.06. (Di.)</u>
<u>Krankengeldbezug seit</u>	<u>16.07. (Di.)</u>
<u>Folgebescheinigung liegt vor bis</u>	<u>15.08. (Do.)</u>
<u>Weitere Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am</u>	<u>19.08. (Mo.)</u>
<u>Eingang der AU-Bescheinigung bei der KK am</u>	<u>27.08. (Di.)</u>
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Das Krankengeld ruht nach § 49 Abs. 1 Nr. 8 SGB V vom 16.08. bis 18.08. und nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V vom 19.08. bis 26.08, weil die Arbeitsunfähigkeit nach der Feststellung nicht innerhalb einer Woche gemeldet wurde. Die Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bleibt trotz des weggefallenen Beschäftigungsverhältnisses erhalten.</u>	

### Beispiel 122 – Ruhen bei verspäteter Feststellung > 1 Monat ohne Beschäftigung

<u>Ende des Beschäftigungsverhältnisses zum</u>	<u>15.07 (Mo.)</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit seit</u>	<u>04.06. (Di.)</u>
<u>Krankengeldbezug seit</u>	<u>16.07. (Di.)</u>
<u>Folgebescheinigung liegt vor bis</u>	<u>15.08. (Do.)</u>
<u>Weitere Feststellung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit am</u>	<u>17.09. (Di.)</u>
<u>Eingang der AU-Bescheinigung bei der KK am</u>	<u>17.09. (Di.)</u>
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Der Anspruch auf Krankengeld und die Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V enden am 15.08.</u>	

## 6.6 Flexible Arbeitszeitregelungen

Der Krankengeldanspruch ruht für Zeiten der Freistellung von der Arbeitsleistung (§ 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V).

### 6.6.1 Freistellungsphase

Bei Arbeitsunfähigkeit während der Freistellungsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung besteht grundsätzlich ein Krankengeldanspruch. Der Anspruch ruht jedoch, soweit und solange für Zeiten

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

der Freistellung von der Arbeitsleistung (§ 7 Abs. 1a SGB IV) eine Arbeitsleistung nicht geschuldet wird (§ 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V).

Es ist davon auszugehen, dass die Freistellungsphase dann beginnt, wenn das entsprechende Wertguthaben vollständig angespart wurde. Zeiten der Arbeitsunfähigkeit außerhalb der Entgeltfortzahlung füllen in aller Regel nicht das Wertguthaben auf, es sei denn, es kommt zu einer freiwilligen Berücksichtigung durch den Arbeitgeber. Zur Ermittlung des Beginns der Freistellungsphase unter dem Aspekt der Ruhenswirkung des § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V kommt der individuellen Ausgestaltung der jeweiligen Vereinbarung zur Flexibilisierung der Arbeitszeit besondere Bedeutung zu. Die Freistellungsphase beginnt aber immer spätestens mit dem Zeitpunkt, von dem an das erarbeitete Wertguthaben ausreichend hoch ist, um bis zum vereinbarungsgemäßen Ende der Freistellungsphase das für die Freistellungsphase vereinbarte Entgelt erhalten zu können.

### Beispiel 123 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01. – 30.06.</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.07. – 31.12.</u>
<u>Krankengeldbezug</u>	<u>01.02. – 31.05.</u>

Laut Vereinbarung schieben Zeiten der fehlenden Entgeltzahlung den Beginn der Freistellungsphase hinaus.

#### **Ergebnis:**

Die Freistellungsphase kann nicht – wie vereinbart – am 01.07. angetreten werden, da innerhalb der Arbeitsphase für vier Kalendermonate Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug bestand und somit lediglich ein Wertguthaben für zwei Kalendermonate erarbeitet werden konnte. Um einen nahtlosen Übergang der Arbeitsphase in die Freistellungsphase zu ermöglichen, verlängert sich die Arbeitsphase um zwei Kalendermonate mit voller Arbeitsleistung. Das dann insgesamt vier Kalendermonate umfassende Wertguthaben reicht – vom 31.12. rückgerechnet – ab 01.09. bis zum vereinbarungsgemäßen Ende der Freistellungsphase aus. Ab 01.09. greift die Ruhenswirkung des § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

### Beispiel 124 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01.2018 – 31.12.2019</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.01.2020 – 31.12.2021</u>
<u>Krankengeldbezug</u>	<u>01.07.2018 – 28.02.2019</u>

Laut Vereinbarung schieben Zeiten der fehlenden Entgeltzahlung den Beginn der Freistellungsphase hinaus.

#### **Ergebnis:**

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

Die Freistellungsphase kann nicht – wie vereinbart – am 01.01.2020 angetreten werden, da innerhalb der Arbeitsphase für acht Kalendermonate Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug bestand und somit lediglich ein Wertguthaben für 16 Kalendermonate erarbeitet werden konnte. Um einen nahtlosen Übergang der Arbeitsphase in die Freistellungsphase zu ermöglichen, verlängert sich die Arbeitsphase um vier Kalendermonate mit voller Arbeitsleistung (Hälfte der Dauer des Krankengeldbezugs). Das dann insgesamt 20 Kalendermonate umfassende Wertguthaben reicht – vom 31.12.2021 rückgerechnet – ab 01.05.2020 bis zum vereinbarungsgemäßen Ende der Freistellungsphase aus. Ab 01.05.2020 greift die Ruhenswirkung des § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

### Beispiel 125 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase

Analog Beispiel 124 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase, jedoch

Krankengeldbezug

01.09.2019 – laufend

In der Zeit vom 01.01.2018 bis 31.08.2019 (20 Kalendermonate) wurde bereits ein Wertguthaben erarbeitet.

#### **Ergebnis:**

Die bereits angesparten 20 Kalendermonate des Wertguthabens reichen – vom 31.12.2021 rückgerechnet – ab 01.05.2020 bis zum vereinbarungsgemäßen Ende der Freistellungsphase aus. Ab 01.05.2020 tritt die Ruhenswirkung des § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ein.

### Beispiel 126 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase mit unverändertem Beginn

Analog Beispiel 124 – Krankengeldbezug während der Arbeitsphase, jedoch

Krankengeldbezug

01.01.2019 – laufend

Die Vereinbarung sieht vor, dass – trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit – die Freistellungsphase zum 01.01.2020 beginnt.

#### **Ergebnis:**

Bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wurde ein Wertguthaben von zwölf Monaten angespart. Die Freistellungsphase beginnt – wie vereinbart – am 01.01.2020. Von diesem Zeitpunkt an ruht der Krankengeldanspruch nach § 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V.

## 6.6.2 Arbeitgeberzahlungen

Nach § 23c Abs. 1 Satz 1 SGB IV gelten Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankengeld und sonstige Einnahmen aus einer Beschäftigung, die für die Zeit des Bezugs von Krankengeld erzielt werden, nicht als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt, wenn die Einnahmen zusammen mit dem Krankengeld das (Vergleichs-)Nettoarbeitsentgelt um nicht mehr als 50,00 Euro übersteigen. Dabei ist zwischen den nachfolgend aufgeführten Fallkonstellationen zu unterscheiden.

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

### 6.6.2.1 Arbeitsunfähigkeit vor der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung

Beginnt trotz Krankengeldbezugs vereinbarungsgemäß die flexible Arbeitszeitregelung und füllt der Arbeitgeber für die Zeit des Krankengeldbezugs das Wertguthaben nicht auf (siehe 3.1.3.1.2 „Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug“), ergeben sich keine leistungsrechtlichen Besonderheiten. Arbeitgeberseitige Leistungen gelten als beitragspflichtiges Arbeitsentgelt, wenn sie zusammen mit der Entgeltersatzleistung das (Vergleichs-)Nettoarbeitsentgelt (des ungekürzten Arbeitsentgelts) um mehr als 50,00 Euro übersteigen und führen insoweit zum Ruhen des Krankengeldes.

Sofern trotz Arbeitsunfähigkeit die flexible Arbeitszeitregelung vereinbarungsgemäß beginnt und der Arbeitgeber auch für die Zeit des Krankengeldbezugs das Wertguthaben auffüllt (siehe 3.1.3.1.2 „Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldbezug“), gelten die Ausführungen unter 6.6.2.2 „Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung“ entsprechend.

### 6.6.2.2 Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitsphase der flexiblen Arbeitszeitregelung

Wird das Krankengeld aus dem gekürzten Arbeitsentgelt berechnet, ist als (Vergleichs-) Nettoarbeitsentgelt im Sinne des § 23c SGB IV ebenfalls das gekürzte Arbeitsentgelt anzusehen. Die das (Vergleichs-)Nettoarbeitsentgelt (des gekürzten Arbeitsentgelts) um mehr als 50,00 Euro übersteigenden Zahlungen des Arbeitgebers sind beitragspflichtiges Arbeitsentgelt und führen insoweit zum Ruhen des Krankengeldes (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Die Regelungen der §§ 23c SGB IV und 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sollen sicherstellen, dass Versicherte durch den Bezug von Entgeltersatzleistungen nicht bessergestellt werden als im Falle der Arbeitsfähigkeit. Daher ist der Nettobetrag der beitragspflichtigen Einnahmen im Sinne des § 23c SGB IV vom Netto-Krankengeld (Brutto-Krankengeld abzüglich der daraus vom Versicherten zu tragenden Beitragsanteile zur Sozialversicherung) abzuziehen.

Beispiel 127 – Krankengeld- und Sachbezug während der Arbeitsphase

Es ist folgendes Arbeitszeitmodell vereinbart:

<u>volle Arbeitsleistung</u>	<u>01.01. – 31.06.</u>
<u>bezahlte Freistellungsphase</u>	<u>01.07. – 31.12.</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit ab</u>	<u>15.03.</u>
<u>Entgeltfortzahlung bis</u>	<u>25.04.</u>
<u>Weitergewährter Sachbezug kalendertäglich</u>	<u>10,00 EUR</u>
<u>(Vergleichs-)Nettoarbeitsentgelt kalendertäglich</u>	<u>30,00 EUR</u>
<u>Brutto-Krankengeld kalendertäglich</u>	<u>27,00 EUR</u>
<u>Netto-Krankengeld kalendertäglich</u>	<u>23,52 EUR</u>

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

### **Ergebnis:**

Ab 26.04. ist Krankengeld auf Basis des um 50 v. H. reduzierten Arbeitsentgelts zu berechnen und zu zahlen. Das Netto-Krankengeld und die weitergewährten Sachbezüge (zusammen 33,52 EUR kalendertäglich) übersteigen das kalendertägliche (Vergleichs-) Nettoarbeitsentgelt um 3,52 EUR. Dieser Betrag wird beitragspflichtig, weil dieser (3,52 EUR x 30 Tage = 105,60 EUR) mehr als 50,00 EUR das Vergleichs-) Nettoarbeitsentgelt überschreitet. Das (Netto-)Krankengeld ruht in Höhe des Nettobetrags der beitragspflichtigen Einnahme.

### **6.6.2.3 Aufstockungsbeträge während der Altersteilzeit**

Neben der Bildung von Wertguthaben sind bei der Alterszeit die Auswirkungen der vom Arbeitgeber gezahlten so genannten Aufstockungsbeträge zu beachten (siehe § 3 Abs. 1 Nr. 1a Altersteilzeitgesetz – AltersTZG).

So führen gesetzliche Aufstockungsbeträge nicht zum Ruhen des Krankengeldes (siehe 3.1.3.4.1.1 „Nichtberücksichtigung“), während freiwillige z.B. tarifvertragliche Aufstockungsbeträge zum Ruhen des Krankengeldes führen können (siehe 3.1.3.4.1.2 „Berücksichtigung“).

## **6.7 Familienpflegezeit**

Das Krankengeld ruht, soweit und solange für Zeiten einer Familienpflegezeit eine Arbeitsleistung nicht geschuldet wird (§ 49 Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Die Regelungen für flexible Arbeitszeiten finden entsprechend Anwendung. Weitere Ausführungen siehe [6.6 „Flexible Arbeitszeitregelungen“](#).

## **6.8 Unständig/kurzzeitig Beschäftigte**

Nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V ruht der Anspruch auf Krankengeld für Arbeitnehmer, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts auf Grund des EntgFG, eines Tarifvertrags, einer Betriebsvereinbarung oder anderer vertraglicher Zusagen oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben und eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben haben, während der ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit.

## **6.9 Auslandsaufenthalt**

Nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen grundsätzlich, solange Versicherte sich im Ausland – demnach außerhalb des Staatsgebiets der Bundesrepublik Deutsch-

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

land – aufhalten. Nach dem Gesetzeswortlaut sind hiervon sowohl vorübergehende als auch zeitweilige Aufenthalte im Ausland umfasst, weshalb das Ruhen neben einem dauernden Auslandsaufenthalt auch Urlaubs- und Geschäftsreisen betrifft.

### 6.9.1 Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit während Auslandsaufenthalt

Nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen auch dann, wenn Versicherte während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes erkranken. Dies steht jedoch unter dem Vorbehalt, dass nichts Abweichendes in diesem Gesetzbuch bestimmt ist. Erkrankt der Versicherte in einem anderen EU-, EWR-Staat oder der Schweiz oder in einem Abkommenstaat mit einer entsprechenden Regelung – Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei und Tunesien –, erfolgt grundsätzlich eine Gleichstellung. Sind auf den Versicherten die deutschen Rechtsvorschriften anzuwenden, ist es unerheblich, ob sich die Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vorübergehend oder dauerhaft im anderen Staat aufhält. Dies führt dazu, dass durch die zahlreichen über- bzw. zwischenstaatlichen Ausnahmeregelungen sich der Anwendungsbereich von § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf das sogenannte „vertragslose Ausland“ beschränkt.

Nur die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten während eines Auslandsaufenthaltes im „vertragslosen Ausland“ führt daher zum Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld. Entsteht die Arbeitsunfähigkeit hingegen im Ausland, in welchem über- bzw. zwischenstaatliche Ausnahmeregelungen gelten, ist ein Ruhen nach § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V nicht vorgesehen. Die besonderen Fallgestaltungen des § 18 Abs. 1 SGB V sind zu beachten.

Damit Versicherte einen Krankengeldanspruch geltend machen können, müssen jedoch auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen, wie z. B. rechtzeitige ärztliche Attestierung und rechtzeitiger Nachweis gegenüber der Krankenkasse erfüllt sein (siehe auch [2.2.2.1.4 „Anderweitiger Nachweis der Arbeitsunfähigkeit“](#) und [6.4 „Verspätete Meldung der Arbeitsunfähigkeit“](#)).

### 6.9.2 Auslandsaufenthalt nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit<sup>5</sup>

Hält sich der Versicherte dagegen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit mit Zustimmung der Krankenkasse (§ 16 Abs. 4 SGB V) oder zur Behandlung im Ausland (§ 18 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder Zustimmungsfälle nach über- und zwischenstaatlichem Recht) auf, ruht der Anspruch auf Krankengeld nicht.

---

<sup>5</sup> Mit BSG-Urteil vom 04.06.2019 – B 3 KR 23/18 R – wurden aktuell weitergehende Aussagen zum Ermessen der Krankenkassen getroffen. Die Passage wird zeitnah nach Vorliegen der Urteilsausfertigung aktualisiert.

## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

Sofern während des Krankengeldbezugs eine Auslandsreise durchgeführt werden soll, hat der Versicherte frühzeitig einen entsprechenden Antrag bei der Krankenkasse zu stellen. Zweck dieser Regelung ist der Ausschluss derjenigen Leistungen, bei denen sich – wie beim Krankengeld – die Anspruchsvoraussetzungen nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen lassen.

Die Zustimmung der Krankenkasse zum Aufenthalt im Ausland wird auf Basis des individuellen Einzelfalls geprüft. Grundsätzlich kann einem Auslandsaufenthalt nur dann durch die Krankenkasse zugestimmt werden, wenn der Heilprozess durch den Auslandsaufenthalt nicht gefährdet oder verzögert wird. Hierzu prüft die Krankenkasse individuell in jedem Einzelfall,

- ob eine erfolgreiche Behandlung auch im Ausland gewährleistet ist,
- ob und ggf. aus welchen Gründen die Gefahr einer Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit als Folge des Auslandsaufenthalts besteht und
- inwieweit die Gefahr eines Leistungsmissbrauchs besteht.

Kann die Krankenkasse auf Basis dieses Antrages nicht abschließend entscheiden, wird zur Unterstützung noch vor dem Auslandsaufenthalt eine Stellungnahme beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeholt, welche dann die Basis der Entscheidung durch die Krankenkasse darstellt. Damit der Gutachter alle relevanten Informationen berücksichtigen kann, sollte zumindest von den behandelnden Ärzten ein entsprechendes positives Attest vorgelegt werden. Erscheint eine Auslandsreise nicht zielführend für den weiteren Krankheitsverlauf, ist diese durch die Krankenkasse abzulehnen. Begibt sich der Versicherte trotz Ablehnung ins Ausland, ruht der Anspruch auf Krankengeld für diesen Zeitraum nach § 16 Abs. 4 SGB V.

Auch im Zusammenhang mit einer genehmigten Auslandsreise gelten die weiteren Ruhestatbestände nach § 49 SGB V fort. Um ein anderweitiges Ruhen des Krankengeldanspruchs zu vermeiden, müssen die Versicherten analog einer Reise im Inland z. B. den Arbeitsunfähigkeitsnachweis rechtzeitig der Krankenkasse vorlegen.

### **6.10 Gesetzliche Dienstpflicht oder freiwilliger Wehrdienst**

Entsprechend § 16 Abs. 1 Nr. 2 und 2a SGB V ruht der Anspruch auf Krankengeld, solange Versicherte Dienst auf Grund einer gesetzlichen Dienstpflicht oder Dienstleistungen und Übungen nach dem vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten oder in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 Einsatz-Weiterverwendungsgesetz stehen.

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

### 6.11 Teilnehmer an Freiwilligendiensten

Der Anspruch auf Krankengeld ruht, soweit und solange Versicherten von der Einsatzstelle im Rahmen der Vereinbarung zum Freiwilligendienst (Teilnehmer am Bundes- oder Jugendfreiwilligendienst) bei Arbeitsunfähigkeit Taschengeld fortgezahlt wird.

Die Vereinbarung im Rahmen des Freiwilligendienstes begründet ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis, welches insbesondere sich daraus ergibt, dass die mit dem Freiwilligendienst verbundenen Rechte und Pflichten sich aus sozialrechtlichen Regelungen ableiten, welche in einer festen Vereinbarung bereits vorgegeben sind und nicht dem freien Willen der Vertragspartner unterliegen. Rechtsverhältnisse, welche von Rechtssätzen des öffentlichen Rechts geprägt sind, begründen daher kein privatrechtliches Arbeitsverhältnis (analoge Anwendung der Urteile vom BAG vom 26.09.2007 – 5 AZR 857/06 –, 20.02.2008 – 5 AZR 290/07 – und 19.03.2008 – 5 AZR 435/07 –, siehe auch BT-Drs. 17/4803, S. 18). Als Folge können die arbeitsrechtlichen Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes (EntgFG), z. B. die Regelung zum Entstehen des Anspruches auf Entgeltfortzahlung erst nach einer 4-wöchigen ununterbrochenen Dauer des Arbeitsverhältnisses, auf diesen Personenkreis nicht angewandt werden.

Eine Anrechnung von Vorerkrankungszeiten – entsprechend den Ausführungen in § 3 Abs. 1 Satz 2 EntgFG – ist in der Vereinbarung nicht vorgesehen, weshalb der Anspruch auf Fortzahlung des Taschengeldes innerhalb der ersten sechs Wochen für jede Erkrankung neu besteht und der Anspruch auf Krankengeld jeweils für diesen Zeitraum ruht.

Für Teilnehmer am Freiwilligendienst, welche bereits eine Rente oder ein Ruhegehalt beziehen, gelten die besonderen Regelungen des § 50 SGB V. Sofern demnach z. B. eine Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen wird, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen (siehe [7.1 „Ausschluss des Krankengeldes wegen Rentenbezug“](#)).

### 6.12 Heilfürsorge

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ruht der Anspruch auf Krankengeld, solange Versicherte nach dienstrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Heilfürsorge haben oder als Entwicklungshelfer Entwicklungsdienst leisten.

### 6.13 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Der Anspruch auf Leistungen ruht nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, solange

- sich ein Versicherter in Untersuchungshaft befindet oder



## Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

- er nach § 126a StPO (Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit bei Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit) vorübergehend untergebracht ist oder
- gegen ihn eine Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird,

soweit der Versicherte als Gefangener Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem StVollzG hat oder sonstige Gesundheitsfürsorge erhält.

Der Anspruch auf das Krankengeld ruht nicht nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, wenn während einer Arbeitsunfähigkeit die freiheitsentziehende Maßnahme angetreten wird.

Für Strafgefangene, die als "Freigänger" einem Beschäftigungsverhältnis außerhalb der Strafanstalt nachgehen und deswegen krankenversichert sind, ruht nach § 62a StVollzG der Anspruch auf Gesundheitsfürsorge, weshalb der Anspruch auf Krankengeld nicht nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V zum Ruhen kommt.

### **6.14 Beitragsschuldner der Künstlersozialkasse**

Die Vorschrift des § 16 Abs. 2 KSVG bestimmt, dass die Nichtzahlung von Beitragsanteilen für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ohne Folgen bleibt. Da die Künstlersozialkasse gegenüber den Krankenkassen Beitragsschuldnerin und damit zur Zahlung der Beiträge auch dann verpflichtet ist, wenn die Versicherten ihre Beitragsanteile nicht gezahlt haben, würde ein Fehlen dieser Regelung dazu führen, dass Versicherte ohne Beitragszahlung über einen längeren Zeitraum hinweg Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen könnten. Die Künstlersozialkasse hat deshalb das Ruhen der Leistungen (u. a. Krankengeld) anzuordnen, wenn der Versicherte mit Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand ist und trotz Mahnung den Rückstand nicht mindestens auf einen Monatsbeitrag verringert. Damit die Krankenkasse die Ruhensvorschriften möglichst ungehindert und zeitnah umsetzen kann, wird sie von der Künstlersozialkasse über die Mahnung sowie den Eintritt und das Ende des Ruhens unterrichtet. Für zurückliegende Zeiten, auch wenn nachträglich die Zahlung aller rückständigen Beiträge erfolgt, bleibt es beim Ruhen der Leistungsansprüche bzw. des Krankengeldes. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

Ruhen des Anspruchs auf Krankengeld

#### **6.15 Beitragsschuldner nach dem SGB V**

Der Anspruch auf Krankengeld ruht für Beitragsschuldner nach § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V. Die Auslegung und Anwendung erfolgt analog der unter [6.14 „Beitragsschuldner der Künstlersozialkasse“](#) beschriebenen Vorgehensweise beim Ruhen des Anspruchs für Beitragsschuldner der Künstlersozialkasse.

Zusätzlich endet das Ruhen auch bzw. tritt nicht ein, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII werden.

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

**7. Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes**

<b>7.1</b>	<b>AUSSCHLUSS DES KRANKENGELDES WEGEN RENTENBEZUG .....</b>	<b>184</b>
7.1.1	UMWANDLUNG EINER VOLL- IN EINE TEILRENTE WEGEN ALTERS	185
	<i>Beispiel 128 – Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters .....</i>	<i>186</i>
	<i>Beispiel 129 – Veränderter Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters ohne Überprüfungsantrag .....</i>	<i>187</i>
	<i>Beispiel 130 – Veränderter Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag .....</i>	<i>187</i>
	<i>Beispiel 131 – Veränderter Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag .....</i>	<i>188</i>
	<i>Beispiel 132 – Hinzutritt eines Hinzuverdienstes und Vollrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag .....</i>	<i>189</i>
	<i>Beispiel 133 – Hinzutritt eines befristeten Hinzuverdienstes und Vollrente wegen Alters ...</i>	<i>189</i>
	<i>Beispiel 134 – Veränderter Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters ohne Beantragung.</i>	<i>190</i>
	<i>Beispiel 135 – Veränderter Hinzuverdienst bei Erreichen der Regelaltersgrenze .....</i>	<i>191</i>
7.1.2	UMWANDLUNG EINER TEIL- IN EINE VOLLRENTE WEGEN ALTERS	191
	<i>Beispiel 136 – Hinzuverdienst und Teilrente wegen Alters .....</i>	<i>193</i>
	<i>Beispiel 137 – Veränderter Hinzuverdienst und Teilrente wegen Alters .....</i>	<i>194</i>
	<i>Beispiel 138 – Veränderter Hinzuverdienst und Teilrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag .....</i>	<i>195</i>
	<i>Beispiel 139 – Wegfall eines Hinzuverdienstes und Teilrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag .....</i>	<i>196</i>
	<i>Beispiel 140 – Arbeitsunfähigkeit ohne Krankengeld und Teilrente wegen Alters .....</i>	<i>197</i>
	<i>Beispiel 141 – Zuerkennung der Teilrente wegen Alters <b>vor</b> Beginn der AU .....</i>	<i>197</i>
	<i>Beispiel 142 – Zuerkennung der Teilrente wegen Alters <b>nach</b> Beginn der AU.....</i>	<i>198</i>
	<i>Beispiel 143 – Teilrente mit Krankengeldbezug und Vorerkrankung .....</i>	<i>199</i>
	<i>Beispiel 144 – Lange Dauer des Krankengeldbezuges und Teilrente wegen Alters.....</i>	<i>201</i>
7.1.3	TEILRENTE WEGEN ALTERS IN WUNSCHHÖHE	202
7.1.4	WEITERE RENTENANSPRÜCHE	203
	<i>Beispiel 145 – Hinzuverdienst und Teilrente wegen voller Erwerbsminderung.....</i>	<i>203</i>
<b>7.2</b>	<b>KÜRZUNG DES KRANKENGELDES WEGEN RENTENBEZUGS .....</b>	<b>204</b>

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Durch die Bewilligung von Renten kann der Anspruch auf Krankengeld trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen sein oder nur noch gekürzt fortbestehen. In § 50 SGB V sind hierzu die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben normiert.

### 7.1 Ausschluss des Krankengeldes wegen Rentenbezug

Nach § 50 Abs. 1 SGB V ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen für Versicherte, die

- Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Ruhegehalt, das nach den beamtenrechtlichen Vorschriften und Grundsätzen gezahlt wird,
- Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3 SGB V oder
- Leistungen, die eine vergleichbare Rente die von einem Träger oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt wird oder nach den ausschließlich für das in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiets geltenden Bestimmungen gezahlt wird, beziehen.

Hintergrund des gesetzlichen Ausschlusses ist, dass der Gesetzgeber bei diesen Personen davon ausgeht, dass diese keinen oder nur noch einen geringen Bezug zum Erwerbsleben haben und ihnen daher kein Entgeltausfall mehr entstehe, gegen den eine Absicherung erfolgen müsste.

Im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexi-Rentengesetz) wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters neu geregelt. Durch die neu geschaffene Möglichkeit eines rückwirkenden Wechsels aufgrund der Höhe des Hinzuverdienstes von einer Voll- in eine Teilrente oder von einer Teil- in eine Vollrente ergeben sich Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch im Zusammenhang mit einer Rente wegen Alters.

Diese Auswirkungen gelten jedoch nur für Altersrenten vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 2 SGB VI i.V.m. § 235 SGB VI. Ab Erreichen der Regelaltersgrenze wirken sich Hinzuverdienste nicht mehr auf die Art der Auszahlung der Rente aus; eine Regelaltersrente wird daher auch bei Vorliegen eines Hinzuverdienstes regelmäßig ungekürzt als Vollrente geleistet. Ein Anspruch auf Krankengeld ist bei Bezug einer Regelaltersrente nach Erreichen der Regelaltersgrenze daher regelmäßig nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen.

Die Regelaltersgrenze wird grundsätzlich mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht. Versicherte, die vor dem 01.01.1947 geboren sind, erreichen die Regelaltersgrenze mit Vollendung

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

des 65. Lebensjahres. Für Versicherte, die nach dem 31.12.1946 geboren sind, wird die Regelaltersgrenze wie folgt angehoben:

Versicherte Geburtsjahr	Anhebung um Monate	auf Alter	
		Jahr	Monat
1947	1	65	1
1948	2	65	2
1949	3	65	3
1950	4	65	4
1951	5	65	5
1952	6	65	6
1953	7	65	7
1954	8	65	8
1955	9	65	9
1956	10	65	10
1957	11	65	11
1958	12	66	0
1959	14	66	2
1960	16	66	4
1961	18	66	6
1962	20	66	8
1963	22	66	10

### 7.1.1 Umwandlung einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters

Wird eine Rente wegen Alters als Vollrente gezahlt, ist vom Beginn der Vollrente an der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ausgeschlossen. Wird infolge der jährlichen Überprüfung durch den Rentenversicherungsträger bei Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI die Vollrente rückwirkend in eine Teilrente abgeändert, entsteht damit grundsätzlich ab dem Beginn der Teilrente auch ein Anspruch auf Krankengeld für eine ausgeübte Beschäftigung.

Die tatsächliche Realisierung eines solchen rückwirkenden Anspruchs kann jedoch wegen eines Ruhestatbestandes nach § 49 SGB V (z.B. wegen Entgeltfortzahlung oder wegen Nicht- bzw. verspäteter Meldung der Arbeitsunfähigkeit) ausgeschlossen sein. Eine Prüfung eines Krankengeld-

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

anspruchs kann in der Regel frühestens mit Zugang des Bescheides des Rentenversicherungsträgers über die jährlich zum 01.07. stattfindende Überprüfung des Rentenanspruchs für das vergangene Kalenderjahr nach § 34 Abs. 3d SGB VI erfolgen. Im Rahmen der Überprüfung des Rentenanspruchs erfolgt neben der Beurteilung des tatsächlichen Hinzuverdienstes für das vergangene Jahr grundsätzlich auch eine Prognose des zu erwartenden Hinzuverdienstes für das aktuelle bzw. folgende Kalenderjahr. Die Prognose erfolgt hierbei grundsätzlich auf Basis des tatsächlichen Hinzuverdienstes für das vergangene Jahr. Unterjährig eingetretene Änderungen des Hinzuverdienstes werden hierbei nur berücksichtigt, sofern ein gesonderter Änderungsantrag durch die Versicherten beim Rentenversicherungsträger gestellt wird.

Der Gesetzgeber hat in § 34 Abs. 3e SGB VI hierfür jedoch ein Antragsrecht vorgesehen, wodurch auch losgelöst von den jährlich stattfindenden Überprüfungen Änderungen des bisher berücksichtigten Hinzuverdienstes auf Antrag überprüft werden können, wenn der voraussichtliche kalenderjährliche Hinzuverdienst um mindestens 10 Prozent vom bisher berücksichtigten Hinzuverdienst abweicht und sich dadurch eine Änderung ergibt, die den Rentenanspruch betrifft. Eine Änderung in diesem Sinne ist auch der Hinzutritt oder der Wegfall von Hinzuverdienst. Ein Hinzutritt eines Hinzuverdienstes oder ein höherer als der bisher berücksichtigte Hinzuverdienst wird dabei mit Wirkung für die Zukunft berücksichtigt.

Erhöht sich der kalenderjährliche Hinzuverdienst der Versicherten voraussichtlich um mindestens 10 Prozent und ergibt sich daraus eine Änderung des Rentenanspruchs, kann nach § 34 Abs. 3e SGB VI ein Antrag auf Überprüfung beim Rentenversicherungsträger gestellt werden. Bei Überschreiten der Hinzuverdienstgrenze entsteht ein Anspruch auf Krankengeld bereits vor der Regelüberprüfung nach § 34 Abs. 3d SGB VI.

Ergibt sich bei der Prüfung eine Veränderung der Rente z.B. Wechsel von einer Voll- in eine Teilrente, wird diese Änderung der Rente mit dem folgenden Zahltermin wirksam. Die abschließende Beurteilung für die in dem Kalenderjahr vorhergehenden Monate erfolgt erst mit der turnusmäßigen Spitzabrechnung zum 01.07. des Folgejahres.

### Beispiel 128 – Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters

Bezug einer Vollrente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte (2 Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze) seit	01.06.
Die Arbeitszeit wird nach Eintritt der Rente am 01.06. reduziert. Der Hinzuverdienst beträgt monatlich	500,00 EUR

#### **Ergebnis:**

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen, weil die Altersrente als Vollrente geleistet wird. Die Altersrente wird auch bei der jährlichen Überprüfung zum 01.07. weiterhin als Vollrente geleistet werden, weil der jährliche Hinzuverdienst (500,00 EUR x 12 Monate = 6.000,00 EUR) nicht die Hinzuverdienstgrenze von 6.300,00 EUR nach § 34 Abs. 2 SGB VI überschreitet.

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

## Beispiel 129 – Veränderter Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters ohne Überprüfungsantrag

Bezug einer Vollrente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit		<u>01.08.2017</u>
<u>Erreichen der Regelaltersgrenze am</u>		<u>31.07.2019</u>
Die Arbeitszeit wird nach Eintritt der Rente reduziert. Der Hinzuverdienst beträgt bis 31.05.2018 monatlich.		500,00 EUR
Hinzuverdienst beträgt ab 01.06.2018 monatlich		700,00 EUR
Kein Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger.		
Eingang des Bescheides über die Überprüfung des Hinzuverdienstes nach § 34 Abs. 3d SGB VI bei der Krankenkasse am		<u>19.07.2019</u>
<b>Ergebnis:</b>		
Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen, weil die Altersrente als Vollrente geleistet wird.		
Die Altersrente wird bei der zum <u>01.07.2019 erfolgenden Überprüfung des Rentenversicherungsträgers rückwirkend für das Kalenderjahr 2018 für den Zeitraum 01.01.2018 bis 31.12.2018</u> in eine Teilrente umgewandelt, weil der jährliche Hinzuverdienst bezogen auf das Kalenderjahr 2018		
<u>01.01.2018 – 31.05.2018</u>	5 x 500,00 EUR =	2.500,00 EUR
+ <u>01.06.2018 – 31.12.2018</u>	7 x 700,00 EUR =	4.900,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst von		7.400,00 EUR
die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR überschreiten. <u>Die Vollrente wegen Alters wird für den Zeitraum vom 01.01.2019 bis 31.07.2019 im Rahmen der Überprüfung des Hinzuverdienstes nach § 34 Abs. 3d SGB VI nicht in eine Teilrente umgewandelt, weil prognostisch für den Zeitraum vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze vom 01.01.2019 – 31.07.2019 (Prognosebasis 7.400 EUR aus dem Jahr 2018 / 12 Monate * 7 Monate = 4316,66 €) die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschritten wird.</u>		
Ein Krankengeldanspruch für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher aufgrund des Eingangs des Bescheides am <u>19.07.2019</u> bei Erfüllung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen ab <u>01.01.2018 – 31.12.2018</u> .		
Der aufgrund der rückwirkenden Umstellung der Rente entstehende Anspruch auf Krankengeld kann <u>nur dann</u> nachträglich realisiert werden, <u>wenn die AU-Bescheinigungen rechtzeitig vorlagen</u> . <u>Für die Zeit der verspäteten Vorlage der AU-Bescheinigungen ruht der Anspruch auf Krankengeld nach § 49 SGB V.</u>		

## Beispiel 130 – Veränderter Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag

Bezug einer Vollrente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte (2 Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze) seit		01.07.2017
Die Arbeitszeit wird nach Eintritt der Rente reduziert.		
Hinzuverdienst beträgt bis 31.08.2018 monatlich		500,00 EUR
Hinzuverdienst beträgt ab 01.09.2018 monatlich		700,00 EUR
Antrag auf Überprüfung der Rente durch den Versicherten beim Rentenversicherungsträger am		10.08.2018
Eingang des Bescheides über die Überprüfung des Hinzuverdienstes nach § 34 Abs. 3e SGB VI bei der Krankenkasse am		05.09.2018

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

**Ergebnis:**

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V bis 31.08.2018 grundsätzlich ausgeschlossen, weil die Altersrente als Vollrente geleistet wird. Aufgrund der Beantragung der Überprüfung des Rentenanspruches durch den Versicherten am 10.08.2018 wird die Altersrente ab dem 01.09.2018 in eine Teilrente umgewandelt, weil der jährliche Hinzuverdienst sowohl bezogen auf das aktuelle Kalenderjahr

01.01.2018 – 31.08.2018	8 x 500,00 EUR =	4.000,00 EUR
+ 01.09.2018 – 31.12.2018	4 x 700,00 EUR =	2.800,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		6.800,00 EUR

als auch prognostisch für den Zeitraum ab 01.01.2019

01.01.2019 – 31.12.2019	12 x 700,00 EUR =	8.400,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR überschreitet. Ein Krankengeldanspruch für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt entsteht daher aufgrund des Eingangs des Bescheides am 05.09.2018 bei Erfüllung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen grundsätzlich ab dem 01.09.2018.

Die Altersrente wird bei der zum 01.07.2019 erfolgenden Überprüfung des Rentenversicherungsträgers rückwirkend für den Zeitraum vom 01.01.2018 – 31.08.2018 ebenfalls in eine Teilrente umgewandelt. Der aufgrund der rückwirkenden Umstellung der Rente entstehende Anspruch auf Krankengeld kann nur dann nachträglich realisiert werden, wenn die AU-Bescheinigung rechtzeitig vorgelegt worden war. Für die Zeit vor der Vorlage ruht der Anspruch auf Krankengeld.

## Beispiel 131 – Veränderter Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag

Bezug einer Vollrente wegen Alters für besonders langjährige Versicherte (2 Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze) seit	01.07.2017
Die Arbeitszeit wird nach Eintritt der Rente reduziert.	
Hinzuverdienst beträgt bis 31.10.2018 monatlich	500,00 EUR
Hinzuverdienst beträgt ab 01.11.2018 monatlich	600,00 EUR
Antrag auf Überprüfung der Rente durch den Versicherten beim Rentenversicherungsträger am	10.08.2018
Eingang des Bescheides über die Überprüfung des Hinzuverdienstes nach § 34 Abs. 3e SGB VI bei der Krankenkasse am	05.09.2018

**Ergebnis:**

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V bis 31.12.2018 ausgeschlossen, weil die Altersrente als Vollrente geleistet wird. Aufgrund der Beantragung der Überprüfung des Rentenanspruches durch den Versicherten am 10.08.2018 wird die Altersrente erst ab dem 01.01.2019 in eine Teilrente umgewandelt, weil der jährliche Hinzuverdienst bezogen auf das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.10.2018	10 x 500,00 EUR =	5.000,00 EUR
+ 01.11.2018 – 31.12.2018	2 x 600,00 EUR =	1.200,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		6.200,00 EUR



## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

nicht, aber prognostisch für den Zeitraum ab 01.01.2019

01.01.2019 – 31.12.2019	12 x 600,00 EUR =	7.200,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR überschreitet. Für den Zeitraum vom 01.01.2018 bis 31.12.2018 verbleibt es daher bei der Vollrente.

Ein Krankengeldanspruch für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher aufgrund des Eingangs des Bescheides am 15.09.2018 bei Erfüllung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen (z. B. rechtzeitige Vorlage der AU-Bescheinigung) frühestens ab 01.01.2019.

## Beispiel 132 – Hinzutritt eines Hinzuverdienstes und Vollrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag

Bezug einer Vollrente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte (2 Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze) seit	01.07.2017
Beschäftigung wird zum 01.09.2018 aufgenommen, der Hinzuverdienst beträgt monatlich	700,00 EUR
Antrag auf Überprüfung der Rente durch den Versicherten beim Rentenversicherungsträger am	10.08.2018
Eingang des Bescheides über die Überprüfung des Hinzuverdienstes nach § 34 Abs. 3e SGB VI bei der Krankenkasse am	05.09.2018

**Ergebnis:**

Auch der Hinzutritt einer Beschäftigung während des Rentenbezuges stellt eine Änderung des Hinzuverdienstes im Sinne des § 34 Abs. 3e SGB VI dar. Aufgrund der Beantragung der Überprüfung des Rentenanspruches durch den Versicherten am 10.08.2018 wird die Altersrente ab dem 01.01.2019 in eine Teilrente umgewandelt, weil der jährliche Hinzuverdienst bezogen auf das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.08.2018	8 x 0,00 EUR =	0,00 EUR
+ 01.09.2018 – 31.12.2018	4 x 700,00 EUR =	2.800,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		2.800,00 EUR

nicht, aber prognostisch für den Zeitraum ab 01.01.2019

01.01.2019 – 31.12.2019	12 x 700,00 EUR =	8.400,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR überschreitet. Ein Krankengeldanspruch für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher aufgrund des Eingangs des Bescheides am 05.09.2018 bei Erfüllung der weiteren Anspruchsvoraussetzungen (z. B. rechtzeitige Vorlage der AU-Bescheinigung) frühestens ab dem 01.01.2019.

## Beispiel 133 – Hinzutritt eines befristeten Hinzuverdienstes und Vollrente wegen Alters

Bezug einer Vollrente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte (2 Jahre vor Erreichen der Regelaltersgrenze) seit	01.07.
Beschäftigung wird zum 01.09. aufgenommen und ist bis 31.12. befristet, der Hinzuverdienst beträgt monatlich	700,00 EUR
Kein Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger	

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

**Ergebnis:**

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen, weil die Altersrente als Vollrente geleistet wird.

Die Altersrente wird auch bei der jährlichen Überprüfung zum 01.07. weiterhin als Vollrente geleistet, weil der jährliche Hinzuverdienst

01.01. - 31.08.	8 x 0,00 EUR =	0,00 EUR
+ 01.09. - 31.12.	4 x 700,00 EUR =	2.800,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		2.800,00 EUR

nicht die Hinzuverdienstgrenze von 6.300,00 EUR nach § 34 Abs. 2 SGB VI überschreitet. Durch die Befristung der Beschäftigung wird die Hinzuverdienstgrenze auch im Folgejahr prognostisch nicht überschritten, sodass die Altersrente weiterhin als Vollrente geleistet wird. Ein Anspruch auf Krankengeld ist daher nicht gegeben.

## Beispiel 134 – Veränderter Hinzuverdienst und Vollrente wegen Alters ohne Beantragung

Bezug einer Vollrente wegen Alters für besonders langjährig	01.07.2017
Versicherte seit	
Regelaltersgrenze wird erreicht am	30.11.2018
Beschäftigung wird laufend fortgeführt	
Hinzuverdienst beträgt bis 31.05.2018 monatlich	500,00 EUR
Hinzuverdienst beträgt ab 01.06.2018 monatlich	1.000,00 EUR
Kein Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger	
Eingang des Bescheides des Rentenversicherungsträgers zum Hinzuverdienst nach § 34 Abs. 3d SGB VI bei der Krankenkasse am	29.12.2018

**Ergebnis:**

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen, weil die Altersrente als Vollrente geleistet wird.

Die Altersrente wird durch den Rentenversicherungsträger aufgrund des Erreichens der Regelaltersgrenze nach Ablauf des Monats, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wird, überprüft und rückwirkend zum 01.01.2018 in eine Teilrente umgewandelt, weil der jährliche Hinzuverdienst 2018

01.01.2018 - 31.05.2018	5 x 500,00 EUR =	2.500,00 EUR
+ 01.06.2018 - 30.11.2018	6 x 1.000,00 EUR =	6.000,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		8.500,00 EUR

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR überschreitet. Der aufgrund der rückwirkenden Umstellung der Altersrente als Teilrente entstehende Anspruch auf Krankengeld ab dem 01.01.2018 kann nur dann nachträglich realisiert werden, wenn die AU-Bescheinigung rechtzeitig vorgelegt worden war. Für die Zeit vor der Vorlage ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Aufgrund des Erreichens der Regelaltersgrenze zum 30.11.2018 und der damit verbundenen erneuten Zahlung der Vollrente ist der Krankengeldanspruch für Zeiten nach dem 30.11.2018 nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen.

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

## Beispiel 135 – Veränderter Hinzuverdienst bei Erreichen der Regelaltersgrenze

<u>Bezug einer Vollrente wegen Alters für besonders langjährig</u>	<u>01.07.2017</u>
<u>Versicherte seit</u>	
<u>Regelaltersgrenze wird erreicht am</u>	<u>01.09.2018</u>
<u>Beschäftigung wird mit Erreichen der Regelaltersgrenze laufend fortgeführt, jedoch mit erhöhtem Hinzuverdienst</u>	
<u>Hinzuverdienst beträgt bis 30.09.2018 monatlich</u>	<u>500,00 EUR</u>
<u>Hinzuverdienst beträgt ab 01.10.2018 monatlich</u>	<u>700,00 EUR</u>
<u>Kein Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger</u>	
<b><u>Ergebnis:</u></b>	
<u>Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen, weil die Altersrente als Vollrente geleistet wird.</u>	
<u>Zum Eintritt der Veränderung der Höhe des Hinzuverdienstes ist bereits der Monat abgelaufen, in dem die Regelaltersgrenze erreicht wurde, weshalb keine Anrechnung des Hinzuverdienstes mehr erfolgt (§ 100 Abs. 1 SGB VI).</u>	
<u>Ein Anspruch auf Krankengeld bleibt daher – unabhängig der Höhe des Hinzuverdienstes – weiterhin ausgeschlossen. Zu beachten ist aber, dass die Versicherten auch nach Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 42 SGB VI eine Altersrente als Vollrente oder Teilrente in Anspruch nehmen können.</u>	

## 7.1.2 Umwandlung einer Teil- in eine Vollrente wegen Alters

Wird eine Rente wegen Alters unter Berücksichtigung des Hinzuverdienstes als Teilrente gezahlt, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Krankengeld, wenn die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Wird bei der Überprüfung der Rentenhöhe nach § 34 Abs. 3d oder 3e SGB VI durch den Rentenversicherungsträger entgegen der vorherigen Prognose die für eine Vollrente geltende Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten, wird rückwirkend die Teilrente in eine Vollrente abgeändert. Hierdurch entfällt ebenso rückwirkend ab dem Beginn der Vollrente der Anspruch auf Krankengeld.

War neben der Teilrente eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten, wegen der von der Krankenkasse Krankengeld zu gewähren war, ergibt sich aufgrund des mit dem rückwirkend eingetretenen Anspruch auf Vollrente und des ebenfalls rückwirkend entfallenden Krankengeldanspruchs für die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch, der regelmäßig aus der Rentennachzahlung (teilweise) beglichen wird. Der die Rente übersteigende Krankengeldbetrag verbleibt jedoch bei dem Versicherten, da er von der Krankenkasse nicht mehr zurückgefordert werden kann (§ 50 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Diese Fallgestaltungen treten praktisch häufiger im Zusammenhang von Rente und Hinzuverdienst auf, weil nach § 34 Abs. 3b Satz 1 SGB VI bei der Beurteilung der Rente als Voll- oder Teilrente als Hinzuverdienst nur Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen berücksichtigt wird. Der Bezug von Entgeltersatzleistungen stellt kein vergleichbares Einkommen in diesem Sinne dar, weshalb ein entsprechender Bezug nicht als Hinzuverdienst angerechnet werden darf. Erkrankten Versicherte während des Teilrentenbezugs, ist daher vielfach von einem Wegfall der Teilrente auszugehen bzw. erfolgt regelmäßig eine Nachzahlung einer erhöhten Teilrente.

Nach § 34 Abs. 3e SGB VI sind Änderungen des bisher berücksichtigten Hinzuverdienstes auf Antrag zu berücksichtigen, wenn der voraussichtliche kalenderjährliche Hinzuverdienst um mindestens 10 Prozent vom bisher berücksichtigten Hinzuverdienst abweicht und sich dadurch eine Änderung ergibt, die den Rentenanspruch betrifft. Eine Änderung in diesem Zusammenhang ist auch der Hinzutritt oder der Wegfall von Hinzuverdienst. Ein Krankengeldbezug stellt daher einen vergleichbaren Grund zum Wegfall des aus dem Beschäftigungsverhältnis erzielten Arbeitsentgelts dar, weil mit Eintritt des Krankengeldes der anrechenbare Hinzuverdienst entfällt und dies regelmäßig eine Änderung im Rentenanspruch zur Folge hat. Die Krankenkasse kann seit dem TSVG in solchen Fallgestaltungen den Versicherten nach § 51 Abs. 1a SGB V zur Antragstellung auffordern (siehe 8.3 „Antrag bei Unterschreitung der Hinzuverdienstgrenze“)

Ein Antrag auf Überprüfung beim Rentenversicherungsträger ist selbst in den Fällen notwendig, in welchen die Rente nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit zuerkannt worden ist und durch den bisher im Kalenderjahr erzielten Hinzuverdienst die Hinzuverdienstgrenze weiterhin überschritten wird. Hintergrund ist, dass aufgrund des Krankengeldbezuges sich in jedem Fall ein reduzierter Hinzuverdienst ergibt, welcher eine Erhöhung der Teilrente zur Folge hat. Durch die nachträgliche Erhöhung der Rente ohne Berücksichtigung des Krankengeldes als Hinzuverdienst, würde daher eine Besserstellung von arbeitsunfähigen im Vergleich zu arbeitsfähigen Rentnern entstehen. Die Nachzahlung bzw. der höhere Zahlbetrag der Rente stellt daher eine nach § 50 Abs. 2 SGB V nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung zuerkannte Leistung dar, welche zur Kürzung des Krankengeldes um den Zahlbetrag der Rente (Rentenhöhe nach der Überprüfung abzüglich Rentenhöhe vor der Überprüfung) führen muss. Das Krankengeld ist daher um den veränderten Zahlbetrag der Rente für die Zukunft entsprechend zu korrigieren und für den zurückliegenden Zeitraum ein Erstattungsanspruch beim Rentenversicherungsträger anzumelden. Wurde die Rente bereits vor dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit zuerkannt, hat auch eine Erhöhung der Teilrente keine Auswirkung auf die Krankengeldhöhe, weshalb in dieser Konstellation auch kein Erstattungsanspruch besteht.

Dem gesetzlichen Wortlaut des § 34 Abs. 3b SGB VI folgend sind ausschließlich Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und vergleichbares Einkommen als Hinzuverdienst zu berücksichtigen. Der Bezug einer Entgeltersatzleistung ist daher explizit nicht als Hinzuverdienst anzurechnen. Aus

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

dieser Regelung ist daher die gesetzgeberische Intention abzuleiten, dass die durch den Hinzuverdienst bedingte Kürzung der Rente nicht zu Lasten des Bezuges einer Entgeltersatzleistung kompensiert werden soll. Vielmehr soll die Rente entsprechend des tatsächlichen Hinzuverdienstes als erhöhte Teilrente oder Vollrente dem Versicherten zur Verfügung gestellt werden.

Ergibt die Prüfung eine Veränderung der Rente, z.B. Wechsel von einer Teil- in eine Vollrente, wird diese Änderung der Rente ab dem Beginn des dem Antrag folgenden Monats wirksam. Die abschließende Beurteilung für die in dem Kalenderjahr vorhergehenden Monate erfolgt erst mit der turnusmäßigen Spitzabrechnung zum 01.07. des Folgejahres. Im Rahmen der Überprüfung des Rentenanspruchs erfolgt neben der Beurteilung des tatsächlichen Hinzuverdienstes für das vergangene Jahr grundsätzlich auch eine Prognose des zu erwartenden Hinzuverdienstes für das aktuelle bzw. folgende Kalenderjahr. Die Prognose erfolgt hierbei grundsätzlich auf Basis des tatsächlichen Hinzuverdienstes für das vergangene Jahr. Unterjährig eingetretene Änderungen des Hinzuverdienstes werden hierbei nur berücksichtigt, sofern ein gesonderter Änderungsantrag durch die Versicherten beim Rentenversicherungsträger gestellt wird.

## Beispiel 136 – Hinzuverdienst und Teilrente wegen Alters

Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit	01.10.2017
Regelaltersgrenze wird erreicht am	30.09.2019
Die Arbeitszeit wird <u>ab Rentenbeginn</u> ab 01.10.2017 reduziert. Der Hinzuverdienst beträgt monatlich	1.000,00 EUR

**Ergebnis:**

Die Altersrente wird nur in der Zeit vom 01.10.2017 – 31.12.2017 als Vollrente gewährt, weil zwar der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2017

01.10.2017 – 31.12.2017	3 x 1.000,00 EUR =	3.000,00 EUR
-------------------------	--------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschreitet, jedoch dies prognostisch für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.12.2018	12 x 1.000,00 EUR =	12.000,00 EUR
-------------------------	---------------------	---------------

erfolgen wird.

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher ab 01.01.2018 ein Krankengeldanspruch, weil ab diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezuges einer Teilrente der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V nicht ausgeschlossen ist. Die Altersrente wird auch bei der jährlichen Überprüfung zum 01.07. weiterhin als Teilrente geleistet, weil sowohl der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2018 und prognostisch auch für das Kalenderjahr 2019

01.01.2019 – 30.09.2019	9 x 1.000,00 EUR =	9.000,00 EUR
-------------------------	--------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR überschreitet.

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Mit Erreichen der Regelaltersgrenze am 30.09.2019 ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen. Zu beachten ist aber, dass die Versicherten auch nach Erreichen der Regelaltersgrenze gemäß § 42 SGB VI eine Altersrente als Vollrente oder Teilrente in Anspruch nehmen können.

## Beispiel 137 – Veränderter Hinzuverdienst und Teilrente wegen Alters

Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit	01.10.2017
Regelaltersgrenze wird erreicht am	30.09.2019
Beschäftigung wird <u>ab Rentenbeginn</u> reduziert laufend fortgeführt	
Hinzuverdienst beträgt bis 31.05.2018 monatlich	700,00 EUR
Hinzuverdienst beträgt ab 01.06.2018 monatlich	500,00 EUR
Kein Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger	
Eingang des Prüfbescheides zum Hinzuverdienst nach § 34 Abs. 3d SGB VI bei der Krankenkasse am	20.07.2019

**Ergebnis:**

Die Altersrente wird nur in der Zeit vom 01.10.2017 – 31.12.2017 als Vollrente gewährt, weil zwar der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2017

01.10.2017 – 31.12.2017	3 x 700,00 EUR =	2.100,00 EUR
-------------------------	------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschreitet, jedoch dies prognostisch für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.12.2018	12 x 700,00 EUR =	8.400,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

erfolgen wird.

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher ab 01.01.2018 ein Krankengeldanspruch, weil ab diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezuges der Altersrente als Teilrente der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V nicht ausgeschlossen ist.

Die Altersrente wird bei der zum 01.07.2019 erfolgenden Überprüfung des Rentenversicherungsträgers für das Kalenderjahr 2018 weiterhin als Teilrente geleistet, weil der jährliche Hinzuverdienst zwar für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.05.2018	5 x 700,00 EUR =	3.500,00 EUR
+ 01.06.2018 – 31.12.2018	7 x 500,00 EUR =	3.500,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst von		7.000,00 EUR

und auch prognostisch für das Kalenderjahr 2019 (Prognosebasis 7.000 EUR aus dem Jahr 2018) die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR überschreitet.

Die Rente wird aufgrund des Überprüfungsbescheides vom 20.07.2019 rückwirkend ab 01.01.2019 als Vollrente geleistet, weshalb der Anspruch auf Krankengeld ebenfalls ab diesem Zeitpunkt nach § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V entfällt.

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Sofern Krankengeld nach dem 01.01.2019 gezahlt wurde, ist frühzeitig über eine Aufforderung nach § 51 Abs. 1a SGB V zu entscheiden sowie ggf. ein Erstattungsanspruch beim Rentenversicherungsträger anzumelden.

## Beispiel 138 – Veränderter Hinzuverdienst und Teilrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag

Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit	01.10.2017
Regelaltersgrenze wird erreicht am	30.09.2019
Die Arbeitszeit wird nach Eintritt der Rente reduziert fortgeführt.	
Hinzuverdienst beträgt bis 31.08.2018 monatlich	700,00 EUR
Hinzuverdienst beträgt ab 01.09.2018 monatlich	500,00 EUR
Antrag auf Überprüfung der Rente durch den Versicherten beim Rentenversicherungsträger am	10.08.2018
Eingang des Prüfbescheides zum Hinzuverdienst nach § 34 Abs. 3f SGB VI bei der Krankenkasse am	05.09.2018

**Ergebnis:**

Die Altersrente wird nur in der Zeit vom 01.10.2017 – 31.12.2017 als Vollrente gewährt, weil der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2017

01.10.2017 – 31.12.2017	3 x 700,00 EUR =	2.100,00 EUR
-------------------------	------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschreitet, jedoch dies prognostisch für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.12.2018	12 x 700,00 EUR =	8.400,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

erfolgen wird.

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher ab 01.01.2018 ein Krankengeldanspruch, weil ab diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezuges der Altersrente als Teilrente der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V nicht ausgeschlossen ist.

Die Altersrente wird bei der aufgrund des Antrages vom 10.08.2018 erfolgenden Überprüfung des Rentenversicherungsträgers nur für das Kalenderjahr 2018 weiterhin als Teilrente geleistet, weil der jährliche Hinzuverdienst prognostisch für das Kalenderjahr 2018 überschritten wird.

01.01.2018 – 31.08.2018	8 x 700,00 EUR =	5.600,00 EUR
+ 01.09.2018 – 31.12.2018	4 x 500,00 EUR =	2.000,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		7.600,00 EUR

Für das Kalenderjahr 2019

<u>01.01.2019 – 30.09.2019 (Erreichen der Regelaltersgrenze)</u>	<u>9 x 500,00 EUR =</u>	<u>4.500,00 EUR</u>
--	-------------------------	---------------------

wird hingegen die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR unterschritten.

Der Anspruch auf Krankengeld entfällt nach § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V ab dem 01.01.2019.

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

## Beispiel 139 – Wegfall eines Hinzuverdienstes und Teilrente wegen Alters mit Überprüfungsantrag

Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit	01.10.2017
Regelaltersgrenze wird erreicht am	30.09.2019
Beschäftigung wird aufgegeben zum	01.09.2018
Hinzuverdienst beträgt bis 31.08.2018 monatlich	700,00 EUR
Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger am	10.08.2018
Eingang des Prüfbescheides zum Hinzuverdienst nach § 34 Abs. 3f SGB VI bei der Krankenkasse am	05.09.2018

**Ergebnis:**

Die Altersrente wird nur in der Zeit vom 01.10.2017 – 31.12.2017 als Vollrente gewährt, weil der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2017

01.10.2017 – 31.12.2017	3 x 700,00 EUR =	2.100,00 EUR
-------------------------	------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschreitet, jedoch dies prognostisch für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.12.2018	12 x 700,00 EUR =	8.400,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

erfolgen wird.

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher ab 01.01.2018 ein Krankengeldanspruch, weil ab diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezuges der Altersrente als Teilrente der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V nicht ausgeschlossen ist.

Der Wegfall der Beschäftigung während des Rentenbezuges stellt eine Änderung des Hinzuverdienstes im Sinne des § 34 Abs. 3e SGB VI dar. Die Altersrente wird bei der aufgrund des Antrages vom 10.08.2018 erfolgenden Überprüfung des Rentenversicherungsträgers ab Beginn des dem Antrag folgenden Monats (01.09.2018) als Vollrente geleistet, weil der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.08.2018	8 x 700,00 EUR =	5.600,00 EUR
+ 01.09.2018 – 31.12.2018	4 x 0,00 EUR =	0,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		5.600,00 EUR

prognostisch die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR unterschreiten wird. Der Anspruch auf Krankengeld entfällt nach § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V demnach ebenfalls ab dem 01.09.2018.

Die Altersrente wird bei der zum 01.07.2019 erfolgenden Überprüfung des Rentenversicherungsträgers rückwirkend für den Zeitraum vom 01.01.2018 – 31.08.2018 ebenfalls in eine Vollrente umgewandelt. Aufgrund der rückwirkenden Umstellung der Rente entfällt der Anspruch auf Krankengeld auch für diesen Zeitraum.



## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Sofern Krankengeld für Zeiträume nach dem 31.12.2017 gezahlt wurde, ist frühzeitig über eine Aufforderung nach § 51 Abs. 1a SGB V zu entscheiden sowie ggf. ein Erstattungsanspruch beim Rentenversicherungsträger anzumelden.

## Beispiel 140 – Arbeitsunfähigkeit ohne Krankengeld und Teilrente wegen Alters

Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit	01.10.2017
Regelaltersgrenze wird erreicht am	30.09.2019
Hinzuverdienst beträgt monatlich	700,00 EUR
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	08.05.2018
voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit	14.06.2018
Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bis	14.06.2018

Die AU-Bescheinigungen werden jeweils rechtzeitig der Krankenkasse übermittelt.

**Ergebnis:**

Die Altersrente wird nur in der Zeit vom 01.10.2017 – 31.12.2017 als Vollrente gewährt, weil der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2017

01.10.2017 – 31.12.2017	3 x 700,00 EUR =	2.100,00 EUR
-------------------------	------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschreitet, jedoch dies prognostisch für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.12.2018	12 x 700,00 EUR =	8.400,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

erfolgen wird.

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher ab 01.01.2018 ein Krankengeldanspruch, weil ab diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezuges der Altersrente als Teilrente der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V nicht ausgeschlossen ist. Für die Arbeitsunfähigkeit ab dem 08.05.2018 ist daher ein Krankengeldanspruch gegeben.

Aufgrund der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers ruht der Anspruch auf Krankengeld gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V für die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit vom 08.05.2018 – 14.06.2018. Eine vollständige Entgeltfortzahlung während der Arbeitsunfähigkeit hat keine Auswirkung auf die Höhe des Hinzuverdienstes und damit auf die Art und Höhe der Rentenzahlung.

Sofern die Arbeitsunfähigkeit sich weiter verlängern sollte und eine Krankengeldzahlung absehbar ist, ist frühzeitig über eine Aufforderung nach § 51 Abs. 1a SGB V zu entscheiden, damit ggf. durch den Versicherten ein Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger gestellt wird.

## Beispiel 141 – Zuerkennung der Teilrente wegen Alters vor Beginn der AU

Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit	01.10.2017
Regelaltersgrenze wird erreicht am	01.10.2019
Hinzuverdienst beträgt monatlich	700,00 EUR
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	08.05.2018
voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit	14.07.2018
Anhand der Diagnose ist von einer Verlängerung nicht auszugehen.	
Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bis	18.06.2018

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Die AU-Bescheinigungen werden jeweils rechtzeitig der Krankenkasse übermittelt.

**Ergebnis:**

Die Altersrente wird nur in der Zeit vom 01.10.2017 – 31.12.2017 als Vollrente gewährt, weil der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2017

01.10.2017 – 31.12.2017	3 x 700,00 EUR =	2.100,00 EUR
-------------------------	------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschreitet, jedoch dies prognostisch für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.12.2018	12 x 700,00 EUR =	8.400,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

erfolgen wird.

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher ab 01.01.2018 ein Krankengeldanspruch, weil ab diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezuges der Altersrente als Teilrente der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V nicht ausgeschlossen ist. Für die Arbeitsunfähigkeit ist daher ab dem 08.05.2018 ein Krankengeldanspruch gegeben.

Aufgrund der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers ruht der Anspruch auf Krankengeld bis zum 18.06.2018, eine Krankengeldzahlung erfolgt demnach für den Zeitraum vom 19.06.2018 – 14.07.2018. Das Krankengeld stellt keinen Hinzuverdienst dar, weshalb zu prüfen ist, in wie weit die Altersrente weiterhin als Teilrente geleistet wird.

Berechnung Hinzuverdienst:

01.01.2018 – 31.05.2018	5 x 700,00 EUR =	3.500,00 EUR
+ 01.06.2018 – 18.06.2018 (18 Tage)	700,00 EUR : 30 * 18 =	420,00 EUR
+ 15.07.2018 – 31.07.2018 (17 Tage)	700,00 EUR : 30 * 17 =	396,67 EUR
+ 01.08.2018 – 31.12.2018	5 x 700,00 EUR =	3.500,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		7.816,67 EUR

Der Hinzuverdienst in Höhe von 7.816,67 EUR überschreitet prognostisch weiterhin die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze für das Jahr 2018 nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR, weshalb von einer Aufforderung nach § 51 Abs. 1a SGB V abzusehen ist.

Der Krankengeldbezug vom 19.06.2018 – 14.07.2018 hat bei der Überprüfung der Rente zum 01.07.2019 keine Auswirkung auf die Beurteilung der Zahlart der Rente als Teilrente, jedoch wird die Teilrente aufgrund des fehlenden Hinzuverdienstes für die Dauer des Krankengeldbezuges nachträglich erhöht. Da die Teilrente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit zuerkannt worden ist, erfolgt keine Kürzung des Krankengeldes nach § 50 Abs. 2 Nr. 2 SGB V. Für den Krankengeldzeitraum ist deshalb kein Erstattungsanspruch beim Rentenversicherungsträger anzumelden.

Beispiel 142 – Zuerkennung der Teilrente wegen Alters **nach** Beginn der AU

<u>Laufendes Arbeitsentgelt aus der SV-pflichtigen Beschäftigung</u>	3.500,00 €
<u>Rentenbescheid vom</u>	01.02.2019

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

<u>Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte ab</u>	<u>01.03.2019</u>
<u>Regelaltersgrenze wird erreicht am</u>	<u>28.02.2021</u>
<u>Ab dem Bezug der Rente soll der Hinzuverdienst monatlich betragen</u>	<u>2.000,00 EUR</u>
<u>Beginn der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>08.01.2019</u>
<u>Voraussichtliches Ende der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>14.06.2019</u>
<u>Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bis</u>	<u>18.02.2019</u>
<u>Die AU-Bescheinigungen werden jeweils rechtzeitig der Krankenkasse übermittelt.</u>	

**Ergebnis:**

Ein Krankengeldanspruch besteht grundsätzlich ab dem 08.01.2019 auf Basis des aus der Beschäftigung erzielten beitragspflichtigen Arbeitsentgelts. Die Beurteilung der Rente durch den Rentenversicherungsträger erfolgt auf Basis der Angaben des Versicherten im Zusammenhang mit dem Rentenanspruch. Aufgrund der seinerzeitigen Prognose wird die Altersrente in der Zeit vom 01.03.2019 – 31.12.2019 als Teilrente gewährt, weil prognostisch der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2019

<u>01.03.2019 – 31.12.2019</u>	<u>10 x 2.000,00 EUR =</u>	<u>20.000,00 EUR</u>
--------------------------------	----------------------------	----------------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR überschreitet.

Aufgrund der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers ruht der Anspruch auf Krankengeld bis zum 18.02.2019, eine Krankengeldzahlung erfolgt demnach für den Zeitraum vom 19.02.2019 – 14.06.2019. Das Krankengeld stellt keinen Hinzuverdienst dar, weshalb zu prüfen ist, in wie weit die Altersrente weiterhin als Teilrente geleistet wird.

**Berechnung Hinzuverdienst:**

<u>+ 15.06.2019 – 30.06.2019 (16 Tage)</u>	<u>2.000,00 EUR : 30 * 16 =</u>	<u>1.066,67 EUR</u>
<u>+ 01.07.2019 – 31.12.2019</u>	<u>6 x 2.000,00 EUR =</u>	<u>12.000,00 EUR</u>
<u>= Gesamthinzuverdienst</u>		<u>13.066,67 EUR</u>

Der Hinzuverdienst in Höhe von 13.066,67 EUR überschreitet prognostisch weiterhin die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze für das Jahr 2019 nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR, weshalb von einer Aufforderung nach § 51 Abs. 1a SGB V abzusehen ist.

Der Krankengeldbezug vom 19.02.2019 – 14.06.2019 hat bei der Überprüfung der Rente zum 01.07.2020 keine Auswirkung auf die Beurteilung der Zahlart der Rente als Teilrente, jedoch wird die Teilrente aufgrund des fehlenden Hinzuverdienstes für die Dauer des Krankengeldbezuges nachträglich erhöht. Da die Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte erst nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit begonnen hat, erfolgt eine Kürzung des Krankengeldes um den Zahlbetrag der Rente nach § 50 Abs. 2 Nr. 2 SGB V. Für den Krankengeldzeitraum ist deshalb ein Erstattungsanspruch beim Rentenversicherungsträger für die zu erwartende Erhöhung der Teilrente anzumelden.

## Beispiel 143 – Teilrente mit Krankengeldbezug und Vorerkrankung

<u>Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit</u>	<u>01.10.2017</u>
<u>Regelaltersgrenze wird erreicht am</u>	<u>30.09.2019</u>
<u>Hinzuverdienst beträgt monatlich</u>	<u>700,00 EUR</u>
<u>Beginn der Arbeitsunfähigkeit</u>	<u>08.05.2018</u>

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit 30.09.2018  
 Anhand der Diagnose ist von einer Verlängerung nicht auszugehen.  
 anrechenbare Vorerkrankung mit Krankengeldbezug 02.02.2018 – 29.03.2018  
 Kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber für diese AU.  
 Die AU-Bescheinigungen werden jeweils rechtzeitig der Krankenkasse übermittelt.

**Ergebnis:**

Die Altersrente wird nur in der Zeit vom 01.10.2017 – 31.12.2017 als Vollrente gewährt, weil der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2017

01.10.2017 – 31.12.2017 3 x 700,00 EUR = 2.100,00 EUR

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschreitet, jedoch dies prognostisch für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.12.2018 12 x 700,00 EUR = 8.400,00 EUR

erfolgen wird.

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher ab 01.01.2018 ein Krankengeldanspruch, weil ab diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezuges der Altersrente als Teilrente der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V nicht ausgeschlossen ist. Für die Arbeitsunfähigkeit ist daher ab dem 08.05.2018 ein Krankengeldanspruch gegeben.

Wegen der anrechenbaren Vorerkrankung wird keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber für die Arbeitsunfähigkeit ab 08.05.2018 geleistet, weshalb Krankengeld bereits ab dem 08.05.2018 zu zahlen ist. Das Krankengeld stellt keinen Hinzuverdienst dar, weshalb zu prüfen ist, in wie weit die Altersrente weiterhin als Teilrente geleistet wird.

Berechnung Hinzuverdienst:

01.01.2018 – 31.01.2018	1 x 700,00 EUR =	700,00 EUR
+ 01.02.2018 – 01.02.2018	700,00 EUR : 30 * 1 =	23,33 EUR
+ 30.03.2018 – 31.03.2018	700,00 EUR : 30 * 2 =	46,67 EUR
+ 01.04.2018 – 30.04.2018	1 x 700,00 EUR	700,00 EUR
+ 01.05.2018 – 07.05.2018 (7 Tage)	700,00 EUR : 30 * 7 =	163,34 EUR
+ 01.10.2018 – 31.12.2018	3 x 700,00 EUR =	2.100,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		<u>3.733,34 EUR</u>

Der voraussichtliche Krankengeldbezug bis zum 30.09.2018 hat Auswirkung auf die Beurteilung der Zahlart der Rente als Teilrente, weil aufgrund des fehlenden Hinzuverdienstes für die Dauer des voraussichtlichen Krankengeldbezuges vom 08.05.2018 – 30.09.2018 der Hinzuverdienst in Höhe von 3.733,34 EUR die Hinzuverdienstgrenze in Höhe von 6.300,00 EUR unterschreitet und die Teilrente ab 01.01.2018 rückwirkend in eine Vollrente umgewandelt wird. Die rückwirkende Umwandlung der Rente in eine Vollrente hat zur Folge, dass auch der Anspruch auf Krankengeld nach § 50 Abs. 1 SGB V rückwirkend ab 01.01.2018 entfällt.

Aufgrund des prognostischen Krankengeldbezugs, ist über eine Aufforderung nach § 51 Abs. 1a SGB V zu entscheiden, damit ggf. durch den Versicherten ein Antrag auf Überprüfung der Rente beim

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Rentenversicherungsträger gestellt wird. Gleichzeitig ist durch die Krankenkasse für den Krankengeldzeitraum ein Erstattungsanspruch beim Rentenversicherungsträger anzumelden.

## Beispiel 144 – Lange Dauer des Krankengeldbezuges und Teilrente wegen Alters

Bezug einer Rente wegen Alters für besonders langjährig Versicherte seit	01.10.2017
Regelaltersgrenze wird erreicht am	30.09.2019
Hinzuverdienst beträgt monatlich	700,00 EUR
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	08.05.2018
voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit	nicht absehbar
Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bis	18.06.2018
Die AU-Bescheinigungen werden jeweils rechtzeitig der Krankenkasse übermittelt.	
Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger am	10.06.2018
Eingang des Prüfbescheides zum Hinzuverdienst nach § 34 Abs. 3d SGB VI bei der Krankenkasse am	30.06.2018

**Ergebnis:**

Die Altersrente wird nur in der Zeit vom 01.10.2017 – 31.12.2017 als Vollrente gewährt, weil der jährliche Hinzuverdienst für das Kalenderjahr 2017

01.10.2017 – 31.12.2017	3 x 700,00 EUR =	2.100,00 EUR
-------------------------	------------------	--------------

die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Abs. 2 SGB VI in Höhe von 6.300,00 EUR nicht überschreitet, jedoch dies prognostisch für das Kalenderjahr 2018

01.01.2018 – 31.12.2018	12 x 700,00 EUR =	8.400,00 EUR
-------------------------	-------------------	--------------

erfolgen wird.

Für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt besteht daher ab 01.01.2018 ein Krankengeldanspruch, weil ab diesem Zeitpunkt aufgrund des Bezuges der Altersrente als Teilrente der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V nicht ausgeschlossen ist. Für die Arbeitsunfähigkeit ist daher ab dem 08.05.2018 ein Krankengeldanspruch gegeben.

Aufgrund der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers ruht der Anspruch auf Krankengeld bis zum 18.06.2018, demnach erfolgt eine Krankengeldzahlung ab dem 19.06.2018. Das Krankengeld stellt keinen Hinzuverdienst dar, weshalb zu prüfen ist, in wie weit die Altersrente weiterhin als Teilrente geleistet wird.

Berechnung Hinzuverdienst

01.01.2018 – 31.05.2018	5 x 700,00 EUR =	3.500,00 EUR
+ 01.06.2018 – 18.06.2018 (18 Tage)	700,00 EUR : 30 * 18 =	420,00 EUR
= Gesamthinzuverdienst		3.920,00 EUR

Der voraussichtliche Krankengeldbezug ab dem 19.06.2018 hat Auswirkung auf die Beurteilung der Zahlart der Rente als Teilrente, weil aufgrund des fehlenden Hinzuverdienstes für die Dauer des voraussichtlichen Krankengeldbezuges vom 19.06.2018 bis laufend der Hinzuverdienst in Höhe von 3.920,00 EUR die Hinzuverdienstgrenze in Höhe von 6.300,00 EUR unterschreitet und die Teilrente ab 01.01.2018 rückwirkend in eine Vollrente umgewandelt wird. Der Krankengeldbezug während des

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Rentenbezuges stellt – analog dem Wegfall eines Beschäftigungsverhältnisses – eine Änderung des Hinzuverdienstes im Sinne des § 34 Abs. 3e SGB VI dar. Zum Zeitpunkt der Prognose des längerfristigen Krankengeldbezuges wird der Antrag auf Überprüfung der Rente beim Rentenversicherungsträger gestellt, wodurch die Altersrente ab dem Beginn des dem Antrag folgenden Monats in eine Vollrente umgewandelt wird, mit der Folge, dass auch der Anspruch auf Krankengeld nach § 50 Abs. 1 SGB V rückwirkend ab 01.07.2018 entfällt.

Die Altersrente wird bei der zum 01.07.2019 erfolgenden Überprüfung des Rentenversicherungsträgers rückwirkend für den Zeitraum vom 01.01.2018 – 30.06.2018 ebenfalls in eine Vollrente umgewandelt. Aufgrund der rückwirkenden Umstellung der Rente entfällt der Anspruch auf Krankengeld auch für diesen Zeitraum.

Durch die Krankenkasse ist für den Krankengeldzeitraum ein Erstattungsanspruch beim Rentenversicherungsträger anzumelden.

### 7.1.3 Teilrente wegen Alters in Wunschhöhe

In § 42 Abs. 2 SGB VI wurde mit dem Flexirenten-Gesetz als Besonderheit festgelegt, dass die Teilrente in ihrer Höhe grundsätzlich frei durch den Versicherten gewählt werden kann. Der Gesetzesbegründung zur Folge werde damit den individuellen Bedürfnissen der Versicherten nach einer selbstbestimmten Kombination von Erwerbstätigkeit und Rentenbezug stärker als bisher Rechnung getragen.

Eine unabhängig vom Hinzuverdienst gewählte Teilrente muss hierbei jedoch mindestens in Höhe von 10 Prozent der Vollrente in Anspruch genommen werden, damit ein unverhältnismäßiger Verwaltungsaufwand vermieden wird.

§ 42 Abs. 2 Satz 2 SGB VI stellt in diesem Zusammenhang klar, dass die Teilrente nur insoweit frei gewählt werden kann, als sich nach § 34 Abs. 3 SGB VI keine niedrigere Teilrente ergibt. In diesem Zusammenhang ist durch den Rentenversicherungsträger daher ebenfalls eine Prognose des Hinzuverdienstes vorzunehmen, damit bei der Wahl eine Überschreitung der nach § 34 Abs. 3 SGB VI zustehenden Überschreitung ausgeschlossen werden kann.

Ob ein Anspruch auf Krankengeld im Zusammenhang mit § 42 Abs. 2 SGB VI besteht, richtet sich nach der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers, ob die Rente als Voll- oder Teilrente gezahlt wird.

Besteht hiernach grundsätzlich ein Anspruch auf eine Teilrente wegen Alters, weil der prognostische Hinzuverdienst die Hinzuverdienstgrenze überschreitet und durch die Wahl des Versicherten sich lediglich die Höhe der Teilrente verändert, besteht ein Anspruch auf Krankengeld für das aus der Beschäftigung erzielte beitragspflichtige Arbeitsentgelt.

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Wurde die Rente erst nach dem Beginn der aktuellen Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung zuerkannt, ist bei der Kürzung des Krankengeldes nach § 50 Abs. 2 SGB V auf die durch den Rentenversicherungsträger auf Basis des prognostizierten Hinzuverdienstes festgelegte Höhe der Rente abzustellen, um eine Besserstellung zu vermeiden. Spiegelt dies nach Ansicht des Versicherten nicht die tatsächlichen Verhältnisse wieder, kann der Versicherte nach § 34 Abs. 3e SGB VI eine entsprechende Überprüfung durch den Rentenversicherungsträger beantragen. Die sich hieraus ergebenden tatsächlichen Verhältnisse werden dann entsprechend der Beurteilung der Höhe und Art der Rentenzahlung zu Grunde gelegt.

Die Krankenkasse kann seit dem TSVG in Fallgestaltungen, in denen absehbar ist, dass der prognostizierte Hinzuverdienst die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI nicht übersteigen wird, den Versicherten nach § 51 Abs. 1a SGB V zur Antragstellung auffordern (siehe 8.3 „Antrag bei Unterschreitung der Hinzuverdienstgrenze“). Ergibt die Prüfung eine Veränderung der Rente z.B. Wechsel von einer Teil- in eine Vollrente, wird diese Änderung der Rente mit Ablauf des Monats der Antragstellung wirksam. Die abschließende Beurteilung für die in dem Kalenderjahr vorhergehenden Monate erfolgt erst mit der turnusmäßigen Spitzabrechnung zum 01.07. des Folgejahres.

Besteht hiernach hingegen grundsätzlich ein Anspruch auf eine Vollrente wegen Alters, weil der Hinzuverdienst prognostisch nicht die Hinzuverdienstgrenze überschreitet und nur durch die Wahl des Versicherten in eine Teilrente umgewandelt wurde, ist insofern auch ein Anspruch auf Krankengeld nach § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB V ausgeschlossen.

### 7.1.4 Weitere Rentenansprüche

Gleichartige Veränderungen des Krankengeldanspruches wie unter 7.1.1 „Umwandlung einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters“ bis 7.1.3 „Teilrente wegen Alters in Wunschhöhe“ zu den Altersrenten dargestellt, bestehen hingegen nicht für die weiteren unter § 50 Abs. 1 SGB V genannten Renten. Hintergrund ist, dass lediglich für Renten wegen Alters im § 50 Abs. 1 SGB V auf die Art der Auszahlung als Vollrente abgestellt wird.

Der Ausschluss des Krankengeldes wegen Bezuges einer Rente wegen voller Erwerbsminderung ist an den Umfang der Erwerbsminderung gebunden. Unerheblich ist, ob diese Rente als Teil- oder als Vollrente bewilligt wird.

Beispiel 145 – Hinzuverdienst und Teilrente wegen voller Erwerbsminderung

Bezug einer Teilrente wegen voller Erwerbsminderung seit Regelaltersgrenze wird in 10 Jahren erreicht	01.06.
Die Arbeitszeit wird nach Eintritt der Rente reduziert. Der monatliche Hinzuverdienst beträgt	600,00 EUR

## Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

**Ergebnis:**

Für die Beschäftigung ist der Krankengeldanspruch nach § 50 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen, weil eine Rente wegen voller Erwerbsminderung geleistet wird. Die Art der Zahlung der Erwerbsminderungsrente als Teilrente ist für den gesetzlichen Ausschluss des Anspruchs auf Krankengeld unerheblich, weil § 50 Abs. 1 SGB V ausschließlich auf die Art der Rente „wegen voller Erwerbsminderung“ abstellt.

### 7.2 Kürzung des Krankengeldes wegen Rentenbezugs

Werden neben einer Beschäftigung Renten bezogen, welche nicht den Anspruch auf Krankengeld ausschließen (siehe [7.1 „Ausschluss des Krankengeldes wegen Rentenbezug“](#)), kann die Rente jedoch zu einer Kürzung des Krankengeldes führen.

Das Krankengeld ist daher gemäß § 50 Abs. 2 SGB V um den Zahlbetrag

- der Altersrente, der Rente wegen Erwerbsminderung oder der Landabgaberrrente aus der Alterssicherung der Landwirte,
- der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder der Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung (siehe hierzu auch [7.1.1 „Umwandlung einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters“](#) bis [7.1.3 „Teilrente wegen Alters in Wunschkhöhe“](#),
- der Knappschaftsausgleichsleistung oder der Rente für Bergleute oder
- einer vergleichbaren Leistung, die von einem Träger oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt wird oder nach den ausschließlich für das in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiets geltenden Bestimmungen gezahlt wird,

zu kürzen, wenn die Leistung von einem Zeitpunkt nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung an zuerkannt wird.



Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

## 8. Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

<b>8.1</b>	<b>ALLGEMEINES UND GESETZLICHE GRUNDLAGEN.....</b>	<b>206</b>
<b>8.2</b>	<b>ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION ODER LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN .....</b>	<b>206</b>
8.2.1	ÄRZTLICHES GUTACHTEN	209
8.2.2	ERMESSENSENTSCHEIDUNG	210
8.2.3	EINSCHRÄNKUNG DES DISPOSITIONSRECHTS	211
8.2.3.1	NACHTRÄGLICHE EINSCHRÄNKUNG DES DISPOSITIONSRECHTS	212
8.2.4	FRISTSETZUNG UND AUFFORDERUNG	213
	<i>Beispiel 146 – Fristsetzung § 51 SGB V.....</i>	<i>213</i>
	<i>Beispiel 147 – Fristsetzung § 51 SGB V mit Wochenende.....</i>	<i>213</i>
	<i>Beispiel 148 – Fristsetzung § 51 SGB V mit verspäteter Antragstellung .....</i>	<i>214</i>
8.2.5	RENTENANTRAGSFIKTION (UMDEUTUNG NACH § 116 Abs. 2 SGB VI)	214
8.2.5.1	ALLGEMEINES UND GESETZLICHE GRUNDLAGEN	214
8.2.5.2	VORAUSSETZUNG FÜR DIE UMDEUTUNG IN EINEN RENTENANTRAG	215
<b>8.3</b>	<b>ANTRAG BEI UNTERSCHREITUNG DER HINZUVERDIENSTGRENZE.....</b>	<b>216</b>
8.3.1	FRISTSETZUNG	217
	<i>Beispiel 149 – Fristsetzung § 51 Abs 1a SGB V.....</i>	<i>217</i>
	<i>Beispiel 150 – Fristsetzung § 51 Abs. 1a SGB V mit Wochenende.....</i>	<i>217</i>
	<i>Beispiel 151 – Verspätete Antragstellung mit Unterschreitung Hinzuverdienstgrenze.....</i>	<i>218</i>
	<i>Beispiel 152 – Verspätete Antragstellung mit Überschreitung Hinzuverdienstgrenze.....</i>	<i>219</i>
<b>8.4</b>	<b>VERSICHERTE IM AUSLAND .....</b>	<b>219</b>
<b>8.5</b>	<b>ANTRAG AUF BEZUG EINER ALTERSRENTE.....</b>	<b>219</b>

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

## 8.1 Allgemeines und gesetzliche Grundlagen

§ 51 SGB V sieht für die Krankenkassen die Möglichkeit der Aufforderung der Versicherten zur Antragstellung in mehreren Fallgestaltungen vor und will i. V. m. § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zum einen die doppelte Gewährung von Sozialleistungen vermeiden und zum anderen eine sachgerechte Abgrenzung der Leistungszuständigkeit von Kranken- und Rentenversicherung dahin vornehmen, dass Rentenzahlungen den Vorrang vor Krankengeldleistungen haben. Durch § 51 SGB V wird daher die korrekte Zuordnung im gegliederten Sozialsystem erreicht, weil durch die Aufforderung der Krankenkasse zur Antragstellung ein Übergang zwischen den Leistungsträgern forciert werden kann. So ist die Zuständigkeit der Krankenversicherung für eher kurzfristige Verhinderungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit gegeben, während die Rentenversicherung bei längerfristiger oder dauerhafter Minderung der Erwerbsfähigkeit zuständig wird.

## 8.2 Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V können Krankenkassen Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben.

Nach der Rechtsprechung des BSG dient die Aufforderung zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorrangig dazu, bei Versicherten durch diese Leistungen die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen sowie eine klare Abgrenzung der Leistungszuständigkeit an der Schnittstelle zwischen Krankenversicherung (Krankengeld) und Rentenversicherung (Rente wegen Erwerbsminderung) vorzunehmen (BSG-Urteil vom 07.12.2004 – B 1 KR 6/03 R).

Im Kontext des § 51 SGB V sind die Auslegungsgrundsätze der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe der Versicherten i. d. F. vom 18.07.2002 zu beachten. Die hier abgebildete Version der Auslegungsgrundsätze wurde entsprechend der Begriffsbestimmungen aus dem sozialmedizinischen Glossar für die Rentenversicherung (Stand 07/2013) aktualisiert.

Diese Auslegungsgrundsätze dienen zur Klärung der Grundbegriffe der Leistungen zur Teilhabe, sollen jedoch keine Festschreibung bewirken.

### 1. Einleitung

## Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung kann für seine Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen erbringen, wenn die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) Voraussetzungen dafür erfüllt sind (§ 9 Abs. 2 SGB VI). Leistungen zur Teilhabe kann auch erhalten, wer eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) oder Anspruch auf große Witwen(r)rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat (§ 11 Abs. 3 SGB VI).

Versicherte sind nach §§ 60 ff SGB I verpflichtet, an den Leistungen zur Teilhabe aktiv mitzuwirken.

## 2. Persönliche Voraussetzungen

Im Sinne der § 9 Abs. 1, Abs. 2, § 10 SGB VI sowie § 2 Abs. 1 SGB IX bedeuten:

2.1 „Krankheit“, einen regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand

2.2 „Behinderung“ im Sinne des SGB IX, dass die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist

2.3 „Erwerbsfähigkeit“, die Fähigkeit Versicherter, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihnen nach ihren Kenntnissen sowie ihren körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen (hierzu zählt nicht der sogenannte besondere Arbeitsmarkt, z. B. Werkstatt für behinderte Menschen) (BSG 16.06.2015 B 13R12/14 R)

2.4 „Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit“ gemäß § 10 SGB VI, dass durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb von drei Jahren mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Sinne von Ziffer 2.5 zu rechnen ist

2.5 „Minderung der Erwerbsfähigkeit“, eine infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit (länger als 6 Monate), wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann

2.6 „Wesentliche Besserung“, eine nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Steigerung der durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderten Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben; eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit liegt nicht vor, wenn

- nur eine Linderung des Leidens oder eine sonstige Erleichterung in den Lebensumständen erreicht wird oder

## Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

- volle Erwerbsminderung bestehen bleibt, unbeschadet der Sonderregelungen für Versicherte in einer Werkstatt für Behinderte

2.7 „Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“, dass die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben dauerhaft behoben wird

2.8 „Abwenden einer wesentlichen Verschlechterung“, dass durch die Leistungen zur Teilhabe eine weitere, nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten verhindert werden kann. Dabei kommt es nicht auf ein rentenrechtlich relevantes Absinken der Leistungsfähigkeit an

2.9 „Voraussichtlich“, dass der angestrebte Erfolg mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten wird.

2.10 Das Vorliegen von Krankheit oder Behinderung und deren aktuelle oder zu erwartende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben sowie alle weiteren Fragestellungen, deren Beantwortung medizinischen Sachverständigen, sind Gegenstand ärztlicher/sozialmedizinischer Feststellungen und Beurteilungen unter Berücksichtigung aller hierbei im Einzelfall relevanten Aspekte. Die Entscheidung, ob eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt und auch die sonstigen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, trifft auf der Grundlage der ärztlichen Angaben die Verwaltung. <sup>1)</sup>

### 3. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Im Sinne der §§ 9 Abs. 2, 11 SGB VI bedeuten:

3.1 „Absehbare Zeit“ (§ 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI), einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren,

3.2 „Wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre“ (§ 11 Abs. 2 a Nr. 1 SGB VI), dass eine solche Berentung unmittelbar droht. Unmittelbar droht eine Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente erfüllt sind und wegen der beim Versicherten vorliegenden Leistungseinschränkung in einem Zeitraum von etwa bis zu 12 Monaten mit einem Rentenanspruch zu rechnen ist. <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Als Orientierungshilfe für die erforderlichen ärztlichen Feststellungen und Beurteilungen dienen neben anderen einschlägigen Anleitungen insbesondere das Buch „Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung“, herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und von den Rentenversicherungsträgern erarbeitete „Indikationsspezifische Entscheidungshilfen für die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit“.

<sup>2)</sup>Für Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind, gilt: Bei Ungelernten wird von Verweisbarkeit i. S. d. § 240 Abs. 2 SGB VI ausgegangen, die übrigen Versicherten werden als nicht verweisbar angesehen.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Der Entscheidung der Krankenkasse zur Aufforderung des Versicherten muss ein ärztliches Gutachten zu Grunde liegen (siehe 8.2.1 „Ärztliches Gutachten“).

Wurden Versicherte von der Krankenkasse im Rahmen des § 51 Abs. 1 SGB V zur Stellung eines Antrags aufgefordert und legen hiergegen Widerspruch ein, so hat der Widerspruch grundsätzlich eine aufschiebende Wirkung. Die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs sowie gerichtliche Rechtsmittel, die ein Versicherter gegen die fristgebundene Aufforderung zur Stellung eines Reha-Antrags eingelegt hat, entfallen dann (ggf. auch rückwirkend), wenn die Anfechtung rechtskräftig zurückgewiesen wird. In diesem Fall kann die Krankenkasse den angegriffenen Verwaltungsakt so anwenden, als sei er nicht angefochten gewesen, demnach sich auf die festgelegte Frist berufen (vgl. u. a. BSG Urteil vom 16.12.2014 – B 1 KR 32/13 R).

### **8.2.1 Ärztliches Gutachten**

Für die Feststellung des Vorliegens einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit bedarf es eines ärztlichen Gutachtens. Eine bloße Bescheinigung oder ein ärztliches Attest sowie die Feststellung des MDK, dass die Voraussetzungen nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V erfüllt sind, reichen nicht aus.

Bei der Bewertung der Erwerbsfähigkeit nach § 51 Abs. 1 SGB V muss die gutachtliche Stellungnahme folgende von der Sozialgerichtsbarkeit aufgestellten Merkmale (BSG-Urteil vom 07.08.1991 – 1/3 RK 26/90) enthalten:

- summarisch die erhobenen Diagnosen/Befunde nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung,
- die aus den krankheitsbedingten Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten resultierenden Leistungseinschränkungen in Bezug auf die berufliche Tätigkeit/Erwerbstätigkeit,
- Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Leistungseinschränkung und der Prognose,

damit der Krankenkasse eine sorgfältige Abwägung hinsichtlich der weiteren Entscheidungen möglich ist.

Als Basis einer Aufforderung zur Antragstellung bzw. einer nachträglichen Einschränkung des Dispositionsrechts durch die Krankenkasse kommen daher neben einem ausführlichen MDK-Gutachten zu § 51 Abs. 1 SGB V auch weitere Gutachten in Frage, wie z.B. Reha-/Rentengutachten der DRV. Weitere Hinweise für eine Überprüfung durch den MDK können sich aus z. B. Reha-Entlassungsberichten, Gutachten anderer SV-Träger oder Pflegegutachten ergeben.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

## 8.2.2 Ermessensentscheidung

Die gesetzliche Formulierung in § 51 SGB V „die Krankenkasse kann“ signalisiert, dass es sich bei der Aufforderung des Versicherten zur Antragstellung um eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse handelt. Die Krankenkasse ist in ihrer Entscheidung über diesen Antrag jedoch nicht völlig frei, sondern hat ihre Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen.

Hintergrund des Ermessens ist, dass bei einer solchen Aufforderung nach ständiger Rechtsprechung gilt, dass ein Versicherter, der aufgrund eines entsprechenden Verlangens einen Reha- oder Renten-Antrag gestellt hat, diesen nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse wirksam zurücknehmen oder beschränken kann (siehe 8.2.3 „Einschränkung des Dispositionsrechts“).

Im Rahmen der Ermessensprüfung ist daher durch die Krankenkasse abzuklären, ob der Versicherte ein „berechtigtes“ Interesse geltend machen kann, das die Belange der Krankenkasse überwiegt. Kommt die Krankenkasse zur Auffassung, dass ein berechtigtes Interesse des Versicherten vorliegt, muss sie demnach von einer Aufforderung zur Antragstellung absehen.

Als berechtigtes Interesse der Versicherten werden im Rahmen der Rechtsprechung allgemein nur solche Gründe anerkannt, die nicht in erster Linie darauf ausgerichtet sind, die der Krankenkasse zustehenden Befugnisse zu schmälern. So stellen z.B. angestrebte Anrechnungszeiten wegen krankheitsbedingter AU oder Beitragszeiten wegen des Krankengeldanspruchs um höhere Rentenleistungen **kein** berechtigtes Interesse des Versicherten dar, weil aus dem Bezug des Krankengeldes sich unmittelbar Vorteile bei der Rentenhöhe ergeben, welche nicht dazu führen sollen, dass Krankengeld entgegen dem Zweck des § 51 SGB V auch bei gegebenem Rentenanspruch weiterbezogen wird.

Als berechtigtes Interesse des Versicherten kommt hingegen im Sinne der Rechtsprechung vor allem in Betracht, wenn eine „erhebliche“ Verbesserung des Rentenanspruches erreicht werden kann, z.B. durch eine eventuell noch mögliche Erfüllung der Voraussetzungen für eine Erhöhung der Rentenbemessungsgrundlage (BSG-Urteil vom 07. Dezember 2004 – B 1 KR 6/03 R). Ein berechtigtes Interesse des Versicherten ist daher jeweils individuell zu prüfen und kann z. B. in folgenden Fällen gegeben sein:

- Rentantrag würde aufgrund tarifvertraglicher Regelungen automatisch zum Arbeitsplatzverlust führen,
- Anspruch auf Betriebsrente ginge durch frühzeitigen Rentenbeginn verloren,
- qualifizierte Wartezeit nach § 50 Abs. 2 – 4 SGB VI kann noch erreicht werden,
- Mitgliedschaft in der KVdR kann noch erreicht werden,

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

- Wunsch nach Ausschöpfung von betrieblichen oder tariflichen Leistungen, z. B. Überbrückungsgeldzahlungen.

### 8.2.3 Einschränkung des Dispositionsrechts

Nach der Rechtsprechung des BSG dient die Aufforderung zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vorrangig dazu, bei Versicherten durch diese Leistungen die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen sowie eine klare Abgrenzung der Leistungszuständigkeit an der Schnittstelle zwischen Krankenversicherung (Krankengeld) und Rentenversicherung (Rente wegen Erwerbsminderung) vorzunehmen (BSG-Urteil vom 07.12.2004 – B 1 KR 6/03 R).

So kann ein Versicherter grundsätzlich im Rahmen seines allgemeinen Dispositionsbefugnisses über seine Anträge entscheiden, ob er

- bei antragsabhängigen Sozialleistungen (§ 19 Satz 1 SGB IV) einen Leistungsantrag stellen will oder nicht,
- einen gestellten Antrag wieder zurückzunehmen will oder
- bestimmen will, dass der Reha-Antrag nicht die Wirkung eines Rentenantrages haben soll.

Demgemäß ist es nach ständiger Rechtsprechung grundsätzlich statthaft, einen Rentenantrag bis zum Ergehen eines Rentenbescheides und auch darüber hinaus – etwa bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist – zurückzunehmen. Nur durch die Einschränkung des Dispositionsrechts des Versicherten kann der gesetzgeberische Zweck des § 51 SGB V erfüllt werden, der sich aus der Gesetzgebungsgeschichte ableiten lässt (BSG-Urteile vom 26.06.2008 – B 13 R 37/07 R – und vom 07.12.2004 – B 1 KR 06–03 R). Die Versicherten werden in der Regel bestrebt sein, die ihnen vom Rentenversicherungsrecht eingeräumten Gestaltungsmöglichkeiten zu ihren Gunsten zu nutzen, z. B. den Beginn der Rente nach eigenen Zweckmäßigkeitsvorstellungen festzulegen. Demgegenüber hat die Solidargemeinschaft der Krankenkasse ein Interesse daran, dass die Rentenansprüche der Versicherten nicht auf ihre Kosten erhöht werden. Der § 51 SGB V unternimmt es, zwischen den gegensätzlichen Interessen einen Ausgleich herbeizuführen.

Wird der Versicherte nach § 51 SGB V zur Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe mit daraus folgenden möglichen Konsequenz eines Rentenantragverfahrens aufgefordert (siehe 8.2.4 „Fristsetzung und Aufforderung“), so ist dieser in seiner Dispositionsfreiheit eingeschränkt. Dies bedeutet, dass der Versicherte ohne Zustimmung der Krankenkasse nicht mehr eigenständig in das laufende Verfahren eingreifen darf.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Die Dispositionsfreiheit der Versicherten wird auch dann eingeschränkt, wenn die Aufforderung bereits ergeht, bevor die Krankenkasse Krankengeld zahlt. Letzteres kann bereits dem Gesetzeswortlaut entnommen werden, der in § 51 Abs. 1 SGB V den Krankengeldbezug des Versicherten nicht als Voraussetzung nennt. Im Gegenteil erlaubt er die Aufforderung bereits dann, wenn die Erwerbsfähigkeit "erheblich gefährdet oder gemindert" ist; dann aber braucht noch nicht einmal Arbeitsunfähigkeit vorzuliegen (BSG-Urteil vom 26.06.2008 – B 13 R 37/07 R)

### **8.2.3.1 Nachträgliche Einschränkung des Dispositionsrechts**

Erfolgte bereits ein Antrag des Versicherten ohne vorherige Aufforderung durch die Krankenkasse nach § 51 Abs. 1 SGB V, kann nach gefestigter Rechtsprechung das Dispositionsrecht der Versicherten auch nachträglich eingeschränkt werden. Dies hat das BSG bereits zu § 183 Abs. 7 und 8 RVO a.F. – den Vorgängervorschriften des § 51 Abs. 1 und 2 SGB V – entschieden, damit die Krankenkasse den gesetzgeberisch beabsichtigten Vorteil erhalten kann. Hiernach kann ein Versicherte, der entsprechend der Aufforderung der Krankenkasse einen Renten- oder Rehabilitationsantrag gestellt hat, diesen nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse wirksam zurücknehmen oder beschränken (BSG-Urteil vom 04.06.1981 – 3 RK 50/80).

Die Krankenkasse darf die Dispositionsbefugnis des Versicherten, der bereits einen Reha- oder Renten-Antrag gestellt hat, auch mit einer "nachträglichen (nachgeschobenen) Aufforderung" einschränken; diese hat dann insoweit dieselbe Rechtswirkung wie die Aufforderung nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V, einen Reha-Antrag zu stellen. Damit die Einschränkung jedoch wirksam werden kann, muss der Rentenversicherungsträger bei der Entscheidung über die Umdeutung in einen Rentenanspruch bereits informiert sein, dass das Gestaltungsrecht nach § 51 Abs. 1 SGB V eingeschränkt ist (BSG-Urteil vom 26.06.2008 – B 13 R 37/07).

Hierbei kann das Dispositionsrecht bis zu dem Zeitpunkt eingeschränkt werden, bis der Versicherte entschieden hat, ob ein Rentenanspruch gestellt werden soll oder nicht. Dies bedeutet für die Praxis, dass sogar noch nach Durchführung eines Heilverfahrens die Einschränkung vorgenommen werden kann, sofern die Voraussetzung § 51 SGB V vorliegen. (BSG-Urteile vom 09.08.1995 – 13 RJ 43/94 – und vom 01.09.1999 – B 13 RJ 49/98 R).

Grundlage für die nachträgliche Einschränkung des Dispositionsrechts nach § 51 Abs. 1 SGB V ist ebenfalls ein ärztliches Gutachten (siehe 8.2.1 „Ärztliches Gutachten“).



Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

#### 8.2.4 Fristsetzung und Aufforderung

Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse nach § 51 Abs. 1 SGB V eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Stellen Versicherte den Antrag innerhalb der Frist nicht, entfällt nach § 51 Abs. 3 SGB V der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Die Frist beginnt hierbei mit dem Tag nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes, wenn kein anderer Beginn festgesetzt wird.

Beispiel 146 – Fristsetzung § 51 SGB V

Versand der Aufforderung an den Versicherten	01.04. (Mo)
Zugang der Aufforderung (3 Tage Postweg)	04.04. (Do)
Beginn der 10-Wochen-Frist	05.04. (Fr)
Letzter Tag der 10-Wochen-Frist	13.06. (Do)

Beispiel 147 – Fristsetzung § 51 SGB V mit Wochenende

Versand der Aufforderung an den Versicherten	03.04. (Mi)
Zugang der Aufforderung (3 Tage Postweg)	06.04. (Sa)
Beginn der 10-Wochen-Frist	07.04. (So)
Letzter Tag der 10-Wochen-Frist	15.06. (Sa)

Der Verwaltungsakt muss klar und unmissverständlich zur Antragstellung auffordern und eine Belehrung über die Rechtsfolgen des § 51 Abs. 3 Satz 1 SGB V enthalten. Neben der Information über die mögliche Einstellung des Krankengeldes muss der Versicherte auch über die Einschränkung seiner Dispositionsfreiheit informiert werden.

Das BSG vertritt in den Urteilen vom 16.12.2014 – B 1 KR 31/13 R – und – B 1 KR 32/13 R – die Auffassung, dass der fruchtlose Ablauf der Frist zur Stellung eines Reha-Antrags lediglich den Anspruch auf Auszahlung von Krankengeld für den Zeitraum bis zur Nachholung des Reha-Antrags suspendiert, nicht aber das Stammrecht auf Krankengeld beseitigt. So vermöge es weiterhin den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten (vgl. § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), wenn und solange vom Versicherten im Übrigen alle Voraussetzungen des Krankengeld-Anspruchs erfüllt seien. Das Fortbestehen des Stammrechts auf Krankengeld sei die Grundlage dafür, dass der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wiederauflebt (§ 51 Abs. 3 S. 2 SGB V), wenn Versicherte den Reha-Antrag erst nach Ablauf der ihnen gesetzten Frist stellen.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Damit hat das BSG seine Rechtsauffassung zur früheren Regelung des § 183 Abs. 7 RVO revidiert, wonach die Krankenkassenmitgliedschaft – sofern sie nicht freiwillig aufrechterhalten wurde – endete, wenn der Anspruch auf Krankengeld aufgrund nicht fristgemäßer Antragsstellung entfiel.

Bleibt der Grundanspruch auf Krankengeld auch bei fruchtlosem Ablauf der Frist zur Stellung eines Reha-Antrags erhalten und entfällt lediglich der Anspruch auf Auszahlung des Krankengeldes, so ist der Zeitraum der Suspendierung bis zur Nachholung des Antrags trotzdem auf die Leistungsdauer nach § 48 SGB V anzurechnen, weil grundsätzlich auch für diese Zeiten der Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld bestand.

Beispiel 148 – Fristsetzung § 51 SGB V mit verspäteter Antragstellung

Versand der Aufforderung an den Versicherten	01.04. (Mo)
Zugang der Aufforderung (3 Tage Postweg)	04.04. (Do)
Beginn der 10-Wochen-Frist	05.04. (Fr)
Letzter Tag der 10-Wochen-Frist	13.06. (Do)
Antragsstellung für Leistungen zur Reha	28.06. (Fr)
Arbeitsunfähigkeit wurde laufend attestiert und rechtzeitig nachgewiesen	
<b>Ergebnis:</b>	
Der Krankengeldanspruch entfällt für die Dauer vom 14.06. – 27.06. Die Mitgliedschaft besteht dennoch für diese Zeit weiter fort.	

## 8.2.5 Rentantragsfiktion (Umdeutung nach § 116 Abs. 2 SGB VI)

### 8.2.5.1 Allgemeines und gesetzliche Grundlagen

Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt gleichzeitig auch als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind und

- ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist oder
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben (§ 116 Abs. 2 SGB VI).

Bei diesem Vorgehen spricht man von einer Antragsfiktion.

Beziehen Versicherte bereits eine teilweise Erwerbsminderungsrente und eine der obenstehenden Situationen tritt ein, so gilt der seinerzeitige Antrag auf Rehabilitation als Antrag auf volle Erwerbsminderungsrente. § 116 Abs. 2 SGB VI bewirkt in diesen Fällen die gesetzliche Fiktion eines

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Rentantrags und will für den Versicherten vor allem rentenrechtliche Nachteile ausschließen, welche sich daraus ergeben können, dass er – entsprechend dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente – zunächst nur Reha-Leistungen, nicht aber auch Rente beantragt (BT-Drucksache 11/4124 S 179 zu § 117). Die Fiktion kann allerdings auch belastende Wirkungen entfalten (BSG-Urteil vom 26.06.2008 – B 13 R 37/07).

Die Aufforderung zur Stellung eines Antrages nach § 51 Abs. 1 SGB V bietet den Krankenkassen daher die Möglichkeit ihre Versicherten zu veranlassen, mittelbar – wegen der Rentenantragsfiktion in § 116 Abs. 2 SGB VI – einen Rentenantrag zu stellen und hierdurch Einfluss auf den Beginn (§ 99 SGB VI, § 30 Abs. 1 Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte (ALG)) der antragsabhängigen Leistung (§ 19 SGB IV, §§ 115 Abs. 1 Satz 1, 116 Abs. 2 SGB VI, §§ 44 Abs. 1 ALG) und auf deren Höhe (§§ 77 Abs. 2, 264d SGB VI, § 23 Abs. 8 ALG) zu nehmen. Dies kann einen Wegfall der Leistungszuständigkeit der Krankenkasse für das Krankengeld schon vor Erreichen der Anspruchshöchstdauer (§ 48 SGB V) bewirken. In diesem Fall verbleibt lediglich der überschießende Krankengeldspitzbetrag des bereits gezahlten Krankengelds nach § 50 Abs. 1 Satz 2 SGB V beim Versicherten.

#### **8.2.5.2      Voraussetzung für die Umdeutung in einen Rentenantrag**

Die Antragsfiktion nach § 116 Abs. 2 SGB VI setzt voraus, dass der Versicherte auf Dauer oder auf Zeit vermindert erwerbsfähig ist. Die Erwerbsminderung muss hierbei spätestens am letzten Tag der Rehabilitation vorliegen (Rechtliche Arbeitsanweisungen der DRV zu § 116 SGB VI). Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit reicht nicht aus, wenn Verweisungstätigkeiten im Rahmen der rechtlichen Bestimmungen in Betracht kommen.

§ 116 Abs. 2 SGB VI verlangt einen wirksam gestellten Antrag auf Leistungen zur Teilhabe; ein vollständiger Antrag ist hingegen nicht Bedingung für die Umdeutung in einen Rentenantrag.

Für die Umdeutung muss im Vorfeld keine Erfolgsprognose zum gestellten Antrag auf Rehabilitationsleistungen vorgelegen haben. Im Gegenteil – besteht bereits bei Antragsbeginn keine ausreichende Erfolgsprognose (§ 10 SGB VI) hat eine Prüfung auf Umdeutung genauso zu erfolgen, wie in den Fällen, in denen eine Rehabilitationsleistung aufgrund von fehlenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen oder wegen Ausschlussstatbeständen (§ 12, § 111 SGB VI) nicht bewilligt wird. In allen Fällen, in denen der Versicherte bei Abschluss der Rehabilitationsleistung auf Zeit oder Dauer vermindert erwerbsfähig ist, sind die Voraussetzung nach § 116 SGB VI erfüllt.

Liegen die Voraussetzungen nach § 116 Abs. 2 SGB VI vor, hat der Rentenversicherungsträger von Amts wegen das Rentenverfahren einzuleiten. § 116 Abs. 2 SGB VI sagt jedoch nichts darüber aus, wie über den fiktiven Rentenantrag zu entscheiden ist, sondern in Verbindung mit § 115

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Abs. 1 SGB VI nur, dass das Rentenverfahren einzuleiten und gemäß § 116 SGB VI darüber zu entscheiden ist. Da der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe oder Rehabilitation als Rentenantrag gilt, ist grundsätzlich kein weiterer formularmäßiger Rentenantrag erforderlich.

Die Grundsätze der Deutschen Rentenversicherung sehen jedoch nach wie vor eine formelle Rentenantragsstellung vor. Hierzu wird der Versicherte vom RV-Träger angeschrieben, mit der Bitte den formellen Rentenantrag zu stellen.

Der Rentenversicherungsträger muss nach Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 11.07.2006 – L 11 KR 936/06 jedoch auch ohne formellen Rentenantrag im Sinne einer Antragsfiktion nach § 116 Abs. 2 SGB VI über den Rentenantrag entscheiden. Dies ist ebenfalls in den Grundsätzen der Rentenversicherungsträger beschrieben und festgelegt. Wird der formelle Rentenantrag demnach nicht gestellt und der Versicherte ist in seinem Dispositionsrecht nach § 51 SGB V eingeschränkt, sind die RV-Träger angewiesen, die Rente auch ohne formularmäßigen Rentenantrag zu bescheiden. Auch in den Fällen, in denen die Rente aufgrund fehlender Angaben zunächst nicht in der korrekten Höhe festgestellt werden kann, muss auf Grundlage der vorliegenden Daten ein Rentenbescheid erstellt werden.

Von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit, die eine Umdeutung nach § 116 SGB VI verlangt, ist unter folgenden Voraussetzungen auszugehen:

- Das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beträgt weniger als 6 Std. / Tag
- Das Leistungsvermögen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit beträgt weniger als 6 Std./Tag und der Versicherte ist vor dem 02.01.1961 geboren und es besteht Berufsschutz und keine Verweisungsmöglichkeit nach dem Mehrstufenmodell des BSG.

§ 116 Abs. 2 SGB VI belässt dem Versicherten allerdings grundsätzlich das allgemeine Dispositionsrecht. Zur Einschränkung des Dispositionsrechts siehe 8.2.3 „Einschränkung des Dispositionsrechts“.

### **8.3 Antrag bei Unterschreitung der Hinzuverdienstgrenze**

Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI nicht überschritten wird, so kann die Krankenkasse nach § 51 Abs. 1a SGB V eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag nach § 34 Absatz 3e SGB VI zu stellen haben.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Die Möglichkeit für die Krankenkassen, einen Versicherten zur Antragstellung bei der gesetzlichen Rentenversicherung auf Überprüfung des Hinzuverdienstes aufzufordern, wurde mit dem TSVG als Folgeänderung zum Flexirentengesetz eingeführt.

Hintergrund ist, dass es durch die mit dem Flexirentengesetz eingeführte nachträgliche und flexible Beurteilung des Hinzuverdienstes rückwirkend zu veränderten Beurteilungen in Bezug auf das Bestehen eines Krankengeldanspruches kommen kann (siehe 7.1.1 „Umwandlung einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters“ bis 7.1.3 „Teilrente wegen Alters in Wunschkhöhe“).

Den Krankenkassen liegen regelmäßig die notwendigen Informationen vor, um prognostisch Fallgestaltungen abzuschätzen, in denen die Hinzuverdienstgrenze voraussichtlich nicht überschritten wird und damit der Krankengeldanspruch rückwirkend entfällt. Durch die Möglichkeit zur Aufforderung des Versicherten, diesen Sachverhalt durch den RV-Träger überprüfen zu lassen, kann die Krankenkasse auf eine zeitnahe Überprüfung hinwirken und durch eine veränderte Beurteilung z. B. längere Zeiträume mit Erstattungs- oder Rückabwicklungsverfahren minimieren.

### 8.3.1 Fristsetzung

Versicherten, welche aufgrund des Krankengeldbezugs voraussichtlich die Hinzuverdienstgrenze des Kalenderjahres unterschreiten, kann die Krankenkasse nach § 51 Abs. 1a SGB V eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag bei der gesetzlichen Rentenversicherung auf Überprüfung des Hinzuverdienstes stellen müssen. Stellen Versicherte den Antrag innerhalb der Frist nicht, entfällt nach § 51 Abs. 3 SGB V der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf. Die Frist beginnt hierbei mit dem Tag nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes, wenn kein anderer Beginn festgesetzt wird.

Beispiel 149 – Fristsetzung § 51 Abs 1a SGB V

<u>Versand der Aufforderung an den Versicherten</u>	<u>01.04. (Mo)</u>
<u>Zugang der Aufforderung (3 Tage Postweg)</u>	<u>04.04. (Do)</u>
<u>Beginn der 4-Wochen-Frist</u>	<u>05.04. (Fr)</u>
<u>Letzter Tag der 4-Wochen-Frist</u>	<u>02.05. (Do)</u>

Beispiel 150 – Fristsetzung § 51 Abs. 1a SGB V mit Wochenende

<u>Versand der Aufforderung an den Versicherten</u>	<u>03.04. (Mi)</u>
<u>Zugang der Aufforderung (3 Tage Postweg)</u>	<u>06.04. (Sa)</u>
<u>Beginn der 4-Wochen-Frist</u>	<u>07.04. (So)</u>
<u>Letzter Tag der 4-Wochen-Frist</u>	<u>04.06. (Sa)</u>

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Der Verwaltungsakt muss klar und unmissverständlich zur Antragstellung auffordern und eine Belehrung über die Rechtsfolgen des § 51 Abs. 3 Satz 1 SGB V enthalten

Das BSG vertritt in den Urteilen vom 16.12.2014 – B 1 KR 31/13 R – und – B 1 KR 32/13 R – die Auffassung, dass der fruchtlose Ablauf der Frist zur Stellung eines Reha-Antrags lediglich den Anspruch auf Auszahlung von Krankengeld für den Zeitraum bis zur Nachholung des Reha-Antrags suspendiert, nicht aber das Stammrecht auf Krankengeld beseitigt. So vermöge es weiterhin den Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten (vgl. § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), wenn und solange vom Versicherten im Übrigen alle Voraussetzungen des Krankengeld-Anspruchs erfüllt seien. Das Fortbestehen des Stammrechts auf Krankengeld sei die Grundlage dafür, dass der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wiederauflebt (§ 51 Abs. 3 S. 2 SGB V), wenn Versicherte den Reha-Antrag erst nach Ablauf der ihnen gesetzten Frist stellen.

Damit hat das BSG seine Rechtsauffassung zur früheren Regelung des § 183 Abs. 7 RVO revidiert, wonach die Kassenmitgliedschaft – sofern sie nicht freiwillig aufrechterhalten wurde – endete, wenn der Anspruch auf Krankengeld aufgrund nicht fristgemäßer Antragsstellung entfiel.

Bleibt der Grundanspruch auf Krankengeld auch bei fruchtlosem Ablauf der Frist zur Stellung eines Reha-Antrags erhalten und entfällt lediglich der Anspruch auf Auszahlung des Krankengeldes, so ist der Zeitraum der Suspendierung bis zur Nachholung des Antrags trotzdem auf die Leistungsdauer nach § 48 SGB V anzurechnen, weil grundsätzlich auch für diese Zeiten der Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld bestand.

Auch wenn die Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Stellung eines Rehabilitationsantrages ergangen war, sind die Grundsätze auch für einen Antrag bei der gesetzlichen Rentenversicherung auf Überprüfung des Hinzuverdienstes analog – jedoch mit einer Fristdauer von 4 Wochen – anzuwenden.

Beispiel 151 – Verspätete Antragstellung mit Unterschreitung Hinzuverdienstgrenze

<u>Versand der Aufforderung an den Versicherten</u>	<u>01.04. (Mo)</u>
<u>Zugang der Aufforderung (3 Tage Postweg)</u>	<u>04.04. (Do)</u>
<u>Beginn der 4-Wochen-Frist</u>	<u>05.04. (Fr)</u>
<u>Letzter Tag der 4-Wochen-Frist</u>	<u>02.05. (Do)</u>
<u>Antragstellung zur Überprüfung des Hinzuverdienstes</u>	<u>15.05. (Mi)</u>
<u>Arbeitsunfähigkeit wurde laufend attestiert und rechtzeitig nachgewiesen</u>	
<u>Die Hinzuverdienstgrenze wird nach Prüfung der Rentenversicherung unterschritten.</u>	

**Ergebnis:**

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Der Krankengeldanspruch entfällt für die Dauer vom 03.05. – 14.05. Die Mitgliedschaft bleibt dennoch auch für diesen Zeitraum aufgrund des Stammrechtes erhalten.

Ergibt sich nach einer Aufforderung nach § 51 Abs. 1a SGB V, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht nach § 51 Abs. 3 Satz 3 SGB V ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist.

Beispiel 152 – Verspätete Antragstellung mit Überschreitung Hinzuverdienstgrenze

<u>Versand der Aufforderung an den Versicherten</u>	<u>01.04. (Mo)</u>
<u>Zugang der Aufforderung (3 Tage Postweg)</u>	<u>04.04. (Do)</u>
<u>Beginn der 4-Wochen-Frist</u>	<u>05.04. (Fr)</u>
<u>Ende der 4-Wochen-Frist</u>	<u>02.05. (Do)</u>
<u>Antragstellung zur Überprüfung des Hinzuverdienstes</u>	<u>15.05. (Mi)</u>

Arbeitsunfähigkeit wurde laufend attestiert und rechtzeitig nachgewiesen  
Die Hinzuverdienstgrenze wird trotz anderweitiger Prognose nach Prüfung der Rentenversicherung überschritten.

**Ergebnis:**

Der Krankengeldanspruch entfällt zunächst für die Dauer vom 03.05. – 14.05. Die Mitgliedschaft bleibt dennoch auch für diesen Zeitraum aufgrund des Krankengeldes erhalten. Weil bei der Überprüfung durch den Rentenversicherungsträger festgestellt wird, dass die Hinzuverdienstgrenze weiter überschritten wird, besteht ein durchgehender Krankengeldanspruch ab Ablauf der Frist. Demnach ist Krankengeld auch für die Dauer vom 03.05. – 14.05. zu zahlen.

#### **8.4 Versicherte im Ausland**

Haben Versicherte ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann ihnen die Krankenkasse nach § 51 Abs. 1 Satz 2 SGB V ebenfalls eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie entweder einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, Regelaltersrente oder Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte bei Vollendung des 65. Lebensjahres bei einem Leistungsträger mit Sitz im Inland oder einen Antrag auf Rente wegen voller Erwerbsminderung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit Sitz im Inland zu stellen haben. Gleiches gilt identisch für die 4-Wochen-Frist im Zusammenhang mit einem Antrag bei Unterschreitung der Hinzuverdienstgrenze.

#### **8.5 Antrag auf Bezug einer Altersrente**

Erfüllen Versicherte die Voraussetzungen für den Bezug der Regelaltersrente oder Altersrente aus der Alterssicherung der Landwirte bei Vollendung des 65. Lebensjahres, kann ihnen die Krankenkasse nach § 51 Abs. 2 SGB V eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb der sie den Antrag auf diese Leistung zu stellen haben.

Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Die Aussagen zur Aufforderung und Fristsetzung im Zusammenhang mit einer Aufforderung nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V gelten entsprechend (siehe 8.2.4 „Fristsetzung und Aufforderung“)



Anpassung des Krankengeldes

## 9. Anpassung des Krankengeldes

<b>9.1</b>	<b>ZEITPUNKT DER ANPASSUNG .....</b>	<b>222</b>
9.1.1	ANPASSUNGSZEITPUNKT BEI ARBEITNEHMERN	222
	<i>Beispiel 153 – Zeitpunkt der Anpassung (Dynamisierung).....</i>	<i>222</i>
	<i>Beispiel 154 – Zeitpunkt der Anpassung (Dynamisierung mit Besonderheit Schaltjahr).....</i>	<i>223</i>
9.1.2	ANPASSUNGSZEITPUNKT BEI HAUPTBERUFLICH SELBSTSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGEN	223
<b>9.2</b>	<b>MAßGEBENDER KRANKENGELDBETRAG .....</b>	<b>223</b>
<b>9.3</b>	<b>MAßGEBLICHER ANPASSUNGSFAKTOR .....</b>	<b>223</b>
	<i>Beispiel 155 – Bestimmung des maßgeblichen Anpassungsfaktors .....</i>	<i>224</i>
<b>9.4</b>	<b>HÖCHSTBETRAG DES KRANKENGELDES NACH DER ANPASSUNG .....</b>	<b>224</b>
	<i>Beispiel 156 – Begrenzung auf das Höchstkrankengeld .....</i>	<i>224</i>

## Anpassung des Krankengeldes

§ 70 SGB IX sieht eine Anpassung der Berechnungsgrundlage des Krankengeldes entsprechend der Veränderung der Bruttolöhne und –gehälter je Arbeitnehmer vom vorvergangenen zum vergangenen Kalenderjahr an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte vor. Mit der Anpassung des Krankengeldes soll in einem laufenden Arbeitsunfähigkeitsfall der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung, insbesondere der Lohnentwicklung, Rechnung getragen werden. Im Falle einer Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze ist die Berechnungsgrundlage des Krankengeldes nicht anzupassen, das heißt, in laufenden Krankengeldfällen, in denen der Versicherte Höchstkrankengeld bezieht, ist das Krankengeld in gleicher Höhe weiter zu gewähren.

Die Anpassung setzt keinen Antrag des Versicherten voraus; sie ist demzufolge von Amts wegen vorzunehmen.

### 9.1 Zeitpunkt der Anpassung

#### 9.1.1 Anpassungszeitpunkt bei Arbeitnehmern

Das Krankengeld erhöht sich in der Regel jeweils nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit und der Beginn der Zahlung von Krankengeld sind für den Lauf der Frist unerheblich. Ebenso ist für den Lauf der Frist nicht erforderlich, dass ununterbrochen Arbeitsunfähigkeit bestanden hat bzw. ununterbrochen Krankengeld bezogen wurde. Es ist außerdem nicht erforderlich, dass im Zeitpunkt der Anpassung tatsächlich Krankengeld bezogen wurde.

Beispiel 153 – Zeitpunkt der Anpassung (Dynamisierung)

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	07.03.
Entgeltabrechnungszeitraum	01.02. – 28.02.
Jahresfrist	01.03. – 28.02. des Folgejahres
<b>Ergebnis:</b>	
Anpassung am	01.03. des Folgejahres

Der Anpassungszeitpunkt muss nicht zwangsläufig mit Beginn eines Monats zusammentreffen, z. B. wenn bei AU in den ersten vier Wochen zur Berechnung des Krankengeldes nur ein Teilzeitraum gemeldet wird (siehe [9.3 „Maßgeblicher Anpassungsfaktor“ Alternative 3 im Beispiel 155 – Bestimmung des maßgeblichen Anpassungsfaktors](#)).

Endet der Bemessungszeitraum mit Ende eines Kalendermonats, endet die Jahresfrist ebenfalls mit Ende des Kalendermonats nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums. Ein Schaltjahr führt hierbei zu keiner anderweitigen Beurteilung.

## Anpassung des Krankengeldes

Beispiel 154 – Zeitpunkt der Anpassung (Dynamisierung mit Besonderheit Schaltjahr)

Beginn der Arbeitsunfähigkeit	07.03.
Entgeltabrechnungszeitraum	01.02. – 28.02.
Jahresfrist	01.03. – 29.02. des Folgejahres
<b>Ergebnis:</b>	
Anpassung am	01.03. des Folgejahres

### 9.1.2 Anpassungszeitpunkt bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen

Für die Anpassung des Krankengeldes gilt als Ende des Bemessungszeitraums das Ende des Kalendermonats vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Bei hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen, die zusätzlich Arbeitsentgelt aus einer nicht versicherungspflichtigen, aber der Beitragsberechnung nach § 240 SGB V unterliegenden Beschäftigung erzielen, ist insoweit einheitlich auf den nach § 47 Abs. 2 SGB V maßgeblichen Bemessungszeitraum abzustellen.

### 9.2 Maßgebender Krankengeldbetrag

Angepasst wird das „Brutto-Krankengeld“. Für die Berechnung der Krankengeldanpassung wird der „Brutto-Krankengeldbetrag“ zugrunde gelegt, auf den am Tage der Anpassung ein Anspruch besteht. Dies gilt auch, wenn Ruhens- oder Kürzungstatbestände nach § 49 Abs. 1 SGB V oder § 50 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorliegen. Für die Berechnung der Anpassung ist der ungekürzte Krankengeldbetrag heranzuziehen. Von dem neu errechneten Krankengeldbetrag ist dann wieder die Kürzung bzw. Anrechnung vorzunehmen.

### 9.3 Maßgeblicher Anpassungsfaktor

Nach Ablauf eines Jahres nach dem Ende des Bemessungszeitraums ist das Krankengeld um den Anpassungsfaktor zu erhöhen, um den die Veränderung der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer vom vorvergangenen zum vergangenen Kalenderjahr an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte zuletzt anzupassen war. Auf Grund des § 70 SGB IX erfolgt die Anpassung jährlich zum 1.7. Nach § 70 SGB IX gilt der zum 1.7. eines Jahres festgestellte Anpassungsfaktor bereits auch dann, wenn dieser 1.7. der maßgebende Anpassungszeitpunkt ist.

## Anpassung des Krankengeldes

Beispiel 155 – Bestimmung des maßgeblichen Anpassungsfaktors

	1	2	3	4
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	04.05.	26.07.	12.07.	03.01.
Entgeltabrechnungszeitraum (vom–bis)	01.03.–31.03.	01.06.–30.06.	05.06.–02.07.	01.11.–30.11. des Vorjahres
Anpassung am	01.04. des Folgejahres	01.07. des Folgejahres	03.07. des Folgejahres	01.12.
Anpassungsfaktor vom	01.07.	01.07. des Folgejahres	01.07. des Folgejahres	01.07

Der Anpassungsfaktor wird jährlich durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales jeweils zum 30.06. bekannt gegeben.

#### 9.4 Höchstbetrag des Krankengeldes nach der Anpassung

Das Brutto-Krankengeld darf nach der Anpassung 70 v. H. des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 SGB V), die zum Zeitpunkt der Anpassung gilt, nicht übersteigen. Bei der Anpassung findet eine Vergleichsberechnung mit dem Nettoarbeitsentgelt nicht mehr statt. Die ggf. zum 01.01. eines Jahres eintretende Erhöhung des Höchstregelentgelts führt nicht zu einer Anpassung des Krankengeldes.

Das angepasste Krankengeld war nach § 47 Abs. 5 SGB V a. F. auf 70 v. H. des Betrags der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze (=Höchstkrankengeld) begrenzt. Diese Begrenzung wurde nicht in den § 70 SGB IX übernommen. Dabei handelt es sich vermutlich um ein redaktionelles Versehen des Gesetzgebers. Im Übrigen lässt sich die Begrenzung auf das Höchstkrankengeld aus der aus § 47 Abs. 1 und 6 SGB V erkennbaren gesetzgeberischen Intention ableiten. Das Höchstkrankengeld ist daher nach wie vor zu beachten.

Beispiel 156 – Begrenzung auf das Höchstkrankengeld

Die Beispiele gehen jeweils von folgendem Sachverhalt aus:	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	12.10.2016
Bemessungszeitraum vom	01.09.2016 bis 30.09.2016
Höchstregelentgelt in der Krankenversicherung (2016)	141,25 EUR
davon 70 v. H.	98,88 EUR
Höchstregelentgelt in der Krankenversicherung (2017)	145,00 EUR
davon 70 v. H.	101,50 EUR
Anpassung am	01.10.2017
Anpassungsfaktor vom 01.07.2017	1,0232

## Anpassung des Krankengeldes

Beispiel:	1	2	3	4
a) Regelentgelt	70,00 EUR	115,00 EUR	140,00 EUR	160,00 EUR
b) Höchstregelentgelt 2016	141,25 EUR	141,25 EUR	141,25 EUR	141,25 EUR
c) Brutto-Krankengeld	49,00 EUR	80,50 EUR	98,00 EUR	98,88 EUR
d) Anpassungsfaktor ab 01.10.2017	1,0232	1,0232	1,0232	1,0232
e) angepasstes Brutto-Kranken- geld	50,14 EUR	82,37 EUR	100,27 EUR	101,17 EUR
f) 70 v. H. des Höchstregelentgelts 2017	101,50 EUR	101,50 EUR	101,50 EUR	101,50 EUR
g) Krankengeld-Zahlbetrag ab 01.10.2017	50,14 EUR	82,37 EUR	100,27 EUR	101,17 EUR

Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

## **10. Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung**

<b>10.1</b>	<b>REGELENTGELT, HÖCHSTREGELENTGELT .....</b>	<b>227</b>
<b>10.2</b>	<b>BEITRAGSPFLICHTIGES ARBEITSENTGELT UND GERINGFÜGIGE BESCHÄFTIGUNGEN.....</b>	<b>227</b>
<b>10.3</b>	<b>EINMALZAHLUNGEN.....</b>	<b>228</b>
<b>10.4</b>	<b>ARBEITSEINKOMMEN .....</b>	<b>228</b>
<b>10.5</b>	<b>NICHT KONTINUIERLICHE ARBEITSLEISTUNG / SATZUNGSBESTIMMUNGEN .....</b>	<b>228</b>
<b>10.6</b>	<b>UNTERNEHMER, MITARBEITENDE EHEGATTEN .....</b>	<b>228</b>
<b>10.7</b>	<b>VERLETZTENGELD WEGEN VERSICHERUNGSFALLS BEI FREIHEITSENTZIEHUNG .....</b>	<b>229</b>
<b>10.8</b>	<b>VERLETZTENGELD BEI WIEDERERKRANKUNG .....</b>	<b>229</b>
<b>10.9</b>	<b>NEUFESTSETZUNG DES VERLETZTENGELDES IN BESONDEREN FÄLLEN .....</b>	<b>229</b>
<b>10.10</b>	<b>ANRECHNUNG VON EINKOMMEN AUF VERLETZTENGELD .....</b>	<b>229</b>
<b>10.11</b>	<b>SONDERREGELUNGEN FÜR DIE LANDWIRTSCHAFTLICHE UNFALLVERSICHERUNG .....</b>	<b>229</b>
<b>10.12</b>	<b>VERLETZTENGELD FÜR BEZIEHER VON ARBEITSLOSENGELD II .....</b>	<b>230</b>

## Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

Auf Leistungen besteht nach § 11 Abs. 5 SGB V kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

Die Erläuterungen zu [3.1 „Berechnung des Regelentgelts bei Arbeitnehmern“](#), [3.2.2.5 „Unständig/Kurzzeitig Beschäftigte“](#) und [3.2.4 „Seeleute“](#) sowie [3.3 „Höchstregelentgelt“](#) bis [5 „Zahlung des Krankengeldes“](#) sowie [9 „Anpassung des Krankengeldes“](#) gelten entsprechend für die Berechnung, Höhe und Zahlungsweise der Geldleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung während der Heilbehandlung und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 45 bis 52 SGB VII) mit der Maßgabe, dass die nachfolgend genannten abweichenden Abschnitte zu berücksichtigen sind.

Da die Unfallversicherungsträger grundsätzlich das Verletztengeld nicht selbst auszahlen, wurden Verwaltungsvereinbarungen abgeschlossen, im Rahmen derer die Krankenkassen generell oder im Einzelfall beauftragt werden bzw. beauftragt werden können ([„Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach § 189 SGB VII in Verbindung mit §§ 88 ff. SGB X \(VV Generalauftrag Verletztengeld\)“](#) und [„Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Unfallversicherungsträger nach § 189 SGB VII in Verbindung mit §§ 88 ff. SGB X \(VV Einzelauftrag\)“](#)).

### 10.1 Regelentgelt, Höchstregelentgelt

Im Unterschied zur Regelung zum Krankengeld (70 v. H. des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens: § 47 Abs. 1 SGB V) beträgt das Verletztengeld bei Arbeitnehmern 80 v. H. des regelmäßig erzielten Arbeitsentgelts und Arbeitseinkommens (Regelentgelt, siehe § 47 SGB VII). Zu beachten ist der für den jeweiligen Unfallversicherungsträger gültige Höchstbetrag, der sich aus dem Höchst-Jahresarbeitsverdienst (§ 85 Abs. 2 SGB VII i. V. m. der Satzung des zuständigen Unfallversicherungsträgers) ergibt.

### 10.2 Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt und geringfügige Beschäftigungen

Für die Berechnung des Regelentgeltes ist vom Arbeitsentgeltbegriff des § 14 SGB IV in Verbindung mit der Sozialversicherungsentgeltverordnung (SvEV) auszugehen, siehe [3.1.1.1.2 „Arbeitsentgelt“](#). Abweichend davon sind auch Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- oder Nachtarbeit gemäß Sozialversicherungsentgeltverordnung dem Arbeitsentgelt hinzuzurechnen, auch soweit sie lohnsteuer- und beitragsfrei sind (§ 1 Abs. 2 SvEV). Für die Berücksichtigung der lohnsteuerfreien Zuschläge besteht nicht das Erfordernis der Regelmäßigkeit.

## Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

Für die Regelentgeltberechnung sind auch Einkünfte aus geringfügigen Beschäftigungen (§ 8 SGB IV) zu berücksichtigen.

### 10.3 Einmalzahlungen

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind grundsätzlich allein die Unternehmer beitragspflichtig (§ 150 SGB VII). Außerdem werden die Beiträge in Form einer Umlage erhoben, deren Höhe sich in der Regel nach dem Finanzbedarf des Unfallversicherungsträgers, dem Arbeitsentgelt der Arbeitnehmer und den Gefahrklassen richtet (§§ 152 und 153 SGB VII). Zudem gilt § 23a SGB IV nicht für die gesetzliche Unfallversicherung, so dass sich arbeitnehmerbezogene beitragspflichtige Teile von Einmalzahlungen nicht ermitteln lassen. Der Hinzurechnungsbetrag zum Regelentgelt (siehe 4.1.3 „[Krankengeldberechnung aus Einmalzahlungen](#)“) wird daher bei der Berechnung des Verletztengeldes aus dem Gesamtbetrag des in den letzten 12 Kalendermonaten vor Eintritt des Versicherungsfalles erzielten einmalig gezahlten Arbeitsentgelts ermittelt. Das Regelentgelt darf dabei den 360. Teil des Höchstjahresarbeitsverdienstes des zuständigen Unfallversicherungsträgers nicht übersteigen. Das Verletztengeld darf 100 v. H. des letzten Nettoarbeitsentgelts nicht übersteigen (§ 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VII, § 47 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

### 10.4 Arbeitseinkommen

Arbeitseinkommen ist bei der Ermittlung des Regelentgelts mit dem 360. Teil des im Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Maßnahme der Heilbehandlung erzielten Arbeitseinkommens zugrunde zu legen (§ 47 SGB VII).

### 10.5 Nicht kontinuierliche Arbeitsleistung / Satzungsbestimmungen

Für die Fälle, dass keine kontinuierliche Arbeit verrichtet wird, kann die Satzung des Unfallversicherungsträgers abweichende Bestimmungen vorsehen (§ 47 Abs. 1 Satz 3 SGB VII).

### 10.6 Unternehmer, mitarbeitende Ehegatten

Personen, die als Unternehmer infolge der Unternehmertätigkeit einen Versicherungsfall erleiden, erhalten Verletztengeld in Höhe des 450. Teils des Jahresarbeitsverdienstes. Für landwirtschaftliche Unternehmer gelten Besonderheiten (siehe [10.11 „Sonderregelungen für die landwirtschaftliche Unfallversicherung“](#)). Personen, die als Unternehmer, mitarbeitende Ehegatten oder Lebenspartner oder dem Unternehmer Gleichgestellte infolge der Unternehmertätigkeit einen Versicherungsfall erleiden, erhalten Verletztengeld je Kalendertag in Höhe des 450. Teils des Jahresarbeitsverdienstes.



## Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

### **10.7 Verletztengeld wegen Versicherungsfalls bei Freiheitsentziehung**

Für die Berechnung des Verletztengeldes für Personen, deren Versicherungsfall sich während einer auf Grund eines Gesetzes angeordneten Freiheitsentziehung ereignet hat, gelten bis zur Entlassung aus der Haft die Vorschriften für Versicherte, die Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben. Nach der Entlassung wird das Verletztengeld, wenn es für den Betroffenen günstiger ist, in Höhe des 450. Teils des Jahresarbeitsverdienstes berechnet (§ 47 Abs. 6 SGB VII).

### **10.8 Verletztengeld bei Wiedererkrankung**

Erkrankt der Versicherte an den Folgen des Versicherungsfalls erneut (Wiedererkrankung), ist das Verletztengeld neu zu berechnen. Als Bemessungszeitraum gilt der letzte abgerechnete Entgeltabrechnungszeitraum vor der Wiedererkrankung (§ 48 SGB VII).

### **10.9 Neufestsetzung des Verletztengeldes in besonderen Fällen**

Tritt der der Verletztengeldzahlung zugrundeliegende Versicherungsfall vor Beginn der Schulausbildung oder während einer Schul- oder Berufsausbildung der versicherten Person ein, wird das Verletztengeld von dem Zeitpunkt an, in dem die Ausbildung ohne den Versicherungsfall voraussichtlich beendet worden wäre, neu berechnet, wenn es für den Betroffenen günstiger ist (§ 47 Abs. 8 SGB VII). Entsprechendes gilt, wenn der Versicherte das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Hierzu sind die Vorschriften über die Neufestsetzung des Jahresarbeitsverdienstes nach voraussichtlicher Beendigung einer Schul- oder Berufsausbildung oder nach tariflichen Berufs- oder Altersstufen (§ 90 Abs. 1 und 3 SGB VII) heranzuziehen.

### **10.10 Anrechnung von Einkommen auf Verletztengeld**

Auf das Verletztengeld werden gleichzeitig erzieltetes Einkommen und andere Entgeltersatzleistungen angerechnet (§ 52 SGB VII). Beitragspflichtiges Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen ist bei Arbeitnehmern um die gesetzlichen Abzüge zu mindern, bei sonstigen Versicherten um 20 v. H. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt wird nicht angerechnet.

### **10.11 Sonderregelungen für die landwirtschaftliche Unfallversicherung**

Für die Höhe des Verletztengeldes für landwirtschaftliche Unternehmer, ihre Ehegatten und mitarbeitenden Familienangehörigen ohne Arbeitsvertrag gilt § 55a Abs. 3 SGB VII.

## Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung

### 10.12 Verletztengeld für Bezieher von Arbeitslosengeld II

Die Bezieher von Arbeitslosengeld II erhalten dieses im Falle von unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit in gleicher Höhe als Vorschuss auf das Verletztengeld weiter. Auszahlender ist der jeweilige Träger der Leistungen nach § 6 ff SGB II (Bundesagentur für Arbeit, kommunale Träger oder Arbeitsgemeinschaft), der seinerseits einen Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Unfallversicherungsträger hat (§ 25 SGB II).

Sofern Bezieher von Arbeitslosengeld II einer Beschäftigung nachgehen und auch für die Beschäftigung Arbeitsunfähigkeit besteht, besteht neben dem Anspruch auf Verletztengeld in Höhe des Arbeitslosengeldes II auch ein Anspruch auf Verletztengeld aus dem Beschäftigungsverhältnis. Handelt es sich um ein krankenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, ist das Verletztengeld insoweit nach der VV Generalauftrag Verletztengeld von der Krankenkasse zu berechnen und auszuzahlen. In allen anderen Fällen kann das Verletztengeld nur im Rahmen der VV Einzelauftrag durch die Krankenkasse ausgezahlt werden.

## Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen

**11. Anlage 1 – Anfrage der Höhe der Einmalzahlungen**

Adresse  
der Krankenkasse

**Bescheinigung für die Krankenkasse vom ehemaligen Arbeitgeber****Daten des Arbeitnehmers<sup>6</sup>:**

Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

hat Anspruch auf eine Entgeltsatzleistung.

Um die Höhe der Entgeltsatzleistung prüfen zu können, benötigt die Krankenkasse die Angabe<sup>7</sup>, ob in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn des Versicherungsfalles während der Dauer der Beschäftigung in Ihrem Unternehmen dem Grunde nach sozialversicherungspflichtige Einmalzahlungen (§ 23a SGB IV) gewährt wurden. Bitte teilen Sie daher mit, ob die o. g. Person von Ihnen im Zeitraum<sup>1</sup> (von \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_) Einmalzahlungen bezogen hat.

- Nein, es wurden keine Einmalzahlungen gewährt.
- Ja, es wurden Einmalzahlungen gewährt,
- der beitragspflichtige Anteil der Einmalzahlungen betrug in der
- Kranken-/Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_ EUR
- Rentenversicherung: \_\_\_\_\_ EUR
- Arbeitslosenversicherung: \_\_\_\_\_ EUR.
- die Einmalzahlungen unterlagen nicht der Beitragspflicht.
- die Einmalzahlungen wurden wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses zurückgefordert.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel der Firma

<sup>6</sup> Von der Krankenkasse vorauszufüllen

<sup>7</sup> Der Auskunftsanspruch ergibt sich aus § 18e SGB IV bzw. § 98 SGB X.

Anlage 2 – Auflistung der verwiesenen Anlagen

## 12. Anlage 2 – Auflistung der verwiesenen Anlagen

- 12.1 Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz – EFZG) vom 25.06.1998
- 12.2 Gemeinsames Rundschreiben zum Gesetz zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom 21.12.1998
- 12.3 Gemeinsames Rundschreiben vom 25.09.2015 zu den leistungsrechtlichen Ansprüchen bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen
- 12.4 Gemeinsames Rundschreiben zur Berechnung, Höhe und Zahlung des Krankengeldes und des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes von SGB III–Leistungsbeziehern vom 21.12.2009
- 12.5 Gemeinsames Rundschreiben der Rentenversicherungsträger zum Übergangsgeld
- 12.6 Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei einer stufenweisen Wiedereingliederung
- 12.7 Vereinbarung des GKV–Spitzenverbandes und der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 20 Abs. 4 SGB VI

Anlage 2 – Auflistung der verwiesenen Anlagen

- 12.8 Verwaltungsvereinbarung über die generelle Beauftragung der Krankenkassen durch die Unfallversicherungsträger zur Berechnung und Auszahlung des Verletztengeldes nach § 189 SGB VII in Verbindung mit §§ 88 ff. SGB X (VV Generalauftrag Verletztengeld)
- 12.9 Verwaltungsvereinbarung über das Verfahren und die Entschädigung bei Einzelaufträgen der Unfallversicherungsträger nach § 189 SGB VII in Verbindung mit §§ 88 ff. SGB X (VV Einzelauftrag)
- 12.10 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, AU-RL)
- 12.11 Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019 in Berlin

7.     **§ 50 SGB X – Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen,**  
       **§ 105 SGB X – Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers;**  
       **hier: Wegfall der Leistungsaushilfe und Kostenabrechnung nach den Verordnungen (EG)**  
          **883/04 und (EG) 987/09**

#### Sachstand:

Aufgrund eines Referendums des Vereinigten Königreichs (Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland) vom 23. Juni 2016 wurde der Austrittsprozess gemäß Artikel 50 des Vertrags über die Europäische Union (EU) am 29. März 2017 durch schriftliche Mitteilung an den Europäischen Rat rechtlich wirksam in die Wege geleitet. Damit war nach der vertraglich vorgesehenen zweijährigen Verhandlungsperiode mit einem Austritt zum 29.03.2019 (24:00 Uhr) zu rechnen. Nach einer ersten Fristverlängerung auf den 12.04.2019 einigte sich die EU zwischenzeitlich mit dem Vereinigten Königreich auf eine Verlängerung der Austrittsfrist bis zum 31.10.2019.

Die im Zusammenhang mit dem weiterhin möglichen Szenario eines unregulierten Austritts (No-Deal-Brexit) des Vereinigten Königreichs aus der EU stehenden möglichen leistungsrechtlichen Folgen für die im Vereinigten Königreich versicherten Personen, die sich bei Leistungseintritt in Deutschland aufhalten, wurden in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 19./20.03.2019 beraten und im Nachgang unter Berücksichtigung des Urteils des BSG vom 14.10.2014 – B 1 KR 18/13 R erneut bewertet.

Im Ergebnis ergeben sich weiterhin Fragen im Falle eines möglichen No-Deal-Brexits zur Leistungs- bzw. Kostenabgrenzung für die aushelfenden Krankenkassen im Verhältnis zum Vereinigten Königreich, zu einer ggf. anderen gewählten Krankenkasse im Rahmen des freiwilligen Beitritts nach § 6 BrexitSozSichÜG oder zu den Personen selbst, die Leistungen in Anspruch genommen haben. Dies gilt insbesondere in den Sachverhalten, in denen

- Leistungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe für die in Rede stehenden Personen durchgehend über den Tag des Brexits hinaus beansprucht werden,



- Leistungen noch bis zum Tag des Brexits veranlasst, allerdings erst nach diesem Datum in Anspruch genommen werden oder
- Leistungen erst nach dem Tag des Brexits zu Unrecht erbracht bzw. in Anspruch genommen werden.

### **1. Kein Versicherungsschutz nach dem Brexit**

Dem o. g. Urteil des BSG vom 14.10.2014 lag ein Sachverhalt zugrunde, in dem eine stationäre Krankenhausbehandlung zu einem Zeitpunkt begann, zu dem noch ein Leistungsanspruch des Versicherten nach § 19 Abs. 2 SGB V bestand, dieser allerdings im weiteren Verlauf der Behandlung entfiel. Das BSG urteilte in diesem Fall, dass das Krankenhaus nur solange einen Vergütungsanspruch für die Behandlung eines Patienten gegenüber der Krankenkasse habe, wie er bei dieser auch versichert oder zumindest leistungsberechtigt sei.

Legt man die vom BSG aufgestellten Grundsätze als Maßstab auch für die Sachverhalte an, in denen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe eine Krankenhausbehandlung über den Tag des Brexits hinaus andauert, so würde entgegen § 9 der Fallpauschalenvereinbarung der Vergütungsanspruch des Krankenhauses mit dem Tag des Austritts des Vereinigten Königreiches aus der Europäischen Union enden. Gleiches gilt im Ergebnis für Vergütungsansprüche anderer Leistungserbringer.

Bei der Abrechnung mit dem Vereinigten Königreich ist zwischen taggenau zuordnungsfähigen Leistungen entsprechend der tatsächlichen Leistungserbringung (z. B. Eingliederung des Zahnersatzes, Abgabe des Arzneimittels) und solchen, die pauschal (z. B. DRG-Fallpauschale) oder quartalsweise (z. B. kieferorthopädische Behandlung) abgerechnet werden, zu unterscheiden. Während die tagesbezogenen Leistungen eindeutig abzurechnen sind, müssten die anderen – abhängig vom Austrittsdatum des Vereinigten Königreichs – ggf. anteilig ermittelt werden. In Fällen der Abrechnung von DRG-Pauschalen wären die Gesamtkosten der stationären Behandlung nach den insgesamt im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen anteilig aufzuteilen und die tatsächlich geleisteten Zuzahlungen entsprechend ihrer zeitbezogenen Zuordnung zu berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang wird insbesondere auf den Leitfaden „Kostenabrechnungen im Rahmen der EG-Verordnung 987/09 und nach Abkommensrecht“ der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland mit Stand vom 12.05.2014 hingewiesen.

Sollten nach dem Brexit noch Leistungen abgerechnet werden und die aushelfende Krankenkasse hat diese (irrtümlich) vergütet, so bestünde die Möglichkeit, die Kosten der dann zu Unrecht erbrachten Leistungen im Rahmen eines gesetzlich normierten öffentlich-rechtlichen Erstattungs-

anspruchs nach § 50 SGB X direkt von den Personen selbst, die im Vereinigten Königreich versichert sind, zurückzufordern.

## **2. Versicherungsschutz bei der bisher aushelfenden Krankenkasse**

Sollten die in Rede stehenden Personen vom freiwilligen Beitrittsrecht nach § 6 BrexitSozSichÜG bei der bisher aushelfenden Krankenkasse im Anschluss an den Brexit Gebrauch machen, so ist diese auch weiterhin zur Leistung verpflichtet. Über diesen Tag hinaus bezogene bzw. danach beanspruchte Leistungen sind weiterhin zu übernehmen.

Die Leistungserbringer sind dementsprechend vollständig zu vergüten und die bis zum Austrittsdatum angefallenen Leistungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe mit dem Träger im Vereinigten Königreich entweder taggenau oder anteilig entsprechend der EG-Verordnung 987/09 abzurechnen.

## **3. Versicherungsschutz bei einer anderen als der bisher aushelfenden Krankenkasse**

Für den Fall, dass die nach § 6 BrexitSozSichÜG beitragsberechtigten Personen jedoch bei einer anderen als der bisher aushelfenden Krankenkasse nach Ausübung ihres Wahlrechtes gemäß § 173 SGB V freiwilliges Mitglied werden, hat die bisher aushelfende Krankenkasse hiervon in der Regel keine Kenntnis. Sie muss daher davon ausgehen, dass in diesen Fällen die Sachleistungsaushilfe mit dem Tage des Brexits zu beenden ist und ein weiterer gesetzlicher Leistungsanspruch nicht besteht. Der Vergütungsanspruch der Leistungserbringer entfällt und die bis zum Austrittsdatum angefallenen Leistungen sind mit dem Träger im Vereinigten Königreich entweder taggenau oder anteilig entsprechend der EG-Verordnung 987/09 wie bereits oben beschrieben abzurechnen.

Darüber hinaus können sich allerdings auch Erstattungsansprüche nach § 105 SGB X der bisher aushelfenden gegenüber der gewählten Krankenkasse für die nach dem Brexit erbrachten Leistungen für den Fall ergeben, dass bekannt ist, bei welcher Krankenkasse im Anschluss eine freiwillige Mitgliedschaft und somit eine Leistungsberechtigung begründet wurde. Der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich dann nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Hat die aushelfende Krankenkasse jedoch irrtümlich Leistungen nach dem oder über das Brexit-Datum hinaus erbracht und ist ihr die gewählte Krankenkasse nicht bekannt, so wird empfohlen, die Forderungen nach § 50 SGB X geltend zu machen (vgl. Abschnitt 1, letzter Absatz).



Mit der Frage der Leistungs- und Kostenabgrenzung in diesen Fallgestaltungen hatten sich bereits die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen am 22.09.2008 auseinandergesetzt und die bisherige „Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel vom 09.10.2002“ aktualisiert (siehe Anlage). Naheliegend wäre es daher, in den betroffenen Sachverhalten zur Leistungsabgrenzung zwischen der bisher aushelfenden und der neu gewählten Krankenkasse auf die Regelungen der Gemeinsamen Verlautbarung zurückzugreifen.

Vor diesem Hintergrund war eine nochmalige Erörterung der Thematik in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einheitlich die Auffassung, dass die im Rahmen der Sachleistungsaushilfe tätigen Krankenkassen nur bis zum Tag des No-Deal-Brexits für die im Vereinigten Königreich versicherten Personen zur Leistung verpflichtet sind, falls sich kein Versicherungsschutz nach § 6 BrexitSozSichÜG anschließt. Auch der Vergütungsanspruch der Leistungserbringer besteht lediglich bis zu diesem Tag, irrtümlich zu Unrecht gewährte Leistungen sind von den Krankenkassen nach § 50 SGB X zurückzufordern.

Kommt nach § 6 BrexitSozSichÜG eine freiwillige Versicherung bei der bisher aushelfenden oder einer anderen Krankenkasse (Wahlrecht nach § 173 SGB V) zustande, so besteht ein Leistungs- und Vergütungsanspruch über den Austrittstag hinaus fort. Im Falle der Wahlrechtsausübung durch den Berechtigten und bei Kenntnis der gewählten Krankenkasse besteht für die bisher aushelfende Krankenkasse ggf. ein Erstattungsanspruch gemäß § 105 SGB X. Die Gemeinsame Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel vom 09.10.2002 mit Stand vom 22.09.2008 findet hierbei Anwendung.

Die zur Sachleistungsaushilfe verpflichteten Krankenkassen rechnen die bis zum Tag des Brexits erbrachten Leistungen im Rahmen der EG-Verordnung 987/09 mit dem Träger im Vereinigten Königreich ab.

### **Anlage**

**AOK-Bundesverband, Bonn**

**Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen**

**IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach**

**Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel**

**Knappschaft, Bochum**

**Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg**

**AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg**

---

**Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel;**

**Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen**

**vom 9. Oktober 2002**

in der Fassung vom 22. September 2008

## **Vorwort**

Diese gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen löst die gemeinsame Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel vom 9. Oktober 2002 in der Fassung vom 24. Juli 2003 ab. Die Aktualisierung ist aufgrund der zwischenzeitlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 19. September 2007 - B 1 KR 39/06 R - erforderlich geworden.

<b>Inhaltsverzeichnis:</b>	<b>Seite</b>
I. Rechtsprechung des BSG vom 28. November 2001 und 19. September 2007	3
II. Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen	4
1. Zahnersatz	4
2. Kieferorthopädische Behandlung	5
3. Parodontosebehandlung	6
4. Arzneimittel	6
5. Heilmittel	7
6. Hilfsmittel	7
7. Stationäre Krankenhausbehandlung	7
7a. Vor- und nachstationäre Behandlungen	11
8. Fahrkosten	12
9. Erstattungsansprüche	12

## I. **Rechtsprechung des BSG vom 20. November 2001 und 19. September 2007**

Das BSG hat am 20. November 2001 im **Grundsatz** klargestellt, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt. Das BSG begründet diese Positionierung damit, dass nach § 19 Abs. 1 SGB V der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft erlischt, soweit keine abweichenden Bestimmungen entgegenstehen. Durch den grundsätzlichen Ausschluss von Rechtswirkungen des Mitgliedschaftsverhältnisses für die Zeit nach seiner Beendigung wird ein möglicher Zusammenhang zwischen der Erkrankung (Versicherungsfall) und der Kostenbelastung durch einzelne Behandlungsmaßnahmen krankenversicherungsrechtlich jedenfalls dann für unerheblich erklärt, wenn der Versicherte zwischenzeitlich die Mitgliedschaft verliert. Daraus folgt, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt. Im weiteren weist das BSG explizit darauf hin, dass dieser Grundsatz nicht nur auf das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung sondern auch bei einem Wechsel einer gesetzlichen Krankenkasse anzuwenden ist.

Somit entscheidet letztlich der Zeitpunkt der Behandlungsmaßnahme vor oder nach dem Beginn der Mitgliedschaft darüber, ob die neue oder die alte Krankenkasse leistungspflichtig ist.

In der der Entscheidung des BSG vom 20. November 2001 - B 1 KR 31/99 R - zugrunde liegenden Zahnersatzbehandlung richtete sich die Leistungszuständigkeit daher nach dem Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes und nicht nach dem Zeitpunkt der Aufstellung des Heil- und Kostenplans. Die zu Beginn der Behandlung durch den Zahnarzt bestätigte Behandlungsnotwendigkeit begründet mithin keine Leistungszuständigkeit der Krankenkasse für alle sich daraus ergebenden Behandlungsmaßnahmen.

Mit Urteil vom 19. September 2007 - B 1 KR 39/06 R - hat das Bundessozialgericht seine bisherige Rechtsprechung vom 20. November 2001 - B 1 KR 26/00 R - zur Definition der Krankenhausbehandlung als untrennbare Behandlungseinheit ausdrücklich aufgegeben. Danach habe eine Aufteilung ausgehend von der gesamten Zahl der tatsächlich mit der Fallpauschale abgerechneten Tage in der Weise zu er-

folgen, dass die Rechnungs- und Leistungsteile bis zum letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft von denjenigen ab dem ersten Tag der neuen Mitgliedschaft zu trennen und mit einem entsprechenden Anteil gesondert in Ansatz zu bringen sind. Die Leistungszuständigkeit ist mithin in Abhängigkeit von der tatsächlich für die Fallpauschale in Anspruch genommenen Zahl der Krankenhaustage – pro rata temporis – zwischen den zuständigen Kostenträgern aufzuteilen. Dies ermöglicht nach Auffassung des Bundessozialgerichtes eine gerechte, klare, verwaltungspraktikable und leicht handhabbare Lastenverteilung.

## **II. Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen**

### **1. Zahnersatz**

Für die Erbringung von Zahnersatz und die Übernahme der Kosten von Erweiterungen bzw. Wiederherstellungen ist die Krankenkasse zuständig, der der Versicherte am Tag der Erbringung der Leistung angehört. Als Tag der Leistungserbringung in diesem Sinne gilt für die Erbringung von Zahnersatz der Tag der Eingliederung des Zahnersatzes. Bei Interimsprothesen, die auf der Grundlage eines eigenständigen Heil- und Kostenplans erbracht werden, ist der Tag der Eingliederung der Interimsprothese maßgebend. Die vorgenannten Regelungen gelten auch für Reparaturen (Erweiterungen / Wiederherstellungen).

Bei einem Wechsel der Krankenkasse während des Behandlungsfalls wird von der nunmehr zuständigen Krankenkasse die Kostenübernahmeerklärung der den Heil- und Kostenplan genehmigenden Krankenkasse grundsätzlich anerkannt. Dies gilt insbesondere bezüglich der Art der Versorgungsform sowie dem Umfang der Festzuschüsse und die Höhe der Kostenzusage (z.B. Festzuschuss mit 30-prozentigem Bonus).

Auch für die neu zuständige Krankenkasse gilt, dass die Leistungspflicht erlischt, wenn der Zahnersatz nicht innerhalb der auf dem Heil- und Kostenplan festgelegten Frist eingegliedert wird.

Die Krankenkasse übernimmt für definierte Befundsituationen einen Festzuschuss, der aus den jeweils typischen zahnmedizinischen Versorgungsleistungen ermittelt wurde (Regelversorgung). Eine Differenzierung nach einzelnen, taggenau zuzuordnenden Leistungen ist damit nicht möglich. Darüber hinaus werden Leistungen gegenüber dem

Versicherten nicht nur nach dem BEMA und dem BEL abgerechnet, sondern für gleich- und andersartige Versorgung nach der GOZ und der BEB.

Gleiches gilt für die im Zusammenhang mit der zahnprothetischen Versorgung/Reparatur/Erweiterung (BEMA Teil 5) erbrachten Eigen- bzw. Fremdlaborkosten (BEL II). Auch hier ist eine Zuordnung der einzelnen Leistungen nicht möglich, sie sind in dem jeweiligen Festzuschuss rechnerisch berücksichtigt.

Diese Leistungen - in Form der Festzuschüsse - sind dem Tag der Eingliederung/Wiedereingliederung des Zahnersatzes zuzuordnen.

Vorbereitende Leistungen, die Bestandteil des BEMA Teil 1 (konservierend chirurgische Leistungen) sind, lassen sich taggenau zuordnen. Die Kassenzuständigkeit für diese Leistungen (z. B. Röntgen des Kiefers zur Prüfung, ob einzelne Zähne überkront werden können) bestimmt sich deshalb danach, bei welcher Krankenkasse der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert war.

Nach § 137 Abs. 4 Satz 3 bis 9 SGB V haben Zahnärzte u.a. für Zahnersatz in der Regel eine zweijährige Gewährleistungspflicht zu übernehmen und sind ggf. zur kostenfreien Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen verpflichtet. Im Ausnahmefall (z. B. Wohnsitzwechsel) kommt eine Neuversorgung durch einen anderen Vertragszahnarzt mit Regress gegenüber dem erstversorgenden Vertragszahnarzt in Betracht.

Sofern in einem solchen Fall zwischenzeitlich ein Kassenwechsel eingetreten ist, wird der Erstattungsanspruch durch die zweite Krankenkasse geltend gemacht, da diese aufgrund der Fehlleistung des Zahnarztes für den neuen Zahnersatz aufkommen muss. Die erste Krankenkasse tritt ihre Ansprüche mit einer Abtretungserklärung an die zweite Kasse ab.

Sofern der Betrag aus dem erfüllten Erstattungsanspruch die tatsächlich geleisteten Ausgaben der zweiten Kasse übersteigt, reicht diese den Mehrbetrag an die erstleistende Krankenkasse weiter.

## **2. Kieferorthopädische Behandlung**

Am „Übereinkommen der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Abgrenzung der Leistungspflicht für kieferorthopädische Behandlung bei Kassenwechsel vom 14.

Februar 1974“ wird festgehalten. Dieses sieht vor, dass Quartalsabrechnungen (Abschlagszahlungen) jeweils von der Krankenkasse geleistet werden, bei der am ersten Tag des Quartals, für das die Zahlung bestimmt ist, ein Versicherungsverhältnis (Leistungsanspruch) bestand. Wird die erste Abschlagszahlung in dem selben Quartal fällig, in dem der kieferorthopädische Behandlungsplan aufgestellt wurde, so wird abweichend davon die Zahlung von der Krankenkasse geleistet, bei der am Tag der Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans ein Versicherungsverhältnis – ggf. unter Berücksichtigung eines nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 Abs. 2 SGB V) – vorlag.

Die Erstattung des vom Versicherten getragenen Anteils in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent erfolgt – wie bisher – von der bei Abschluss der Kfo-Behandlung zuständigen Krankenkasse.

### **3. Parodontosebehandlung**

Die Leistungen für die systematische Behandlung von Parodontopathien erfolgen auf der Grundlage der Gebühren gemäß BEMA Teil 4. Die Gebühren gelten auch die Leistungen ab, die an mehreren Sitzungstagen erbracht werden. Außerdem können Material- und Laborkosten anfallen, deren zeitliche Zuordnung nicht taggenau möglich ist. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers entsteht regelmäßig mit Abschluss der systematischen Parodontosebehandlung.

In analoger Anwendung der für den Bereich Zahnersatz entwickelten Verfahrensweise ist für die Übernahme der Kosten einer Parodontosebehandlung die Krankenkasse zuständig, der der Versicherte am letzten Tag der Behandlung (Behandlungsabschluss) angehört.

Vorbereitende Leistungen, die Bestandteil des BEMA Teil 1 (konservierend chirurgische Leistungen) sind, lassen sich taggenau zuordnen. Die Kassenzuständigkeit für diese Leistungen (z. B. Röntgenbilder, Infiltrationsanästhesie) bestimmt sich deshalb danach, bei welcher Krankenkasse der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert war.

### **4. Arzneimittel**

Für die Erbringung von Arzneimitteln ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Arzneimittels ein Versicherungsverhältnis besteht.

## **5. Heilmittel**

Derzeit existieren keine pauschalierten Vergütungsregelungen im Heilmittelbereich, die eine taggenaue Zuordnung der Leistungserbringung ausschließen.

Leistungspflichtig für die Erbringung von Heilmitteln ist daher die Krankenkasse, die am Tag der Erbringung der Leistung die Versicherung auch tatsächlich durchführt. Dies gilt auch bei Serienbehandlungen.

## **6. Hilfsmittel**

Für die Erbringung von Hilfsmitteln ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Hilfsmittels ein Versicherungsverhältnis besteht.

## **7. Stationäre Krankenhausbehandlung**

Bei einem Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (Kassenwechsel) sind die gesamten Kosten des Krankenhausfalls (mit allen anfallenden Entgelten) unter Berücksichtigung des Urteils des BSG vom 19. September 2007 - B 1 KR 39/06 R - nach den insgesamt im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen anteilig auf die beteiligten Krankenkassen aufzuteilen. Dies gilt unabhängig davon, ob sich die Kosten aus DRG-Fallpauschalen mit Zusatzentgelten, sonstigen Entgelten, Zuschlägen oder mit belegungsbezogenen Entgelten nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zusammensetzen. Dabei sind (nur) die tatsächlich geleisteten Zuzahlungen (vgl. Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 28./29. November 2005 - TOP 4) entsprechend ihrer zeitbezogenen Zuordnung bei dem jeweils von der Krankenkasse zu tragenden Anteil an den Gesamtkosten zu berücksichtigen.

Im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus einen eigenen Krankenhausfall ab. Der Tag der Verlegung wird - analog der Zuzahlungsregelung - dem stationären Aufenthalt in der Einrichtung zugeordnet, die den Versicherten aufnimmt. Letzter Aufenthaltstag im verlegenden Krankenhaus ist somit der Tag vor der Verlegung.



**Beispiel 1:**

Aufnahme	am 28. März 2008
Entlassung	am 7. April 2008
Kassenwechsel	am 1. April 2008
Zuzahlungspflicht	vom 28. März - 7. April 2008 (= 11 Tage)
Zuzahlung geleistet	vom 28. März - 7. April 2008 (= 11 Tage)

**Lösung:**

Aufteilung der Krankenhauskosten anteilig nach im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen:

*Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit 28. - 31. März 2008 (4/11 der Gesamtkosten abzgl. Zuzahlungsanteil für 4 Tage)*

*Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit 1. - 7. April 2008 (7/11 der Gesamtkosten abzgl. Zuzahlungsanteil für 7 Tage)*

**Beispiel 2:**

Aufnahme	am 9. März 2008
Entlassung	am 14. März 2008
Wiederaufnahme	
wegen Komplikationen	am 17. März 2008
Entlassung	am 23. April 2008
Kassenwechsel	am 1. April 2008
Zuzahlungspflicht	vom 9. - 14. März 2008 (= 6 Tage) und vom 17. März - 7. April 2008 (= 22 Tage)
Zuzahlungen geleistet	bislang keine

**Lösung:**

Aufteilung der Krankenhauskosten anteilig nach den im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen:

*Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit 9. - 14. und 17. - 31. März 2008 (21/44 der Gesamtkosten).*

*Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit 1. - 23. April 2008 (23/44 der Gesamtkosten).*

**Beispiel 3:**

Aufnahme in Krankenhaus A	am 23. März 2008
Verlegung in Krankenhaus B	am 27. März 2008
Rückverlegung/Wiederaufnahme in Krankenhaus A	am 31. März 2008
Entlassung aus Krankenhaus A	am 11. April 2008
Kassenwechsel	am 1. April 2008
Zuzahlungspflicht	keine

**Lösung Krankenhaus A:**

Nur die Kosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus A sind anteilig nach den im Krankenhaus A verbrachten Kalendertagen aufzuteilen. Der Tag der Verlegung wird - analog der Zuzahlungsregelung - dem stationären Aufenthalt in der Einrichtung zugeordnet, die den Versicherten aufnimmt.

Im Krankenhaus A wurden insgesamt 17 Kalendertage verbracht, der Tag der Verlegung in das Krankenhaus B (27. März 2008) bleibt jedoch unberücksichtigt:

23. - 26. und 31. März - 11. April 2008 (16 Kalendertage)

*Anteil Krankenkasse A für die Zeit 23. - 26. und 31. März 2008 (5/16 der Gesamtkosten).*

*Anteil Krankenkasse B für die Zeit 1. - 11. April 2008 (11/16 der Gesamtkosten).*

**Lösung Krankenhaus B:**

Der Krankenhausfall im Krankenhaus B ist nicht vom Kassenwechsel betroffen. Die Krankenkasse A hat daher die Kosten des gesamten Krankenhausaufenthaltes zu tragen.

**Beispiel 4:**

Aufnahme in Krankenhaus A	am 23. März 2008
Verlegung in Krankenhaus B	am 27. März 2008
Rückverlegung/Wiederaufnahme in Krankenhaus A	am 5. April 2008
Entlassung aus Krankenhaus A	am 11. April 2008
Kassenwechsel	am 1. April 2008
Zuzahlungspflicht	vom 23. März - 11. April 2008 (= 20 Tage)
Zuzahlungen geleistet	vom 23. März - 11. April 2008 (= 20 Tage)

**Lösung Krankenhaus A:**

Die Kosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus A sind anteilig nach den in diesem Krankenhaus verbrachten Kalendertagen aufzuteilen. Der Tag der Verlegung wird jedoch - analog der Zuzahlungsregelung - dem stationären Aufenthalt in der Einrichtung zugeordnet, die den Versicherten aufnimmt.

Im Krankenhaus A wurden insgesamt 12 Kalendertage verbracht, der Tag der Verlegung in das Krankenhaus B (27. März 2008) bleibt jedoch unberücksichtigt:

23. - 26. März (4 Tage) und 5. - 11. April 2008 (7 Tage)

*Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit 23. - 26. März 2008 (4/11 der Gesamtkosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus A abzgl. Zuzahlungsanteil für 4 Tage).*

*Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit vom 5. - 11. April 2008 (7/11 der Gesamtkosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus A abzgl. Zuzahlungsanteil für 7 Tage).*

**Lösung Krankenhaus B:**

Die Kosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus B sind ebenfalls anteilig nach den in diesem Krankenhaus verbrachten Kalendertagen aufzuteilen. Der Tag der Verlegung wird jedoch - analog der Zuzahlungsregelung - dem stationären Aufenthalt in der Einrichtung zugeordnet, die den Versicherten aufnimmt.

Im Krankenhaus B wurden insgesamt 10 Kalendertage verbracht, der Tag der Verlegung in das Krankenhaus A (5. April 2008) bleibt jedoch unberücksichtigt:

27. März - 4. April 2008 (9 Kalendertage)

*Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit vom 27. - 31. März 2008 (5/9 der Gesamtkosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus B abzgl. Zuzahlungsanteil für 5 Tage).*

*Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit vom 1. - 4. April 2008 (4/9 der Gesamtkosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus B abzgl. Zuzahlungsanteil für 4 Tage).*

Die vorstehenden Ausführungen gelten bei Krankenhausbehandlungen von Fallpauschalenpatienten. Bei stationären Krankenhausfällen mit tagesbezogenen Pflegesätzen ist unverändert die Krankenkasse zuständig, bei der am Tag der Behandlung die Versicherung besteht.

## 7a. Vor- und nachstationäre Behandlungen

Nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 Krankenhausentgeltgesetz darf zusätzlich zu einer Fallpauschale eine nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V nur dann berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt. Eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar. Sie darf also nur dann gesondert abgerechnet werden, wenn nach einer vorstationären Behandlung keine stationäre Aufnahme erfolgt. Soweit und solange vor- bzw. nachstationäre Behandlungen nicht gesondert vergütet werden, sind deren Diagnosen und Prozeduren jedoch bei der Gruppierung und der Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen (Neugruppierung); dies gilt nicht für Diagnosen und Prozeduren im Rahmen belegärztlicher Leistungen. Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere Fallpauschale, ist diese für die Abrechnung sowie für weitere Prüfungen maßgeblich (vgl. § 1 Abs. 6 Satz 5 und 6 Fallpauschalenvereinbarung 2008). Bei dieser Ausgangslage ergeben sich die nachstehenden Fallgestaltungen und Konsequenzen:

- a) Vor- bzw. nachstationäre Behandlungen werden nicht gesondert berechnet.

Vor- und nachstationäre Behandlungszeiten werden bei der Bestimmung des Kostenanteils der beteiligten Krankenkassen für die stationäre Behandlung nicht berücksichtigt. Dementsprechend erfolgt beim Kassenwechsel keine (fiktive) Aufteilung der Kosten für die vor- und nachstationäre Behandlung, und zwar unabhängig vom Zeitpunkt des Kassenwechsels.

- b) Vorstationäre Behandlung wird gesondert berechnet (eine stationäre Behandlung hat also nicht stattgefunden)

Anmerkung: Nach § 1 der gemeinsamen Empfehlung der DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V wird pro Fall eine Pauschale gezahlt. Zusätzlich kann ggf. eine Kostenpauschale für Leistungen mit bestimmten medizinisch-technischen Großgeräten anfallen.

Beim Kassenwechsel während der vorstationären Behandlung ist/sind die Pauschale(n) durch die Anzahl der Tage der vorstationären Behandlung zu teilen und den Kassen entsprechend dem Verhältnis der Behandlungstage, an dem eine Versicherung besteht, zuzuordnen.

c) **Nachstationäre Behandlung wird gesondert berechnet**

Anmerkung: Nach § 2 der gemeinsamen Empfehlung der DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V wird pro Behandlungstag eine Pauschale gezahlt. Zusätzlich kann ggf. eine Kostenpauschale für Leistungen mit bestimmten medizinisch-technischen Großgeräten anfallen.

Beim Kassenwechsel vor Beginn der nachstationären Krankenhausbehandlung sind die gesamten Kosten der nachstationären Krankenhausbehandlung von der Krankenkasse zu tragen, bei der in der Zeit der nachstationären Behandlung das Versicherungsverhältnis besteht. Beim Kassenwechsel während der nachstationären Behandlung erfolgt eine Zuordnung der tageweisen Fallpauschale für die nachstationäre Behandlung entsprechend der Versicherung am Behandlungstag. Ggf. erfolgt zusätzlich eine anteilige Aufteilung der Pauschale für medizinisch/technische Großgeräte entsprechend dem Verhältnis der Behandlungstage, an denen eine Versicherung besteht, unter Zugrundelegung der Dauer der nachstationären Behandlung.

## **8. Fahrkosten**

Zuständig für die Leistungserbringung ist die Krankenkasse, bei der am Tag der Fahrt die Versicherung besteht.

## **9. Erstattungsansprüche**

Erstattungsansprüche, die sich bei der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel ergeben, erfolgen auf der Grundlage des § 105 SGB X; d.h. der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 18./19.06.2019 in Berlin

#### 8. § 55 SGB V – Leistungsanspruch [Zahnersatz],

#### § 62 SGB V – Belastungsgrenze;

**hier: Anpassung und Überarbeitung des Gemeinsamen Rundschreibens zu Einnahmen zum Lebensunterhalt aufgrund der Einführung eines bundesweiten Baukindergeldes und wegen der Einführung einer Eigenheimzulage, eines Landeserziehungs- und Landespflegegeldes im Freistaat Bayern**

#### Sachstand:

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (vgl. § 62 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz und Satz 2 SGB V).

Der Gesetzgeber hat den Begriff „Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt“ selbst nicht näher erläutert oder definiert. Gesetzlich geregelt wurde lediglich, dass einzelne Leistungen nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören. Daher haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene in dem gemeinsamen Rundschreiben (GR) zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 – zuletzt in der Fassung vom 09./10.12.2015 – unter Berücksichtigung gesetzlicher Regelungen, der Rechtsprechung sowie entsprechender Rechtsauslegung näher ausgeführt, welche Einnahmen zum Lebensunterhalt bei der Berechnung der Belastungsgrenze zu berücksichtigen bzw. nicht zu berücksichtigen sind.

Eine Überarbeitung und Anpassung der letzten Fassung des GR wird u. a. deshalb notwendig, weil zwischenzeitlich einige der in der Anlage 1 beschriebenen Einnahmen zum Lebensunterhalt auf Aktualität zu überprüfen waren, insbesondere, weil sich die Rechtsgrundlagen verändert haben oder diese weggefallen sind und die Einnahmeart daher nicht mehr existiert. Zudem sind seit der letzten Aktualisierung des GR folgende neue gesetzliche Leistungen eingeführt worden, die zu bewerten sind.



### **Baukindergeld im Bund**

Mit dem Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2018 vom 12.07.2018 (BGBl I S. 1126) wurde das sogenannte Baukindergeld rückwirkend zum 01.01.2018 eingeführt. Das Baukindergeld beträgt für Familien oder Alleinerziehende pro Kind 1.200 Euro jährlich und wird von der Kreditanstalt für den Wiederaufbau (KfW) für den erstmaligen Neubau oder Erwerb von Wohneigentum zur Selbstnutzung bei Erfüllen der entsprechenden Voraussetzungen für maximal zehn Jahre gezahlt. Der Gesetzgeber verspricht sich von der Einführung des Baukindergeldes eine Senkung der individuellen Finanzierungsbelastung, um dadurch Familien den Schritt in das Wohneigentum zu ermöglichen.

### **Eigenheimzulage im Freistaat Bayern**

Die Bayerische Eigenheimzulage kann gemäß den Richtlinien für die Gewährung eines Zuschusses zum Bau oder Erwerb von Wohnraum zu eigenen Wohnzwecken (Bayerische Eigenheimzulagen-Richtlinien – EHZR) vom 7. August 2018 beantragt werden. Es handelt sich hierbei um einen einmaligen Zuschuss zur Bildung von Wohneigentum in Bayern. Die Bayerische Eigenheimzulage ist ein Zuschuss in Höhe von 10.000 Euro als einmaliger Festbetrag und kann auch losgelöst vom Baukindergeld bezogen werden.

### **Bayerisches Familiengeld**

Mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Haushaltsgesetzes 2017/2018 vom 24.07.2018 traten zum 01.09.2018 sowohl das Bayerische Familiengeldgesetz (BayFamGG) als auch das Bayerische Landespflegegeldgesetz (BayLPfIGG) im Freistaat Bayern in Kraft. Nach dem BayFamGG ist das Familiengeld eine Weiterentwicklung des bisherigen Bayerischen Landeserziehungsgeldes und ersetzt dieses. In Bayern wohnende Eltern erhalten vom 13. bis zum 36. Lebensmonat für ihr erstes und zweites Kind ab dem 01.09.2018 auf Antrag ein monatliches Familiengeld jeweils in Höhe von 250 Euro, ab dem dritten Kind in Höhe von 300 Euro. Das neue Familiengeld kann für alle Kinder beantragt werden, die ab dem 01.10.2015 geboren wurden und wird unabhängig vom Einkommen, der Erwerbstätigkeit oder der Betreuungsform gewährt.

### **Bayerisches Landespflegegeld**

Das Bayerische Landespflegegeld ist keine Leistung der Pflegeversicherung und steht nach dem BayLPfIGG ab dem 01.09.2018 auf Antrag allen im Freistaat Bayern mit Wohnsitz gemeldeten Pflegebedürftigen zur Verfügung, die mindestens den Pflegegrad 2 nachweisen. Es beträgt 1.000 Euro pro Pflegegeldjahr (1. Oktober eines Jahres bis zum 30. September des Folgejahres). Es soll



als Anerkennung an die pflegenden Angehörigen weitergereicht werden, das Engagement der Menschen stärken und eine Unterstützung für die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen sein.

Des Weiteren ergibt sich Konkretisierungsbedarf zu den Ausführungen zum Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln (vgl. GR Abschnitt 10). Eine Thematisierung in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht war daher angezeigt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer beschließen einvernehmlich das gemeinsame Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt in der als Anlage beigefügten Fassung. Danach sind das Baukindergeld und die Bayerische Eigenheimzulage in voller Höhe den Einnahmen zum Lebensunterhalt zuzurechnen. Das Bayerische Familiengeld bleibt bei einem gleichzeitigen Bezug von Eltern- und Betreuungsgeld zusammen mit den anderen Leistungen bis zu einer Höhe von 300,00 Euro im Monat unberücksichtigt. Erst der diesen Betrag übersteigende Teil der Gesamtsumme der Leistungen wird den Einnahmen zum Lebensunterhalt zugerechnet. Nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehört das Bayerische Landespflegegeld. Die Aussagen zum Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln (vgl. Abschnitt 10 des GR) werden differenzierter dargestellt. Alle Änderungen können der Änderungshistorie des gemeinsamen Rundschreibens entnommen werden.

### **Anlage**



GKV–Spitzenverband, Berlin<sup>1</sup>

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel

KNAPPSCHAFT, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

---

Gemeinsames Rundschreiben vom 04.12.2013 in der Fassung vom  
18./19.06.2019 zu Einnahmen zum Lebensunterhalt

---

---

<sup>1</sup> Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

## Vorwort

Das vorliegende gemeinsame Rundschreiben befasst sich ausschließlich mit dem Begriff „Einnahmen zum Lebensunterhalt“, soweit er im Zusammenhang mit den Vorschriften zu zusätzlichen Zuschüssen zum Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 und 3 SGB V und der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu beachten ist. Andere Einkommensbegriffe in der Krankenversicherung werden von diesem Rundschreiben nicht erfasst.

Die Einnahmen, bei denen als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz für die Regelbedarfsstufe 1 nach der Anlage zu § 28 SGB XII maßgeblich ist, sind in der Anlage 1 mit dem Vermerk „- RBSFV -“ gekennzeichnet.

Mit diesem Rundschreiben geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene grundlegende Hinweise zu den in diesem Kontext relevanten fachlichen Fragen und Anforderungen an die Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt. Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt. Diese Lösungen werden im Rundschreiben regelmäßig aktualisiert und in der Änderungsübersicht kenntlich gemacht. Der Änderungshistorie können in Kurzform der Hintergrund und die betroffenen Passagen der Änderung entnommen werden; soweit dort keine Änderungen vermerkt sind, befindet sich der Text demnach in der Ursprungsfassung vom 04.12.2013.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Allgemeines.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Begriff "Einnahmen zum Lebensunterhalt" .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Zuordnung der Einnahmen.....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Laufende Einnahmen zum Lebensunterhalt .....	8
1.2.2 Einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt.....	9
Beispiel 1 – Anrechnung einer einmaligen Rentennachzahlung .....	9
<b>2. Einnahmen zum Lebensunterhalt aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Tätigkeit.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Einnahmen zum Lebensunterhalt aus nichtselbständiger Arbeit.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Einnahmen aus Kapitalvermögen .....</b>	<b>10</b>
<b>5. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung .....</b>	<b>11</b>
<b>6. Renten .....</b>	<b>11</b>
<b>6.1 Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der Alterssicherung der Landwirte und aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen, Renten aus privaten Lebensversicherungen, Bezüge aus betrieblichen Pensionskassen und Altersrenten aus betrieblichen Unterstützungskassen, Versorgungsbezüge, Veräußerungsrenten .....</b>	<b>11</b>
6.1.1 Leistungen für Kindererziehung für Mütter .....	12
<b>6.2 Renten nach dem BVG/BEG .....</b>	<b>12</b>
6.2.1 Renten nach dem BVG/BEG an Hinterbliebene .....	13
<b>6.3 Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung .....</b>	<b>13</b>
Beispiel 2 – Rundung einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung.....	14
Beispiel 3 – Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit MdE unter 30 v. H. ....	14
Beispiel 4 – Bezug zweier Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung .....	14
6.3.1 Volle Abfindung von Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung.....	14
Beispiel 5 – volle Abfindung bei Anspruch auf Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung .....	14
6.3.2 Teilweise Abfindung von Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung ..	15
Beispiel 6 – teilweise Abfindung bei Anspruch auf Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung .....	15
6.3.3 Vorläufige Entschädigung (Rente) und Abfindung .....	16
Beispiel 7 – Rente als vorläufige Entscheidung nach § 62 SGB VII .....	16
Beispiel 8 – Abfindung mit einer Gesamtvergütung nach § 75 SGB VII .....	16
<b>6.4 Hinterbliebenenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung .....</b>	<b>17</b>
<b>6.5 Versicherten- und Hinterbliebenenrenten aus privaten Unfallversicherungsverträgen....</b>	<b>17</b>

<b>7. Entgelersatzleistungen .....</b>	<b>17</b>
<b>8. Elterngeld, Betreuungsgeld und jeweils vergleichbare Leistungen der Länder.....</b>	<b>17</b>
Beispiel 9 – Kombination von Elterngeld, Elterngeld Plus und den Partnerschaftsbonus .....	18
Beispiel 10 – Kombination Elterngeld mit Betreuungsgeld.....	20
Beispiel 11 – Kombination von Elterngeld, Elterngeld Plus und Betreuungsgeld .....	21
Beispiel 12 – Kombination Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld bzw. bayerisches Familiengeld .....	23
<b>9. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit .....</b>	<b>24</b>
<b>10. Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln .....</b>	<b>25</b>
<b>11. Bezüge aus öffentlichen Mitteln aufgrund Krankheit oder Behinderung .....</b>	<b>25</b>
<b>12. Leistungen an Opfer des Nationalsozialismus bzw. Opfer politischer Verfolgung</b>	<b>26</b>
<b>13. Unterhalt.....</b>	<b>26</b>
<b>14. Baukindergeld und Eigenheimzulage .....</b>	<b>27</b>
14.1 Baukindergeld Plus und bayerische Eigenheimzulage .....	27
<b>15. Pfändungen und Abtretungen, Zahlungen an Dritte .....</b>	<b>28</b>
<b>16. Sonderausgaben, Werbungskosten und Freibeträge .....</b>	<b>28</b>
<b>17. Stipendien .....</b>	<b>28</b>
<b>18. Saldierung von Einnahmen.....</b>	<b>29</b>
<b>19. Anlage 1: Tabellarische Übersicht der Einkommensarten .....</b>	<b>30</b>
<b>20. Anlage 2: Muster von Rentenanpassungsmitteilungen.....</b>	<b>51</b>

## Änderungshistorie

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
19./20.03.2015	<p data-bbox="459 383 632 412">Titel ergänzt</p> <p data-bbox="459 441 762 470">Vorwort aufgenommen</p> <p data-bbox="459 499 1369 813">Vorwort, Anlage 1 Einnahmearten „Arbeitslosengeld II“, „Barbetrag bei Heimunterbringung“, „Freie Förderung“, „Grundsicherungsleistung“, „Hilfe zum Lebensunterhalt“, „Mietzuschuss“, „Pflegewohngeld“, „Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts“, „Sozialgeld“, „Unterkunft und Heizung, Leistungen für“, „Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld, Befristeter –“ – Verweis auf RVo (Regelsatzverordnung) aktualisiert auf – RBSFV – (Regelbedarfsstufen-Fortschreibungsverordnung)</p> <p data-bbox="459 842 962 871">Überschrift „1. Allgemeines“ eingefügt</p> <p data-bbox="459 900 1145 929">Abschnitt 7. – Aufnahme „Pflegeunterstützungsgeld“</p> <p data-bbox="459 958 1369 1106">Abschnitt 8. – Klarstellung des Anspruchs auf Elterngeld bei Mehrlingen, Erläuterung des Anspruchs auf Elterngeld Plus (inkl. Partnerschaftsbonus), Aktualisierung der Ausführungen zum Bezug von Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld</p> <p data-bbox="459 1135 1369 1205">Abschnitt 9. – Aufnahme der Erläuterung der Anrechnung von Pflegeunterstützungsgeld</p> <p data-bbox="459 1234 1369 1303">Abschnitt „17. Stipendien“ aufgenommen zur Erläuterung der grds. Unterscheidung von Stipendien</p> <p data-bbox="459 1332 1369 1480">Anlage 1 Einnahmearten „Abfindung aus privater Lebensversicherung“, „Renten aus privater Lebensversicherung oder anderen Verträgen“ – redaktionelle Anpassung des Feldes „Einnahmen zum Lebensunterhalt“</p> <p data-bbox="459 1509 1369 1579">Anlage 1 – Aufnahme Einnahmeart „Arbeitgeber-Zuschuss zum Pflegeunterstützungsgeld“</p> <p data-bbox="459 1608 1369 1637">Anlage 1 Einnahmeart „Einstiegsgeld“ – Rechtsgrundlage aktualisiert</p> <p data-bbox="459 1666 1369 1736">Anlage 1 Einnahmeart „Elterngeld“ – Ausführungen um das Elterngeld Plus ergänzt</p> <p data-bbox="459 1765 1369 1834">Anlage 1 – Einnahmeart „Freie Förderung (weggefallen zum 01.01.2010)“ inhaltlich angepasst</p> <p data-bbox="459 1863 1278 1892">Anlage 1 – Aufnahme Einnahmeart „Pflegeunterstützungsgeld“</p>

	<p>Anlage 1 – Einnahmeart „Stipendien“ durch Zusatz „als Deutschlandstipendien“ konkretisiert</p> <p>Anlage 1 – Aufnahme Einnahmeart „Stipendien durch Begabtenförderungswerke auf der Grundlage der "Zusätzlichen Nebenbestimmungen zur Förderung begabter Studentinnen und Studenten sowie begabter Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler" („StipendiumPlus“)</p> <p>Verweise auf Abschnitte/Anlagen einheitlich gefasst</p>
09./10.12.2015	<p>Anpassung der Darstellung/Formatierung</p> <p>Aktualisierung des Vorworts</p> <p>Verweise auf Urteile angepasst</p> <p>Beispiel 1, 5, 6, 7 und 8 – Beispiele wurden aktualisiert</p> <p>Anlage 1 – Einnahmeart „Geld- und Sachbezüge für Zivildienstleistende (weggefallen zum 30.06.2011 bzw. für Übergangsfälle zum 31.12.2011)“ entfernt, da ab 2016 nicht mehr relevant</p> <p>Anlage 1 – Einnahmeart „Reservistendienst Leistende, Leistungen an“ wurde aufgrund des Gesetzes zur Neuregelung der Unterhaltssicherung sowie zur Änderung soldatenrechtlicher Vorschriften vom 29.06.2015 aufgenommen</p> <p>Anlage 1 – zur Einnahmeart „Unterhaltssicherung, Leistungen zur – „ wurden aufgrund des Gesetzes zur Neuregelung der Unterhaltssicherung sowie zur Änderung soldatenrechtlicher Vorschriften vom 29.06.2015 die einzelnen Leistungen ergänzt sowie die jeweiligen Rechtsgrundlagen aufgenommen</p>
18./19.06.2019	<p>Rubrum und Inhaltsverzeichnis aktualisiert</p> <p>Redaktionelle Anpassungen vorgenommen</p> <p>Einheitliche Zitierweise von Urteilen im gesamten Dokument durchgeführt</p> <p>Beispiele 1, 5,6, 7, 8, 9, 12 – Beispiele wurden angepasst</p> <p>Abschnitt 7: Ergänzung „Zahlbetrag“ des Arbeitslosengeldes als Bruttoeinnahme zum Lebensunterhalt</p> <p>Abschnitt 8: Ergänzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts, 21.07.2015 – 1 BvF 2/13, zur Nichtigkeit des Betreuungsgeldes; Aufnahme des bayerischen Familiengeldes</p> <p>Abschnitt 10: Überarbeitung des Abschnitts „Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln“</p>

	<p>Abschnitt 14: Anpassung des Abschnitts und Aufnahme des Baukindergeldes und Ergänzung von Abschnitt 14.1 wegen des Baukindergeldes Plus und der bayerischen Eigenheimzulage ab 01.01.2018</p> <p>Anlage 1 – auf Aktualität geprüft: Ergänzungen und Korrekturen von Rechtsgrundlagen vorgenommen</p> <p>Anlage 1 – Aufnahme des Baukindergeldes, der Baukindergeldes Plus und der bayerischen Eigenheimzulage und Ergänzung des bayerischen Familiengeldes</p> <p>Anlage 1 – folgende Einnahmen zum Lebensunterhalt aus der Tabelle entfernt, da nicht mehr existent: „Ausbildungsbeihilfe der Telekom während eines Berufsgrundbildungsjahres“, „Bergmannsprämie“, „Veränderungsgeld der Deutschen Telekom AG“</p> <p>Anlage 1 – Buchstabenbereiche der Übersichtlichkeit wegen zusätzlich farblich abgegrenzt</p>
--	--

## **1. Allgemeines**

### **1.1 Begriff "Einnahmen zum Lebensunterhalt"**

Den Einnahmen zum Lebensunterhalt kommt rechtliche Bedeutung zu bei der Prüfung, ob Befreiungsmöglichkeiten im Sinne der §§ 55 und 62 SGB V bestehen.

Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und zwar grundsätzlich ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, soweit sie gegenwärtig zur Verfügung stehen.

Hierzu zählen grundsätzlich alle einmaligen oder wiederkehrenden Bezüge sowie geldwerte Zuwendungen, wie z. B. Abfindungen, Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen sowie Einkünfte, die ein Unternehmer aus seinem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhalts für sich und seine Familie erzielt oder entnimmt, Einnahmen aus Kapitalvermögen, der Bruttobetrag der Renten und Versorgungsbezüge sowie Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen auch die Leistungen der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt bleiben die durch Gesetz, Rechtsprechung oder entsprechende Rechtsauslegung benannten zweckgebundenen Zuwendungen, z. B. zur Abdeckung eines Mehrbedarfs wie Pflegegeld, Blindenzulage oder Kindergeld unberücksichtigt.

Zur besseren Unterscheidung und Einordnung werden in diesem Rundschreiben die im Einkommenssteuerrecht definierten Einkommensbegriffe verwendet.

### **1.2 Zuordnung der Einnahmen**

#### **1.2.1 Laufende Einnahmen zum Lebensunterhalt**

Einnahmen sind als laufend zu bewerten, sofern sie regelmäßig z. B. wöchentlich / monatlich wiederkehren (z. B. Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Bruttobetrag der Renten und Versorgungsbezüge).

Laufende Einnahmen zum Lebensunterhalt werden dem Kalenderjahr zugeordnet, für das sie gezahlt werden.



### 1.2.2 Einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt

Einnahmen sind als einmalig zu bewerten, sofern sie einmalig oder in größeren Zeitabständen als monatlich gezahlt werden (z. B. einzelne Entgeltbestandteile, Jubiläumszuwendungen, Urlaubsgelder, Weihnachtsgratifikationen, Abfindungen aus Arbeitsverhältnissen, Renten, Versorgungsbezüge).

Nachzahlungen von laufenden Einnahmen gelten als einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt (z. B. rückwirkende Erhöhung des Arbeitsentgelts, rückwirkende Rentenzubilligung).

Einmalige Einnahmen zum Lebensunterhalt sind dem Kalenderjahr zuzuordnen, in dem sie ausbezahlt werden bzw. zufließen.

Beispiel 1 – Anrechnung einer einmaligen Rentennachzahlung

Rentantrag am 20.06.2018. Rentenzuerkennung am 15.03.2019 mit Rentenbeginn am 01.06.2018, Rentennachzahlung für den Zeitraum 01.06.2018 bis 31.03.2019 in Höhe von 12.000 Euro am 15.03.2019.

Die Rentennachzahlung in Höhe von 12.000 Euro ist in voller Höhe als Einnahme für das Jahr 2019 anzusetzen.

## 2. Einnahmen zum Lebensunterhalt aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Tätigkeit

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn gemäß § 4 Einkommenssteuergesetz (EStG) anzusetzen.

Als Gewinn bezeichnet das EStG bei Bilanzpflichtigen den Unterschiedsbetrag zwischen dem Betriebsvermögen am Schluss des Wirtschaftsjahres und dem Betriebsvermögen am Schluss des vorangegangenen Wirtschaftsjahres, vermehrt um den Wert der Entnahmen und vermindert um den Wert der Einlagen (§ 4 Abs. 1 EStG). Steuerpflichtige, die nicht bilanzpflichtig sind, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen (§ 4 Abs. 3 EStG).

Sonderausgaben und Freibeträge sowie sonstige vom Einkommen abzuziehende Beträge können bei der Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt nicht in Abzug gebracht werden (siehe Abschnitt 16. „Sonderausgaben, Werbungskosten und Freibeträge“).

Bei Veräußerungsgewinnen aus dem (Teil-) Verkauf eines Betriebes oder aus der (Teil-) Veräußerung des Betriebsvermögens zählt als Einnahme zum Lebensunterhalt nur der Ertragsanteil aus

dem Kapitalwert sowie ein evtl. Überschussanteil des Veräußerungsgewinnes. Der Kapitalanteil stellt hingegen eine Umschichtung des Vermögens dar und kann somit nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gezählt werden. Die jeweiligen Informationen ergeben sich aus den entsprechenden Verträgen bzw. sind vom Versicherten entsprechend nachzuweisen.

Bei Landwirten, deren Gewinn nach § 13a EStG ermittelt wird (bei nicht buchführenden Betrieben erfolgt die Gewinnermittlung nach Durchschnittssätzen), ist als Arbeitseinkommen der sich aus § 32 Abs. 6 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte (ALG) i. V. m. der jeweils geltenden Arbeitseinkommenverordnung Landwirtschaft (AELV) ergebende Wert anzusetzen.

Eine Grundlage für die Berechnung der Belastungsgrenze kann der letzte vorhandene Einkommenssteuerbescheid gemäß § 155 Abgabenordnung sein, sofern der Versicherte die Aktualität des ausgewiesenen Betrages bestätigt. Daneben können, sofern erforderlich, weitere Unterlagen (zum Beispiel vorläufige Gewinn-Verlust-Rechnung, Bescheinigung des Steuerberaters) hinzugezogen werden.

### **3. Einnahmen zum Lebensunterhalt aus nichtselbständiger Arbeit**

Zu den Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 EStG gehört in erster Linie das Arbeitsentgelt. Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB IV gehören zum Arbeitsentgelt alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus einer Beschäftigung, gleichgültig, ob ein Rechtsanspruch darauf besteht, unter welcher Bezeichnung oder in welcher Form sie geleistet werden und ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder lediglich im Zusammenhang damit erzielt werden. Die steuer- oder sozialversicherungsrechtliche Beurteilung einer Einnahmeart spielt bei der Frage der Berücksichtigung als Einnahmen zum Lebensunterhalt keine Rolle.

Die allgemein für Arbeitnehmer geltenden Regelungen (z. B. §§ 2 und 3 Sozialversicherungsentgeltverordnung [SvEV]) finden Anwendung.

### **4. Einnahmen aus Kapitalvermögen**

Einnahmen aus Kapitalvermögen sind unabhängig von ihrer steuerlichen Betrachtung (z. B. aufgrund einer Nichtveranlagungsbescheinigung) oder den mit dieser Einkunftsart möglichen steuerlichen Vergünstigungen (Werbungskosten nach §§ 9 und 9a EStG oder Sparer-Pauschbetrag nach § 20 Abs. 9 EStG) als Einnahmen zum Lebensunterhalt zu werten. Dies gilt ungeachtet dessen, ob die diesen Kapitalerträgen (Zinsen) zugrundeliegenden Einkünfte selbst unberücksichtigt bleiben (z. B. Schmerzensgeld, ggf. Abfindungen, Kapitalentschädigungen).

## 5. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung

Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sind bei Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung die zu versteuernden Einkünfte (Einnahmen abzüglich Werbungskosten) dieser Einkommensart für die Berechnung der Belastungsgrenze heranzuziehen (BSG, 19.09.2007 – B 1 KR 7/07 R).

Eine Grundlage für die Berechnung der Belastungsgrenze kann der letzte vorhandene Einkommenssteuerbescheid gemäß § 155 Abgabenordnung sein, sofern der Versicherte die Aktualität des ausgewiesenen Betrages bestätigt. Daneben können, sofern erforderlich, weitere Unterlagen (zum Beispiel vorläufige Gewinn-Verlust-Rechnung, Bescheinigung des Steuerberaters) hinzugezogen werden.

## 6. Renten

### 6.1 Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung, der Alterssicherung der Landwirte und aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen, Renten aus privaten Lebensversicherungen, Bezüge aus betrieblichen Pensionskassen und Altersrenten aus betrieblichen Unterstützungskassen, Versorgungsbezüge, Veräußerungsrenten

Leibrenten (regelmäßig wiederkehrende Bezüge, deren Zahlungswiederholung von der Lebenszeit der Begünstigten abhängig ist) und andere Leistungen, die aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus der Alterssicherung der Landwirte und aus berufsständischen Versorgungseinrichtungen erbracht werden, gehören zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt. Zu den Leibrenten und anderen Leistungen im vorstehenden Sinne zählen nicht nur Renten wegen Alters, sondern auch solche, die wegen einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder zur Hinterbliebenenversorgung erzielt werden.

Bei Renten aus privaten Lebensversicherungen, die nicht zu den Versorgungsbezügen im Sinne von § 229 SGB V gehören, zählt zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt nur der Ertragsanteil, da der Kapitalrückzahlungsanteil eine Kapitalumschichtung und damit einen Vermögensverzehr darstellt. Der Ertragsanteil ist der dem Versicherten zustehende Zinsertrag aus dem eingezahlten Kapital. Die jeweiligen Informationen sind vom Versicherten über entsprechende Bescheinigungen der Lebensversicherer nachzuweisen.

Bezüge aus betrieblichen Pensionskassen, die ganz oder teilweise auf früheren Beiträgen des Arbeitnehmers beruhen, und Altersrenten aus betrieblichen Unterstützungskassen, auf die der Arbeitnehmer – trotz fehlender eigener Leistungen – einen Rechtsanspruch hat, zählen ebenfalls zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Renten werden grundsätzlich mit ihrem Bruttobetrag abzüglich der z. B. wegen des Bezuges einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von Einkommen nicht zu zahlender Beträge (Ruhensbeträge) angerechnet. Dies ist im Regelfall der im Rentenbescheid ausgewiesene Betrag (einschließlich des auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teils der Rente) ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses des Rentenversicherungsträgers nach § 106 SGB VI und der einbehaltenen Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sonstige Versagens- oder Kürzungsbeträge sind ebenfalls außer Acht zu lassen (vgl. Abschnitt 15. „Pfändungen und Abtretungen, Zahlungen an Dritte“).

Ein Beispiel hierzu findet sich in der Anlage 2: Muster von Rentenanpassungsmitteilungen des gemeinsamen Rundschreibens.

Versorgungsbezüge (Betriebsrenten) sind ebenfalls bei den Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen, hierbei ist der Bruttobetrag anzusetzen.

Bei Veräußerungsrenten, die aus dem Verkauf eines Hauses oder Betriebes herrühren (Verkauf auf Rentenbasis), zählt zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt nur der Ertragsanteil, da der Kapitalrückzahlungsanteil eine Kapitalumschichtung und damit einen Vermögensverzehr darstellt (BSG, 25.08.1982 – 12 RK 57/81).

### **6.1.1 Leistungen für Kindererziehung für Mütter**

Die Leistung für Kindererziehung gemäß §§ 294, 294 a SGB VI an Mütter der Jahrgänge vor 1921 (alte Bundesländer) bzw. vor 1927 (neue Bundesländer) ist keine Rente, sondern eine von der gesetzlichen Rentenversicherung zu erbringende Leistung besonderer Art. Rechtlich ist diese Leistung auch kein Bestandteil der Rente. Sie ist nicht bei den Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen, weil eine Minderung von Sozialleistungen durch die Anrechnung der Leistung für Kindererziehung vermieden werden soll (§ 299 SGB VI).

### **6.2 Renten nach dem BVG/BEG**

Nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des BVG erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG (§ 62 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

### 6.2.1 Renten nach dem BVG/BEG an Hinterbliebene

Im Gegensatz zu den Versichertenrenten sind Hinterbliebenenrenten nicht um den Grundrentenbetrag nach § 31 Abs. 1 BVG zu mindern. Sie sind in voller Höhe als Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

### 6.3 Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung sind ebenfalls nur insoweit den Einnahmen zum Lebensunterhalt zuzurechnen, wie sie nicht dem Ausgleich eines unfallbedingten Mehrbedarfs dienen (BSG, 08.12.1992 – 1 RK 11/92).

Es bleibt mithin der Teil der Versichertenrente unberücksichtigt, der zweckgebunden und zur Abdeckung des unfallbedingten Mehrbedarfs bestimmt ist. Bei der Ermittlung des Teils der Versichertenrente, der für den Mehrbedarf zweckgebunden ist, sind mangels anderer Anhaltspunkte die Beträge anzusetzen, die in § 31 Abs. 1 BVG als Grundrenten für Beschädigte vorgesehen sind.

Hieraus folgt, dass die Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen ist, soweit sie dem Beschädigten bei einem der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) entsprechenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS) nach sozialem Entschädigungsrecht als Grundrente (einschließlich der Aufstockungsbeträge für ältere Schwerbeschädigte) zu gewähren wäre.

Nach § 31 Abs. 1 BVG erhalten Beschädigte eine nach dem GdS gestaffelte Grundrente, wenn ein GdS von mindestens 30 v. H. vorliegt. Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung werden nach § 56 Abs. 1 SGB VII jedoch bereits dann gezahlt, wenn die Erwerbsfähigkeit des Verletzten um mindestens 20 v. H. gemindert ist. Dies trifft auch zu, wenn zwei arbeitsunfallbedingte Minderungen der Erwerbsfähigkeit von jeweils 10 v. H. vorliegen.

Bei Bezug einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung wegen einer MdE von weniger als 30 v. H. ist der Betrag der zu berücksichtigenden Grundrente entsprechend teilweise anzusetzen; bei einer MdE von 20 v. H. bleibt hiernach die Versichertenrente in Höhe von zwei Dritteln und bei einer MdE von 10 v. H. in Höhe von einem Drittel der Grundrente nach § 31 Abs. 1 BVG unberücksichtigt.

§ 31 Abs. 1 BVG sieht eine Staffelung des GdS um jeweils 10 v. H. vor. Wird eine Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung für eine MdE von z. B. 33 1/3 v. H. oder 66 2/3 v. H. gezahlt, erfolgt eine Aufrundung ab 5 v. H. auf den nächsthöheren Zehnerbetrag. Bei Werten von weniger als 5 v. H. erfolgt eine Abrundung auf den nächstniedrigeren Zehnerbetrag (§ 30 Abs. 2 BVG).

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Bei Bezug mehrerer Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Abzugsbeträge separat zu ermitteln und abzuziehen. Eine Addition der anerkannten Prozentsätze der MdE findet nicht statt.

Beispiel 2 – Rundung einer Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung

Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung MdE 66 2/3 v. H.

Hier bleibt der Betrag der Grundrente nach § 31 Abs. 1 BVG bei einem GdS von 70 unberücksichtigt.

Beispiel 3 – Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit MdE unter 30 v. H.

Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung MdE 20 v. H.

Hier bleibt der Betrag in Höhe von zwei Dritteln der Grundrente nach § 31 Abs. 1 BVG bei einem GdS von 30 unberücksichtigt

Beispiel 4 – Bezug zweier Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung

Bezug zweier Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung mit einer MdE von 30 v. H. bzw. 10 v. H.

Der Betrag der Grundrente nach § 31 Abs. 1 BVG bei einem GdS von 30 sowie der Betrag eines Drittels der Grundrente nach § 31 Abs. 1 BVG bei einem GdS von 30 sind zu ermitteln und abzuziehen.

### 6.3.1 Volle Abfindung von Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Bei Abfindung der Versicherten mit Anspruch auf Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 76 SGB VII (MdE unter 40 v. H.) wird zur Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt der Jahresbetrag der Versichertenrente dem der entsprechenden Grundrente nach § 31 Abs. 1 BVG gegenübergestellt. Ist der Jahresbetrag der Verletztenrente höher, so wird die Differenz mit dem Kapitalwert multipliziert. Dieses Ergebnis ist als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

Der vom Unfallversicherungsträger ermittelte Kapitalwert kann zum Beispiel dem Bescheid über die Berechnung der Abfindung entnommen werden.

Beispiel 5 – volle Abfindung bei Anspruch auf Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung MdE 30 v. H.

Lebensalter des Versicherten zum Zeitpunkt der Abfindung (Juli 2018): 33 Jahre, Kapitalwert 18,8

Jahresbetrag der Versichertenrente:

2.142,63 Euro

Jahresbetrag der Grundrente BVG (bis 30.06.2018 mtl.

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

141,00 Euro, ab 01.07.2018 mtl. 146,00 Euro):	1.722,00 Euro
Differenzbetrag:	420,63 Euro
mit Kapitalwert 18,8 multipliziert:	7.907,84 Euro

Als Einnahme zum Lebensunterhalt ist ein Betrag von 7.907,84 Euro zu berücksichtigen.

### 6.3.2 Teilweise Abfindung von Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Bei Abfindung der Versicherten mit Anspruch auf Versichertenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 78 SGB VII (MdE ab 40 v. H.) erfolgt eine Teilabfindung des Rentenanspruches auf Zeit. In diesen Fällen wird die Versichertenrente zur Hälfte weitergezahlt und die andere Hälfte mit dem Faktor „Neun“ für die Dauer von zehn Jahren abgefunden (§ 79 SGB VII).

Zur Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt wird die Hälfte des Jahresbetrages der entsprechenden Grundrente nach § 31 Abs. 1 BVG mit dem Faktor 9 multipliziert. Dieser Betrag ist dem Abfindungsbetrag gegenüberzustellen. Ist der Abfindungsbetrag höher, so ist die Differenz der beiden Beträge als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

#### Beispiel 6 – teilweise Abfindung bei Anspruch auf Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung MdE 60 v. H., Abfindung erfolgt im Juli 2018.

Monatliche Versichertenrente	596,40 Euro
Jahresbetrag der Versichertenrente	7.156,80 Euro
Höhe der Abfindung (jährliche Verletztenrente / 2 x 9)	32.205,60 Euro
Jahresbetrag der Grundrente BVG (bis 30.06.2018 mtl. 326,00 Euro, ab 01.07.2018 mtl. 337,00 Euro)	3.978,00 Euro
Hälfte des Jahresbetrages der Grundrente BVG:	1.989,00 Euro
Multipliziert mit Faktor 9:	17.901,00 Euro

Da der Abfindungsbetrag höher ist, ist als Einnahme zum Lebensunterhalt aus der befristeten Abfindung ein Betrag von (32.205,60 Euro - 17.901,00 Euro =) 14.304,60 Euro zu berücksichtigen.

Die laufende monatliche Verletztenrente, die ab dem Abfindungszeitpunkt für die Dauer von zehn Jahren nur noch zur Hälfte ausbezahlt wird (298,20 Euro), ist nach Abzug des halben monatlichen Betrages der entsprechenden Grundrente nach § 31 Abs. 1 BVG (168,50 Euro) als monatliche Einnahme zum Lebensunterhalt (monatlich 129,70 Euro) ebenfalls zu berücksichtigen.

### 6.3.3 Vorläufige Entschädigung (Rente) und Abfindung

Während der ersten drei Jahre nach dem Versicherungsfall soll der Unfallversicherungsträger die Rente als vorläufige Entschädigung festsetzen, wenn der Umfang der Minderung der Erwerbsfähigkeit noch nicht abschließend festgestellt werden kann (§ 62 SGB VII). Spätestens nach drei Jahren ist die vorläufige Entschädigung in Rente auf unbestimmte Zeit umzustellen.

Ist nach allgemeinen Erfahrungen unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Einzelfalles zu erwarten, dass nur eine Rente in Form der vorläufigen Entschädigung zu zahlen ist, kann der Unfallversicherungsträger die Versicherten nach Abschluss der Heilbehandlung mit einer Gesamtvergütung in Höhe des voraussichtlichen Rentenaufwandes abfinden.

Die Gesamtvergütung stellt eine Vorauszahlung des voraussichtlichen Rentenaufwandes dar. Der Abfindungsbetrag ist deshalb bis zum Ende des (in der Zukunft liegenden) Monats abzurechnen, in dem der Prognose zu Folge die Rentenberechtigung voraussichtlich wegfallen wird (§ 75 SGB VII).

Sowohl die Rente als vorläufige Entschädigung (§ 62 SGB VII) als auch die Abfindung mit einer Gesamtvergütung (§ 75 SGB VII) sind als Einnahme zum Lebensunterhalt zu bewerten. Da aber Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Versicherte nur insoweit zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt zählen, soweit diese den Grundrentenbetrag nach § 31 Abs. 1 BVG überschreiten, gilt diese Einschränkung ebenso bei der Rente als vorläufige Entschädigung sowie der Abfindung daraus.

#### Beispiel 7 – Rente als vorläufige Entscheidung nach § 62 SGB VII

Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung MdE 30 v. H.	
Monatsbetrag der Versichertenrente	600,00 Euro
Monatsbetrag der Grundrente nach § 31 BVG beim GdS von 30	146,00 Euro
Differenzbetrag	454,00 Euro
Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt ist ein Betrag von 454,00 EUR monatlich zu zählen.	

#### Beispiel 8 – Abfindung mit einer Gesamtvergütung nach § 75 SGB VII

Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung MdE 40 v. H., vorläufige Abfindung für einen Zeitraum von 3 Jahren im Februar 2018	
Jahresbetrag der Versichertenrente	11.200,00 Euro
Abfindungssumme (11.200 Euro x 3 Jahre)	33.600,00 Euro
Jahresbetrag der Grundrente nach § 31 BVG beim GdS von 40 (Grundrente aus Februar 2018 wird zugrunde gelegt)	2.316,00 Euro
Grundrentenbetrag nach § 31 BVG im Abfindungszeitraum	6.948,00 Euro
Differenz Abfindung Verletztenrente und Grundrente im	



Abfindungszeitraum	26.652,00 Euro
Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt ist einmalig ein Betrag von 26.652,00 Euro zu zählen.	

#### 6.4 Hinterbliebenenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung

Im Gegensatz zu den Versichertenrenten sind Hinterbliebenenrenten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§§ 65 bis 67, 69 SGB VII) nicht um den Grundrentenbetrag nach § 31 Abs. 1 BVG zu mindern, d.h., sie sind in voller Höhe als Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

#### 6.5 Versicherten- und Hinterbliebenenrenten aus privaten Unfallversicherungsverträgen

Die aus einem privaten Unfallversicherungsvertrag gezahlten Versicherten- und Hinterbliebenenrenten gehören in voller Höhe zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.

### 7. Entgeltersatzleistungen

Entgeltersatzleistungen (z.B. Krankengeld, Kinderkrankengeld, Verletzten- und Kinderverletzten-geld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Pflegeunterstützungsgeld) gehören zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Maßgeblich ist der Bruttobetrag der Entgeltersatzleistung (Zahlbetrag einschließlich ggf. zu tragender Beitragsanteile des Versicherten). Für das Arbeitslosengeld gemäß § 136 SGB III wird der Zahlbetrag der Leistung zugrunde gelegt.

Für weitere Informationen zum Pflegeunterstützungsgeld siehe Abschnitt 9. „Leistungen bei Pflegebedürftigkeit“.

### 8. Elterngeld, Betreuungsgeld und jeweils vergleichbare Leistungen der Länder

Elterngeld kann in der Zeit vom Tag der Geburt bis zur Vollendung des 14. Lebensmonats des Kindes bezogen werden (§ 4 Abs. 1 Satz 1 Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes [BEEG]). In dieser Zeit haben die Eltern gemeinsam einen Anspruch auf 12 Monatsbeträge **Basiselterngeld**. Erfolgt für zwei Monate eine Minderung des Einkommens aus Erwerbstätigkeit, können sie für zwei weitere Monate dieses Basiselterngeld beanspruchen (**Partnermonate**). Bei Mehrlingsgeburten besteht nur ein Anspruch auf Elterngeld, dieses erhöht sich für das zweite und jedes weitere Kind um je 300 Euro.

Basiselterngeld nach dem BEEG wird bis zu einem Betrag von 300,00 Euro monatlich nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt berücksichtigt (vgl. § 10 Abs. 1 BEEG).

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Für vor dem 01.07.2015 geborene oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommene Kinder kann auf Antrag nach § 6 Satz 2 BEEG a. F. der Auszahlungszeitraum unter Halbierung der Monatsbeträge verdoppelt werden (**Verlängerungsoption**). Der Freibetrag verringert sich dabei um die Hälfte auf 150,00 Euro im Monat.

Für ab dem 01.07.2015 geborene oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommene Kinder kann nach § 4 Abs. 3 BEEG statt eines Monats Basiselterngeld jeweils zwei Monate lang ein **Elterngeld Plus** bezogen werden. Auch hier verringert sich der Freibetrag nach § 10 Abs. 3 BEEG auf 150,00 Euro monatlich.

Der **Partnerschaftsbonus** ergänzt das Elterngeld Plus. Durch diesen verlängert sich die Bezugsdauer des Elterngeld Plus einmalig um vier aufeinander folgenden Monate für jeden Elternteil, wenn beide Elternteile gleichzeitig pro Woche nicht weniger als 25 und nicht mehr als 30 Stunden durchschnittlich arbeiten und weiterhin die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug des Elterngeldes erfüllen.

Ein Elternteil kann grds. höchstens 12 Monatsbeträge Basiselterngeld zuzüglich der vier Monate Elterngeld Plus als Partnerschaftsbonus beziehen. Jedoch haben u. a. auch **Alleinerziehende**, wie Elternpaare einen Anspruch darauf, für vier weitere Monate Elterngeld Plus zu beziehen, wenn sie in diesen vier aufeinander folgenden Lebensmonaten zwischen 25 und 30 Wochenstunden im Durchschnitt des Monats erwerbstätig sind (vgl. § 4 Abs. 6 Satz 2 BEEG).

#### Beispiel 9 – Kombination von Elterngeld, Elterngeld Plus und den Partnerschaftsbonus

Beide Eltern sind erwerbstätig und wollen Elterngeld, Elterngeld Plus und den Partnerschaftsbonus miteinander kombinieren. In den ersten beiden Lebensmonaten möchte der Vater seine Erwerbstätigkeit unterbrechen, um gemeinsam mit seiner Frau das Kind zu betreuen (Partnermonate). Die Mutter möchte die ersten 6 Monate ihr Kind zu Hause betreuen und Elterngeld beziehen. Danach möchte sie wieder als Teilzeitbeschäftigte (25 Wochenstunden) arbeiten und die restliche Anspruchszeit Elterngeld Plus (zuerst als Partnerschaftsbonus) beziehen. Hierbei möchte ihr Mann sie für die ersten vier Monate unterstützen, indem auch er seine Arbeitszeit auf 25 Wochenstunden reduziert (Partnerschaftsbonusmonate). Die Leistungen werden entsprechend beantragt. Die Anspruchsvoraussetzungen sind jeweils erfüllt. Die Anträge werden genehmigt.

Geburt des Kindes am 01.08.2017

#### Elterngeldbezug Mutter:

Anspruch auf Basiselterngeld besteht in der Zeit	01.08.2017 – 31.01.2018
Höhe des Elterngeldes mtl.	910,00 Euro
Anspruch auf Partnerschaftsbonus besteht in der Zeit	01.02.2018 – 31.05.2018
Höhe des Elterngeldes (Partnerschaftsbonus) mtl.	455,00 Euro

Anspruch auf Elterngeld Plus besteht in der Zeit	01.06.2018 – 31.05.2019
Höhe des Elterngeldes Plus mtl.	455,00 Euro

Elterngeldbezug Vater:

Anspruch auf Basiselterngeld (Partnermonat) besteht in der Zeit	01.08.2017 – 30.09.2017
Höhe des Elterngeldes mtl.	1.430,00 Euro

Anspruch auf Partnerschaftsbonus besteht in der Zeit	01.02.2018 – 31.05.2018
Höhe des Elterngeldes (Partnerschaftsbonusses) mtl.	715,00 Euro

Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 SGB V:

01.08.2017 – 30.09.2017: Beide Eltern beziehen Basiselterngeld.  
Elterngeld bleibt jeweils i. H. v. 300,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird jeweils angerechnet (Mutter: 610,00 Euro, Vater: 1.130,00 Euro).

01.10.2017 – 31.01.2018: Basiselterngeld wird von der Mutter bezogen.  
Elterngeld bleibt i. H. v. 300,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird angerechnet (610,00 Euro).

01.02.2018 – 31.05.2018: Beide Eltern beziehen das Elterngeld Plus als Partnerschaftsbonusmonate.  
Elterngeld Plus bleibt jeweils i. H. v. 150,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird jeweils angerechnet (Mutter: 305,00 Euro, Vater: 565,00 Euro).

01.06.2018 – 31.05.2019: Die Mutter bezieht Elterngeld Plus.  
Das Elterngeld Plus bleibt i. H. v. 150,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird angerechnet (305,00 Euro).

Eine weitere Leistung nach dem BEEG ist das **Betreuungsgeld**. Dieses wurde zwar mit Urteil des Bundesverfassungsgerichts, 21.07.2015 – 1 BvF 2/13, aufgrund von Unvereinbarkeit mit dem Grundgesetz für nichtig erklärt, es ist jedoch durchaus denkbar, dass der Bezug des Betreuungsgeldes bis in das Jahr 2018 hineinreicht, da für bereits bewilligte Anträge ein Bestandschutz gilt. Hierfür gilt ebenfalls der Anrechnungsfreibetrag nach § 10 Abs. 1 BEEG in Höhe von bis zu 300,00 Euro monatlich. Da die Höhe des Betreuungsgeldes nach §§ 4b und 27 Abs. 3 BEEG (ab 01.08.2014 150,00 Euro monatlich, zuvor je Kind monatlich 100,00 Euro,) diesen Freibetrag unterschreitet, ist es nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.

Die Bezugszeit des Betreuungsgeldes schließt im Regelfall an die 14-monatige Rahmenbezugszeit für das Basiselterngeld an. Wird für vor dem 01.07.2015 geborene oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommene Kinder die Verlängerungsoption des Elterngeldes (§ 6 Satz 2 BEEG a. F.) gewählt, können Elterngeld und Betreuungsgeld gleichzeitig bezogen werden. In diesem Fall bleibt

das Elterngeld nach § 10 Abs. 3 BEEG nur bis zur Hälfte des Anrechnungsfreibetrages, der nach Abzug des Betreuungsgeldes verbleibt, als Einkommen unberücksichtigt.

Beispiel 10 – Kombination Elterngeld mit Betreuungsgeld

Beide Eltern sind erwerbstätig und haben das verlängerte Elterngeld gewählt, wobei der Vater vier Monate Elternzeit nimmt. Daneben beantragt die Mutter zum frühestmöglichen Zeitpunkt Betreuungsgeld. Die Anspruchsvoraussetzungen sind jeweils erfüllt. Die Anträge werden genehmigt. Nachfolgend wird nur der Leistungsbezug der Mutter betrachtet.

Geburt des Kindes am	01.06.2015
Anspruch auf Elterngeld besteht in der Zeit	01.06.2015 – 31.05.2017
Höhe des Elterngeldes (halber Monatsbetrag) mtl.	500,00 Euro
Anspruch auf Betreuungsgeld besteht in der Zeit	01.08.2016 – 31.05.2018
Höhe des Betreuungsgeldes mtl.	150,00 Euro

Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 SGB V:

01.06.2015 – 31.07.2016: Elterngeld wird allein bezogen.

Elterngeld bleibt i. H. v. monatlich 150,00 Euro unberücksichtigt, der verbleibende Betrag in Höhe von 350,00 Euro wird als Einnahme zum Lebensunterhalt angerechnet.

01.08.2016 – 31.05.2017: Das verlängerte Elterngeld und Betreuungsgeld werden zeitgleich bezogen.

Anrechnungsfreibetrag insgesamt	300,00 Euro
abzüglich des Betreuungsgeldes in Höhe von	150,00 Euro
verbleibender Anrechnungsfreibetrag	150,00 Euro

Das Elterngeld bleibt bis zur Hälfte des restlichen

Anrechnungsfreibetrages unberücksichtigt:  $150,00 \text{ Euro} / 2 = \underline{75,00 \text{ Euro}}$

Als Einnahme zum Lebensunterhalt werden 425,00 Euro vom Elterngeld angerechnet.

01.06.2017 – 31.05.2018: Betreuungsgeld wird allein bezogen.

Das Betreuungsgeld bleibt als Einnahme zum Lebensunterhalt unberücksichtigt, da es den Anrechnungsfreibetrag in Höhe von 300,00 Euro monatlich nicht übersteigt.

Für ab dem 01.07.2015 geborene oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommene Kinder wird das Betreuungsgeld ausnahmsweise vor dem 15. Lebensmonat gewährt, sofern die Eltern die Monatsbeträge des Basiselterngeldes (inkl. der Partnermonate) bereits bezogen haben. Das Betreuungsgeld kann nicht vor dem 15. Lebensmonat bezogen werden, wenn die Eltern die ihnen zustehenden Monatsbeträge Elterngeld zunächst als Elterngeld Plus beantragt haben, da sie diese Beantragung – ggf. auch rückwirkend – noch ändern können. Hiervon ausgenommen ist jedoch

das Elterngeld Plus, welches als Partnerschaftsbonus gezahlt wird, und die vier weiteren Monatsbeträge Elterngeld Plus nach § 4 Abs. 6 Satz 2 BEEG für Elternteile, die einen alleinigen Anspruch auf Elterngeld haben, da dieses Elterngeld Plus nicht in Basiselterngeld umgewandelt werden kann. Ab dem 15. Lebensmonat ist der gleichzeitige Bezug von Elterngeld Plus und Betreuungsgeld nicht mehr ausgeschlossen.

Bei einem gleichzeitigen Bezug von Betreuungsgeld und Elterngeld Plus bleibt das Elterngeld Plus nach § 10 Abs. 3 BEEG bis zur Hälfte des Anrechnungsfreibetrages, der nach Abzug des Betreuungsgeldes verbleibt, als Einkommen unberücksichtigt.

#### Beispiel 11 – Kombination von Elterngeld, Elterngeld Plus und Betreuungsgeld

Beide Eltern sind erwerbstätig. In den ersten beiden Lebensmonaten möchten beide Elternteile, ab den 3. Lebensmonat bis zum Ende des Anspruchs auf Elterngeld möchte die Mutter ihr Kind allein zu Hause betreuen. Hierfür wird Basiselterngeld (inkl. Partnermonate) beantragt. Danach möchte die Mutter wieder teilweise (25 Wochenstunden) arbeiten und sich die Betreuung des Kindes mit dem Vater teilen. Hierzu verringert der Vater seine Arbeitszeit auf 25 Wochenstunden. Die Eltern beantragen hierfür Elterngeld Plus (Partnerschaftsbonus) für vier Monate. Ab dem 15. Lebensmonat beantragt die Mutter Betreuungsgeld (Anspruch bestünde hier bereits ab dem 13. Lebensmonat). Auch in dieser Zeit wird das Kind von beiden Elternteilen abwechselnd betreut. Die Anspruchsvoraussetzungen sind jeweils erfüllt. Die Anträge werden genehmigt.

Geburt des Kindes am 01.10.2015

#### Leistungsbezug Mutter:

Anspruch auf Basiselterngeld besteht in der Zeit	01.10.2015 – 30.09.2016
Höhe des Elterngeldes mtl.	1.000,00 Euro
Anspruch auf Partnerschaftsbonus besteht in der Zeit	01.10.2016 – 31.01.2017
Höhe des Elterngeldes (Partnerschaftsbonusses) mtl.	500,00 Euro
Anspruch auf Betreuungsgeld besteht in der Zeit	01.12.2016 – 30.09.2018
Höhe des Betreuungsgeldes mtl.	150,00 Euro

#### Leistungsbezug Vater:

Anspruch auf Basiselterngeld (Partnermonat) besteht in der Zeit	01.10.2015 – 30.11.2015
Höhe des Elterngeldes mtl.	1.500,00 Euro
Anspruch auf Partnerschaftsbonus besteht in der Zeit	01.10.2016 – 31.01.2017
Höhe des Elterngeldes (Partnerschaftsbonusses) mtl.	750,00 Euro

#### Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 SGB V:

01.10.2015 – 30.11.2015: Beide Eltern beziehen Basiselterngeld.

Elterngeld bleibt jeweils i. H. v. 300,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird jeweils angerechnet (Mutter: 700,00 Euro, Vater: 1.200,00 Euro).

01.12.2015 – 30.09.2016: Basiselterngeld wird von der Mutter bezogen.

Elterngeld bleibt i. H. v. 300,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird angerechnet (700,00 Euro).

01.10.2016 – 30.11.2016: Beide Eltern beziehen das Elterngeld Plus als Partnerschaftsbonusmonate.

Elterngeld Plus bleibt jeweils i. H. v. 150,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird angerechnet (Mutter: 350,00 Euro, Vater: 600,00 Euro).

01.12.2016 – 31.01.2017: Beide Eltern beziehen das Elterngeld Plus als Partnerschaftsbonusmonate und die Mutter bezieht zeitgleich Betreuungsgeld.

Elterngeld Plus des Vaters bleibt i. H. v. 150,00 Euro monatlich unberücksichtigt, der verbleibende Betrag wird angerechnet (600,00 Euro).

Die Mutter hat einen Anrechnungsfreibetrag von insgesamt 300,00 Euro

abzüglich des Betreuungsgeldes in Höhe von 150,00 Euro

verbleibt ihr ein Anrechnungsfreibetrag von 150,00 Euro

Elterngeld Plus bleibt bis zur Hälfte des restlichen

Anrechnungsfreibetrages unberücksichtigt:  $150,00 \text{ Euro} / 2 = \underline{75,00 \text{ Euro}}$

Als Einnahme zum Lebensunterhalt werden 425,00 Euro vom Elterngeld angerechnet.

01.02.2017 – 30.09.2018: Betreuungsgeld wird von der Mutter allein bezogen.

Betreuungsgeld bleibt vollständig unberücksichtigt, da es den Anrechnungsfreibetrag i. H. v. 300,00 Euro monatlich nicht übersteigt.

Nach § 10 Abs. 1 BEEG wird bei **vergleichbaren Leistungen der Länder** der Teil, der 300,00 Euro monatlich übersteigt, als Einnahme zum Lebensunterhalt angerechnet.

Eine vergleichbare Leistung wird aktuell vom Freistaat Sachsen in Form eines Landeserziehungsgeldes angeboten. Im Freistaat Bayern besteht seit dem 01.08.2018 nach dem Bayerischen Familiengeldgesetz (BayFamGG) vom 24.07.2018 Anspruch auf das bayerische Familiengeld als vergleichbare Leistung, welches das bisherige bayerische Landeserziehungs- und Betreuungsgeld abgelöst hat und nun in einer Leistung vereint.

Das Landeserziehungsgeld nach dem Sächsischen Landeserziehungsgeldgesetz (SächsLerzGG) wird nicht vor dem Ende des Bezuges des Elterngeldes nach dem BEEG gewährt. Ein gleichzeitiger Bezug neben dem Betreuungsgeld ist hingegen möglich. Das bayerische Familiengeld kann neben dem Elterngeld, dem Elterngeld-Plus und dem Partnerschaftsbonus bezogen werden. Gewährt wird es vom Beginn des 13. bis zur Vollendung des 36. Lebensmonats in Höhe von 250,00 Euro

monatlich pro Kind. Ab dem dritten Kind werden 300,00 Euro gewährt. Es wird frühestens für im September 2018 beginnende Lebensmonate gezahlt.

Nach § 10 Abs. 1 BEEG bleiben bei einem gleichzeitigen Bezug von Elterngeld, Betreuungsgeld und vergleichbaren Leistungen der Länder (z. B. Sächsisches Landeserziehungsgeld, bayerisches Familiengeld) die Leistungen insgesamt bis zu einer Höhe von 300,00 Euro im Monat als Einkommen unberücksichtigt. Der den Betrag übersteigende Teil der Gesamtsumme beider Leistungen ist als Einnahme zum Lebensunterhalt anzurechnen.

Beispiel 12 – Kombination Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld bzw. bayerisches Familiengeld

Eine Familie, wohnhaft in Bayern, hat bereits 2 Schulkinder, beantragt für ihr drittes Kind Betreuungsgeld zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Darüber hinaus beantragt die Familie für dieses Kind rechtzeitig das bayerische Landeserziehungsgeld. Die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen sind erfüllt. Die Anträge werden genehmigt. Zuvor bezog die Familie 14 Monate Elterngeld.

Geburt des Kindes am	01.12.2015
Anspruch auf Elterngeld besteht in der Zeit	01.12.2015 – 31.01.2017
Höhe des Elterngeldes mtl.	500,00 Euro
Anspruch auf Betreuungsgeld besteht in der Zeit	01.02.2017 – 30.11.2018
Höhe des Betreuungsgeldes mtl.	150,00 Euro
Anspruch auf Landeserziehungsgeld besteht in der Zeit	01.02.2017 – 31.07.2017
Höhe des Landeserziehungsgeldes mtl.	300,00 Euro
Anspruch auf bayerisches Familiengeld besteht in der Zeit	01.09.2018 – 30.11.2018
Höhe des bayerischen Familiengeldes mtl.	250,00 Euro

Einnahmen zum Lebensunterhalt nach § 62 SGB V:

01.12.2015 – 31.01.2017: Elterngeld wird allein bezogen.

Elterngeld wird i. H. v. 300,00 Euro monatlich nicht berücksichtigt, der darüber hinausgehende Betrag wird angerechnet (200,00 Euro).

01.02.2017 – 31.07.2017: Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld werden zeitgleich bezogen.

Anrechnungsfreibetrag insgesamt 300,00 Euro

Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld in Höhe von insgesamt 450,00 Euro

Nach Abzug des Anrechnungsfreibetrages werden 150 Euro angerechnet.

01.08.2017 – 31.08.2018: Betreuungsgeld wird allein bezogen.

Betreuungsgeld bleibt vollständig unberücksichtigt, da es den Anrechnungsfreibetrag i. H. v. 300,00 Euro monatlich nicht übersteigt.

01.09.2018 – 30.11.2018: Betreuungsgeld und bayerisches Familiengeld werden zeitgleich bezogen.	
Anrechnungsfreibetrag insgesamt	300,00 Euro
Betreuungsgeld und bayerisches Familiengeld in Höhe von insgesamt	400,00 Euro
Nach Abzug des Anrechnungsfreibetrages werden 100 Euro angerechnet.	

Die nicht zu berücksichtigenden Beträge (Anrechnungsfreibeträge) vervielfachen sich nach § 10 Abs. 4 BEEG bei Mehrlingsgeburten mit der Zahl der geborenen Kinder. Auch bei nacheinander folgenden Geburten ist von einer kindbezogenen Betrachtung auszugehen. Daher ist eine Gleichbehandlung beider Konstellationen zu gewährleisten und der Anrechnungsfreibetrag nach § 10 Abs. 1 bzw. Abs. 3 BEEG je Kind zu gewähren.

## 9. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Nach § 13 Abs. 5 SGB XI bleiben die Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass die Leistungen nach den §§ 36 ff. SGB XI nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen sind. Entsprechendes gilt auch für Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung sowie für Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 44 SGB VII, §§ 61, 64 SGB XII und § 35 BVG.

Eine Entschädigung, die eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson für ihre Tätigkeit von den Pflegebedürftigen erhält, wird insoweit nicht berücksichtigt, als sie das Pflegegeld im Sinne der vorgenannten Vorschriften nicht übersteigt.

Dem Wortlaut des Gesetzes folgend ist das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI grundsätzlich nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen. Das Pflegeunterstützungsgeld wird jedoch kurzfristig (bis zu 10 Arbeitstage) als Ausgleich für ein entgangenes Arbeitsentgelt gewährt, sofern für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Abs. 4 SGB VII beanspruchen kann. Danach unterscheidet sich das Pflegeunterstützungsgeld in seiner Funktion, einen Entgeltausfall auszugleichen, deutlich von den anderen Leistungen der Pflegeversicherung, die hauptsächlich zweckgebunden zur Deckung besonderer Bedürfnisse, die mit der Pflegebedürftigkeit regelmäßig verbunden sind, gewährt werden. Insofern ist es analog anderer Entgeltersatzleistungen (vgl. Abschnitt 7. „Entgeltersatzleistungen“) als Einnahme zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen.



## **10. Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln**

Bei der Kinderbetreuung ist inhaltlich zwischen der Kindertagespflege nach § 23 SGB VIII und der Vollzeitpflege nach § 39 SGB VIII zu unterscheiden.

Für die Kindertagespflege gemäß § 23 SGB VIII, die im Haushalt der Eltern oder in dem der Tagespflegeperson durchgeführt wird, erhält die Pflegeperson vom Jugendamt öffentliche Mittel insbesondere einen Erstattungsbetrag für Sachaufwendungen und einen Betrag zur Anerkennung ihrer Förderungsleistung. Die Erziehungsberechtigten können an der Inanspruchnahme der Kindertagespflege gemäß § 90 SGB VIII beteiligt werden und zahlen dann einen Kostenbeitrag an den zuständigen Jugendhilfeträger.

Ist keine öffentliche Förderung möglich, so können die Erziehungsberechtigten mit einer Tagespflegeperson auch einen privatrechtlichen Betreuungsvertrag schließen (Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus privaten Mitteln). Für die Vergütung der Pflegeperson im Angestelltenverhältnis ist das Mindestlohngesetz zu beachten. Sowohl die Geldleistungen aus öffentlichen Mitteln, als auch die privatvertraglich vereinbarten Vergütungen werden bei der Beurteilung der Einkommensverhältnisse der Tagespflegeperson als Einnahme zum Lebensunterhalt zugerechnet.

Personen, die ein fremdes Kind im Rahmen der Vollzeitpflege gemäß § 33 SGB VIII zeitlich befristet oder dauerhaft in ihrem eigenen Haushalt versorgen und erziehen, erhalten in bestimmten Fällen wegen der dadurch entstehenden Kosten, finanzielle Leistungen aus öffentlichen Mitteln (Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen Mitteln). Obwohl diese Leistungen grundsätzlich nach § 39 SGB VIII dem Kind zustehen, dienen sie doch der Stärkung der Unterhaltsfähigkeit der Pflegeeltern in vollem Umfang und sind demnach bei der Beurteilung der Einkommensverhältnisse den Pflegeeltern als Einnahmen zum Lebensunterhalt zuzuordnen.

## **11. Bezüge aus öffentlichen Mitteln aufgrund Krankheit oder Behinderung**

Nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt werden u.a. solche Bezüge aus öffentlichen Mitteln gezahlt, die wegen eines krankheitsbedingten, behinderungsbedingten Grundes oder aus anderen Gründen unabweisbaren Mehrbedarfs gewährt werden (z. B. Blindengeld). Diese zweckbestimmten Zuwendungen, die lediglich einen besonderen schädigungs- oder behinderungsbedingten Mehraufwand ausgleichen sollen, sind nämlich nicht geeignet, die allgemeine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Betroffenen gegenüber einem gesunden Menschen zu verbessern (BSG, 21.10.1980 – 3 RK 53/79, – 3 RK 13/80 und – 3 RK 15/80).

## **12. Leistungen an Opfer des Nationalsozialismus bzw. Opfer politischer Verfolgung**

Geldrenten, Kapitalentschädigungen sowie Ausgleichs- und Unterstützungsleistungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts bzw. an Opfer politischer Verfolgung oder rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet gewährt werden, zählen nicht zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt.

## **13. Unterhalt**

Der getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten unter Berücksichtigung der Vorschriften des BGB zustehende und tatsächlich gezahlte Unterhalt (§ 1361 Abs. 4 bzw. § 1585 Abs. 1 BGB) zählt zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt (BSG, 16.02.1982 - 12 RK 31/79 und 24.06.1985 - GS 1/84). Beim Empfänger einer solchen Unterhaltszahlung erhöhen sich dementsprechend die Einnahmen zum Lebensunterhalt, beim Zahlenden vermindern sich die Einnahmen. Entsprechendes gilt für Unterhaltszahlungen, die das Mitglied an seine beim getrenntlebenden oder geschiedenen Ehegatten wohnenden Kinder leistet (BSG, 11.04.1984 - 12 RK 41/82).

Die vorstehenden Ausführungen treffen auch auf Leistungen nach den §§ 12 bzw. 15 des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) zu, wenn sie dem getrenntlebenden Lebenspartner und Kindern gezahlt werden oder die Lebenspartnerschaft durch ein gerichtliches Urteil aufgehoben wurde.

Bei - ggf. auch nur ergänzenden - Zahlungen eines Ehe- bzw. Lebenspartners im Sinne des LPartG an den anderen, ständig im Heim und insoweit lediglich räumlich und nicht im Sinne von § 1361 BGB getrenntlebenden Ehe- bzw. Lebenspartner zur Sicherung der Heimunterbringung, handelt es sich um Unterhaltsleistungen nach § 1360 BGB bzw. § 5 LPartG. Werden die Ehegatten/Lebenspartner gemäß § 62 Abs. 2 Satz 7 SGB V gemeinsam beurteilt, entfällt eine Zuordnung der Unterhaltsleistungen zum Ehe- bzw. Lebenspartner.

Unterhaltszahlungen Dritter stellen ebenfalls eine Einnahme zum Lebensunterhalt dar (BSG, 22.09.1988 - 12 RK 12/86). Beim Empfänger solcher Zahlungen erhöhen sich die Einnahmen zum Lebensunterhalt, während sich beim Unterhaltsleistenden die Einnahmen entsprechend verringern.

## 14. Baukindergeld und Eigenheimzulage

Die von den Finanzämtern einmal jährlich nach dem Eigenheimzulagengesetz (EigZulG) ausgezahlte Eigenheimzulage gehörte zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt und war mit jeweils einem Zwölftel den Monatseinkünften hinzuzurechnen. (vgl. BVerwG, 28.05.2003 – 5 C 41.02). Die Zuerkennung konnte für Fälle bis zum 31.12.2005 erfolgen.

Mit dem Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2018 vom 12.07.2018 (BGBl I S. 1126) wurde das sogenannte Baukindergeld rückwirkend zum 01.01.2018 eingeführt. Das Baukindergeld beträgt für Familien oder Alleinerziehende pro Kind 1.200 Euro jährlich und wird von der Kreditanstalt für den Wiederaufbau (KfW) für den erstmaligen Neubau oder Erwerb von Wohneigentum zur Selbstnutzung bei Erfüllen der entsprechenden Voraussetzungen für maximal zehn Jahre gezahlt. Das Baukindergeld soll die individuelle Finanzierungsbelastung senken und dadurch Familien den Schritt in das Wohneigentum ermöglichen.

Der gesetzlichen Regelung zum Baukindergeld ist kein Ausschluss einer Anrechnung auf andere Sozialleistungen zu entnehmen. Auf das Baukindergeld treffen die damaligen Bewertungskriterien der Eigenheimzulage durch das Bundesverwaltungsgericht insofern zu, als dass auch die jetzige Zuschussleistung nicht zu einem bestimmten Zweck gewährt wird. Die Gewährung erfolgt zudem ohne Verwendungsnachweis und unabhängig davon, ob sie tatsächlich der Finanzierung eigenen Wohneigentums dient. Der Anspruch auf die Zahlung von Zuschussraten endet zwar zu dem Zeitpunkt, an dem die Selbstnutzung des Wohneigentums aufgegeben wird, eine vergangenheitsbezogene Rückzahlungsverpflichtung entsteht allerdings in diesen Fällen nicht. Insofern ist das Baukindergeld – genauso wie die damalige Eigenheimzulage – den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zuzurechnen.

### 14.1 Baukindergeld Plus und bayerische Eigenheimzulage

Entsprechend den Richtlinien für die Gewährung des Baukindergelds Plus zum Bau oder Erwerb von selbstgenutztem Wohnraum für Familien mit Kindern und Alleinerziehende in Bayern (Baukindergeld-Plus-Richtlinien – BayBauKGPR) vom 14. September 2018 bietet der Freistaat Bayern mit dem Baukindergeld Plus ab dem 01.01.2018 eine weitere Möglichkeit, das Baukindergeld des Bundes um zusätzlich 300 Euro pro Kind und Jahr über einen Zeitraum von zehn Jahren zu erhöhen.

Des Weiteren kann die bayerische Eigenheimzulage gemäß den Richtlinien für die Gewährung eines Zuschusses zum Bau oder Erwerb von Wohnraum zu eigenen Wohnzwecken (Bayerische Eigenheimzulagen-Richtlinien – EHZR) vom 7. August 2018 beantragt werden. Es handelt sich hierbei um einen einmaligen Zuschuss zur Bildung von Wohneigentum in Bayern. Die Bayerische Eigenheimzulage ist ein Zuschuss in Höhe von 10.000 Euro als einmaliger Festbetrag und kann auch losgelöst vom Baukindergeld bezogen werden. Beide Leistungen gehören zu den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

## **15. Pfändungen und Abtretungen, Zahlungen an Dritte**

Beträge, die an Dritte abgezweigt werden, führen – ebenso wie die von Einnahmen zur Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichtenden Beiträge – nicht zu einer Minderung der berücksichtigungsfähigen Einnahmen.

Demnach sind auch Abzweigungsbeträge, die z. B. auf eine Aufrechnung, Verrechnung, Abtretung oder Pfändung zurückzuführen sind, bei der Feststellung der Einnahmen zum Lebensunterhalt zu berücksichtigen. Selbst wenn eine Sozialleistung wie z. B. eine Rente oder Rententeile aufgrund eines Erstattungsanspruchs (z. B. nach §§ 103, 104 SGB X, § 71b BVG) nicht dem Leistungsberechtigten, sondern an Dritte ausgezahlt wird, bleiben diese Abzüge unberücksichtigt.

Es sind stets die Einnahmen zu berücksichtigen, die dem Betreffenden zustehen und nicht der Betrag, der nach Abzug von gepfändeten Beträgen bzw. sonstigen Abtretungen verbleibt.

## **16. Sonderausgaben, Werbungskosten und Freibeträge**

Sonderausgaben (z. B. Vorsorgeaufwendungen) und ausschließlich für die Berechnung der Lohn- oder Einkommensteuer geltende Freibeträge (z. B. Altersentlastungsbetrag, Kinderfreibetrag, Freibetrag für Land- und Forstwirtschaft und für freie Berufe), Werbungskosten oder Werbungskostenpauschbeträge sowie sonstige vom Einkommen abzuziehende Beträge (z. B. für außergewöhnliche Belastungen) können, soweit nicht ausdrücklich abweichende Regelungen für eine Einkommensart in diesem Rundschreiben beschrieben werden, bei der Feststellung der Einnahmen zum Lebensunterhalt nicht in Abzug gebracht werden.

## **17. Stipendien**

Derzeit gibt es über 1.250 verschiedene Stipendien in Deutschland. Die beiden verbreitetsten Stipendien – das Deutschlandstipendium und das StipendiumPlus – wurden in der Anlage 1: Tabellarische Übersicht der Einkommensarten dieses Rundschreibens aufgenommen.

Eine einheitliche Aussage zur Anrechenbarkeit aller Stipendien als Einnahme zum Lebensunterhalt kann nicht getroffen werden, da durch die dann erfolgende Pauschalisierung nicht jeder Fallgestaltung entsprochen wird.

Grundsätzlich können Stipendien danach unterschieden werden, ob sie einkommensabhängig oder einkommensunabhängig gewährt werden. Werden Stipendien einkommensabhängig gewährt, wobei sie sich an den Regelungen des Bundesausbildungsgesetzes (BAföG) orientieren (z. B. zur Frage der Bedürftigkeit) und sind keine anderweitigen Normen für deren Anrechenbarkeit bekannt, wird empfohlen, das jeweilige Stipendium analog dem BAföG zu beurteilen. Danach ist ein

Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

solches Stipendium grds. nicht als Einnahme zum Lebensunterhalt anzurechnen, so z. B. das StipendiumPlus.

Werden Stipendien einkommensunabhängig gewährt und sind keine anderweitigen Grundlagen für deren Anrechenbarkeit bekannt, wird empfohlen, diese Stipendien bis zu einem Betrag von 300,00 Euro monatlich nicht zu berücksichtigen. Der übersteigende Betrag sollte als Einnahme zum Lebensunterhalt angerechnet werden. Für das Deutschlandstipendium, welches zu den einkommensunabhängigen Stipendien zählt, wird dies in § 5 Abs. 3 Satz 1 Stipendienprogramm-Gesetz (StipG) geregelt.

## **18. Saldierung von Einnahmen**

Die dem Versicherten bei einer Einkunftsart ggf. entstandenen Verluste können – entgegen den im Steuerrecht geltenden Regelungen – nicht mit anderen Einnahmearten verrechnet werden und somit zu keiner Minderung der anderen Einnahmearten des Versicherten führen. Ebenso ist ein Verlustausgleich zwischen mehreren gemeinsam zu beurteilenden Angehörigen weder einnahmeartenübergreifend noch innerhalb einer Einnahmeart möglich (BSG, 19.09.2007 – B 1 KR 7/07 R).

**19. Anlage 1: Tabellarische Übersicht der Einkommensarten**

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
<b>A</b>			
Abfindung aus privater Lebensversicherung	1.1, 6.1		ja, in Höhe des Ertragsanteils
Abfindung bei Beendigung des Arbeits- oder Dienstverhältnisses	1.1, 1.2.2, 3.		ja (vgl. BSG, 09.06.1998 - B 1 KR 22/96 R)
Abfindung von BVG-Renten	1.1, 6.2		
----- an Beschädigte	1.1, 6.2	§§ 72 - 74 BVG	nein
----- an Hinterbliebene	1.1, 6.2	§ 78a BVG	ja
Abfindung von Versorgungsbezügen aufgrund der Beamtengesetze	1.1, 1.2.2, 6.1	§ 21 BeamtVG, §§ 28 - 35 SVG	ja
Abfindungen bzw. Kapitalleistungen von Versorgungsbezügen	1.1, 1.2.2, 6.1.	§ 229 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Satz 3 SGB V	ja
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung	1.1, 1.2.2, 6.1	§ 107 SGB VI	ja
Abfindung von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung	1.1, 1.2.2		
----- - an Versicherte	1.2.2, 6.3.1, 6.3.2	§§ 75, 76 und 78, 79 SGB VII	ja (teilweise)
----- - an Witwen und Witwer	6.4	§ 80 SGB VII	ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Abfindung von Unterhaltsleistungen, die geschiedene Ehegatten oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	1.1, 13.	§ 1585 Abs. 2 BGB, § 16 LPartG	ja
Altenhilfe	12.	§ 26e BVG	nein
Altersmehrbedarf	11.	§ 30 Abs. 1 SGB XII	nein
Anpassungsgeld im Bergbau		APG-Richtlinien	ja
Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld			ja
Arbeitgeberzuschuss zum Pflegeunterstützungsgeld			ja
Arbeitnehmersparzulage		5. VermBG	nein (vgl. BSG, 22.07.1981 – 3 RK 7/80)
Arbeitseinkommen	3.	§ 15 SGB IV	ja
Arbeitsentgelt	3.	§ 14 SGB IV i. V. m. SvEV	ja
Arbeitsentgelt aus nebenberuflicher Tätigkeit (z. B. Ausbilder, Betreuer, Erzieher, Übungsleiter oder vergleichbare Tätigkeiten)	3.	§ 14 SGB IV i. V. m. § 3 Nr. 26 EStG	ja
Arbeitsförderungsgeld		§ 59 SGB IX	ja
Arbeitslosenbeihilfe		§ 86 a SGB	ja
Arbeitslosengeld	7.	§ 136 SGB III	ja
Arbeitslosengeld II – RBSFV –		§ 19 SGB II	ja
Asylbewerberleistungsgesetz, Grundleistungen nach dem –		§ 3 AsylbLG	ja
Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz, Leistungen nach dem –		AFBG	nein
Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeit	3.	§ 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a AltTZG	ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Aufwandsentschädigungen aus der Beschäftigung (z. B. Fahrkostenerstattung für wechselnde Einsatzstellen, Verpflegungsmehraufwand) – siehe jedoch Jobticket			nein
Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Tätigkeit			ja
Aufwendungsersatz für Betreuer		§ 1908i Abs. 1 i.V.m. § 1835 BGB	nein
Ausbildungsgeld		§ 122 SGB III	ja
Ausbildungsvergütung	3.	§ 17 BBiG	ja
Ausgleichsgeld		§§ 9, 10 FELEG	ja
Ausgleichsleistungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet	12.	§ 8 BerRehaG	nein
Ausgleichsleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz		§§ 243 ff. LAG	ja, siehe aber Unterhaltshilfe wegen Pflegebedürftigkeit, Erhöhung der –
Ausgleichsrente		§§ 32, 41, 43, 47 BVG	ja
<b>B</b>			
BAföG		§§ 11 ff. BAföG	nein
Barbetrag bei Heimunterbringung – RBSFV –	9.	§ 27b Abs. 2 SGB XII	ja
Baukindergeld	<u>14.</u>	Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2018 vom 12.07.2018 (BGBl I S. 1126)	ja (vgl. analog BVerwG, 28.05.2003 – 5 C 41.02)



## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Baukindergeld Plus, bayerisches –	<u>14.1</u>	Baukindergeld-Plus-Richtlinien (BayBauKGPR)	ja (vgl. analog BVerwG, 28.05.2003 – 5 C 41.02)
Behindertenmehrbedarf	11.	§ 30 Abs. 4 SGB XII	nein
Beihilfe zum Versorgungskrankengeld		§ 17 BVG	ja
Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen		BhV des Bundes bzw. der Länder	nein
Beitragszuschuss des Arbeitgebers zur Kranken- und Pflegeversicherung		§ 257 SGB V, § 61 SGB XI	nein
Beitragszuschuss zum Beitrag zur Alterssicherung der Landwirte		§ 32 ALG	nein
Beitragszuschüsse von der Rentenversicherung für freiwillig versicherte Rentenbezieher zur Krankenversicherung		§ 106 SGB VI	nein
Bekleidungsgeld (Pauschbetrag für Kleider-/Wäscheverschleiß)		§ 15 BVG	nein
Berufsausbildungsbeihilfe für behinderte Menschen		§ 115 Nr. 2 SGB III	ja
Berufsausbildungsbeihilfen		§§ 56, 70 SGB III oder Landesgesetze	ja
Berufsschadensausgleich		§ 30 BVG	ja
Bestattungsgeld (Beschädigte, Hinterbliebene)		§ 36, § 53 BVG	nein
Betreuungsgeld – einzige Leistung nach § 10 Abs. 1 BEEG	8.	§§ 4a, 6, 10 BEEG	nein
– gemeinsamer Bezug mit Elterngeld nach BEEG	8.		s. Elterngeld

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
- zusätzlich zu anderen Leistungen nach § 10 Abs. 1 BEEG (z. B. Landeserziehungsgeld)	8.		ja, je Kind der Betrag, um den der Gesamtbetrag aller Leistungen nach BEEG den Anrechnungsfreibetrag von 300 Euro übersteigt
Betriebshilfe		§ 9 KVLG 1989, § 26 KVLG, §§ 10, 36 - 39 ALG, § 54 SGB VII	nein
Betriebsrenten als Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit	3.	§ 19 EStG	ja
Betriebsrenten als sonstige Einkünfte	6.1	§ 22 EStG	ja
Bildungsfonds (Studienfonds)			nein
Bildungskredit		§ 17 BAFöG	nein
Blindenführhund (Unterhaltungskosten)	11.	§ 14 BVG, § 72 SGB XII, § 33 SGB V	nein
Blindengeld	11.	Landesgesetze	nein
Blindenhilfe	11.	§ 72 SGB XII	nein
Bonuszahlungen der Krankenkasse		§ 65a SGB V	nein
<b>C</b>			

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Conterganrente		§§ 13, 18 des Gesetzes über die Conterganstiftung für behinderte Menschen (ContStifG)	nein
<b>D</b>			
Diäten (Abgeordnetenentschädigung)		Abgeordnetengesetz des Bundes oder landesrechtliche Vorschriften	ja
Diätzulage	11.	§ 30 Abs. 5 SGB XII	nein
Dienstbeschädigungsausgleich	6.2	§ 2 DbAG i.V.m. § 31 und § 84a Satz 1 BVG	nein
Dienstbezüge für Beamte/Beamtenanwärter	1.1	BBesG	ja
Dienstzulage für Beamte/Beamtenanwärter	1.1	BBesG	ja
Dividenden (siehe auch Kapitalvermögen, Einkünfte aus –)	4.		ja
<b>E</b>			
Ehegattenzuschlag		§ 33a BVG	ja
Ehrensold für ehemalige Wahlbeamte		Landesrechtliche Vorschriften	ja
Ehrensold für Künstler sowie Zuwendungen aus Mitteln der Deutschen Künstlerhilfe, wenn es sich um Bezüge aus öffentlichen Mitteln handelt, die wegen der Bedürftigkeit des Künstlers gezahlt werden			ja
Eigenheimzulage, bayerische –	<u>14.1</u>	Bayerische Eigenheimzulagen-Richtlinien – EHZR	ja (vgl. analog BVerwG, 28.05.2003 – 5 C 41.02)

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen		§§ 53 – 60 SGB XII	nein (vgl. BSG, 09.03.1982 – 3 RK 67/8)
Einstiegsgeld		§ 16b SGB II	ja
Elterngeld – einzige Leistung nach § 10 Abs. 1 BEEG	8.	§§ 1, 6, 10 BEEG	ja, je Kind der den Betrag von 300 Euro, in Fällen des § 6 Satz 2 <sup>2</sup> bzw. bei Bezug von Elterngeld Plus <sup>3</sup> der den Betrag von 150 Euro übersteigende Teil
Elterngeld – zusätzlich zu anderen Leistungen nach § 10 Abs. 1 BEEG (z. B. Betreuungsgeld)	8.	§§ 1, 6, 10 BEEG	ja, je Kind der Betrag, der nach Abzug der anderen zu berücksichtigenden Leistungen nach BEEG die Hälfte des verbleibenden Anrechnungsfreibetrages übersteigt
Elternrente		§ 49 BVG	ja

<sup>2</sup> zu Elterngeld: Nach § 6 Abs. 2 BEEG a. F. kann eine Verdoppelung des Auszahlungszeitraums bei Halbierung des pro Monat zustehenden Betrages für vor dem 01.07.2015 geborene oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommene Kinder beantragt werden.

<sup>3</sup> zu Elterngeld Plus: Nach § 4 Abs. 3 BEEG kann für ab dem 01.07.2015 geborene oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommene Kinder statt einem Monat Elterngeld zwei Monate lang ein Elterngeld Plus bezogen werden, welches monatlich grds. höchstens die Hälfte des Elterngeldes beträgt. Hierunter fällt auch das Elterngeld Plus, welches als Partnerschaftsbonus gewährt wird (vgl. § 4 Abs. 4 Satz 3 BEEG).

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Emeritenbezüge (Dienstbezüge, die Professoren nach der Entpflichtung erhalten)		§ 76 Abs. 1 HRG i. V. m. § 91 Abs. 2 Nr. 1 BeamtVG bzw. § 72 Abs. 1 HRG i. V. m. dem jeweiligen Landesgesetz	ja
Entlassungsgeld für Soldaten		§ 9 WSG	ja
Entschädigungen als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen		§ 24 Nr. 1 Buchst. a EStG	ja
Entschädigungen für die Aufgabe oder Nichtausübung einer Tätigkeit		§ 24 Nr. 1 Buchst. b EStG	ja
Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz		IfSG	ja
Entschädigungen aufgrund des Gesetzes über die Entschädigung ehemaliger deutscher Kriegsgefangener		§ 3 KgfEG	ja
Entschädigungsrente für Opfer des Nationalsozialismus	12.	§§ 2, 3 ERG	nein
Erstausstattung für Bekleidung einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt, Leistungen für –		§ 23 Abs. 3 Nr. 2 SGB II § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII	ja
Erstausstattung für die Wohnung, Leistungen für –		§ 23 Abs. 3 Nr. 1 SGB II § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII	ja
Erziehungsbeihilfe		§ 27 BVG	ja
Europäischen Sozialfonds, Leistungen aus Mitteln des –		ESF-Richtlinien	ja
Existenzgründungsbeihilfe für Junglandwirte		Landesvorschriften	ja
<b>F</b>			
Fahrkostenerstattung durch Sozialleistungsträger		z. B. § 60 SGB V	nein
Familiengeld		Landesgesetze	nein
Familienzuschläge (als Bestandteil des Arbeitsentgelts)	3.		ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Freie Förderung – RBSFV bei gleichzeitigem Bezug von anderen Leistungen nach dem SGB II oder XII –		§ 16f SGB II	ja
<b>G</b>			
Geld- und Sachbezüge für Soldaten/freiwillig Wehrdienst Leistende		§ 1 Abs. 1 Satz 1 WSG	ja
Geld- und Sachbezüge für Freiwilligendienst Leistende (Bundesfreiwilligendienst, freiwilliges soziales Jahr im In- und Ausland, freiwilliges ökologisches Jahr im In- und Ausland) - Taschengeld, - Unterkunft, - Verpflegung, - Arbeitskleidung, - Reisekosten (nur bei Jugendfreiwilligendiensten)		§ 2 BFDG, § 3 – 6 JFDG	ja ja ja nein nein
Geldrenten und Kapitalentschädigungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts gewährt werden	12.	§§ 15 ff. BEG	nein
Gewerbebetrieb, Einkünfte aus –	2.	§ 15 EStG	ja
Gründungszuschuss		§ 93 SGB III	ja
Grundrente für Beschädigte	6.2	§ 31 BVG	nein (vgl. § 62 Abs. 2 SGB V sowie BSG, 21.10.1980 – 3 RK 53/79,; – 3 RK 13/80, und – 3 RK 15/80)

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Grundrente für Hinterbliebene	6.2.1	§§ 40, 43, 46 BVG	ja (BSG, 21.10.1980 – 3 RK 21/80 und 09.12.1981 – 12 RK 29/79)
Grundsicherungsleistung – RBSFV –		§ 42 SGB XII	ja
<b>H</b>			
Härtefonds für rassistisch Verfolgte nicht jüdischen Glaubens (HNG-Fonds), Leistungen aus den –	12.		nein
Härteleistungen an Opfer von nationalsozialistischen Unrechtsmaßnahmen im Rahmen des allgemeinen Kriegsfolgengesetzes	12.	AKG-Richtlinien	nein
Härteleistungen an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung zur Abgeltung von Härten in Einzelfällen im Rahmen der Wiedergutmachung	12.	Richtlinien der Bundesregierung für die Vergabe von Mitteln an Verfolgte nicht jüdischer Abstammung	nein
Härteleistungen für Opfer terroristischer Straftaten aus dem Bundeshaushalt			nein
Haushaltshilfe		§ 10 KVLG 1989, § 27 KVLG, §§ 10, §§ 36 – 39 ALG, § 24h SGB V, § 38 SGB V, §§ 54, 70 SGB XII, § 74 SGB IX	nein, siehe aber Verdienstaufgaberstattung

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Einmalzahlungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer –		§ 3 Abs. 3 AntiDHG, § 6 Abs. 1 Satz 1 Anti-DHG	nein
Hepatitis-C-Virus-Infektion, Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge einer –		§ 3 Abs. 2 AntiDHG, § 6 Abs. 1 Satz 2 Anti-DHG	ja, zur Hälfte
Hilfe in anderen Lebenslagen		§§ 70 – 73 SGB XII	nein (vgl. BSG, 09.03.1982 – 3 RK 67/8)
Hilfen zur Gesundheit		§§ 47 – 52 SGB XII	nein (vgl. BSG, 09.03.1982 – 3 RK 67/8)
Hilfe zum Lebensunterhalt – RBSFV –	1.1	§ 27a BVG, § 27 SGB XII	ja
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten		§§ 67 – 69 SGB XII	nein (vgl. BSG, 09.03.1982 – 3 RK 67/8)
<b>I</b>			
Insolvenzgeld		§ 165 SGB III	ja
<b>J</b>			
Jobticket	3.		ja, sofern kostenfreie Bereitstellung durch Arbeitgeber
Jubiläumsgeld	1.2.2, 3.		ja



## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
<b>K</b>			
Kapitalentschädigung bzw. besondere Zuwendung für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet	12.	§§ 16 Abs. 4, 17 und 17a StrRehaG	nein,
Kapitalentschädigung (Conterganopfer und Erben)		§§ 13, 18 ContStifG	nein, siehe auch Conterganrente)
Kapitalvermögen, Einkünfte aus –	4.	§ 20 EStG	ja
Kindererziehungsleistung (für Frauen, die vor 1921 bzw. 1927 geboren sind)	6.1.1	§§ 294, 294a SGB VI, § 299 SGB VI	nein
Kindergartenzuschüsse (z. B. vom Arbeitgeber)			ja
Kindergeld	1.1	§§ 62 ff. EStG, §§ 1 ff. BKGG	nein
Kindertagespflege–Aufwandsentschädigung (öffentlich und privat)	10.	§ 23 Abs. 2 Nr. 1 u. 2 SGB VIII	ja
Kinderzulage		§ 217 SGB VII	nein
Kinderzuschlag		§ 33b BVG, § 6a BKGG	nein
Kinderzuschuss der Rentenversicherung		§ 270 SGB VI	nein
Klassenfahrten, Leistungen für mehrtägige –		§ 23 Abs. 3 Nr. 3 SGB II	ja
Kleider– und Wäscheverschleiß, Pauschbetrag für		§ 15 BVG	nein
Kost und Wohnung	3.	§§ 2 und 3 SvEV	ja
Krankengeld	7.	§§ 44, 44a, 45 SGB V, § 53 Abs. 6 SGB V, §§ 12, 13 KVLG 1989	ja
Krankentagegeld aus privater Krankenversicherung / ggf. auch als ergänzende Leistung zum gesetzlichen Krankengeld		§ 192 ff. VVG	ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Krankenversicherungszuschlag		§ 13a BAföG	nein
Kriegsbeschädigtenrente		§ 86 Abs. 1 und 2 BVG i. d. F. bis 20.12.2007	ja
Kriegsschadenrente		§ 261 LAG	ja
Kurzarbeitergeld, Transferkurzarbeitergeld		§§ 95, 110, 111 SGB III	ja
<b>L</b>			
Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus -	2.	§ 15 Abs. 2 SGB IV	ja
Landeserziehungsgeld - einzige Leistung nach § 10 Abs. 1 BEEG	8.	§ 10 BEEG, Landesgesetze	nein
- zusätzlich zu anderen Leistungen nach § 10 Abs. 1 BEEG (z. B. Betreuungsgeld)	8.		ja, je Kind der Betrag, um den der Gesamtbetrag aller Leistungen nach BEEG den Anrechnungsfreibetrag von 300 Euro übersteigt
Leibrenten, private	6.1		ja
Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	9.	§§ 36 ff. SGB XI, § 44 SGB VII, § 35 BVG, §§ 61, 64 SGB XII	nein
Leistungen nach dem HIV-Hilfegesetz (HIVHG)		§ 17 Abs. 1 HIVHG	nein
<b>M</b>			
Mehraufwands-Wintergeld		§ 102 Abs. 3 SGB III	ja
Mehrbedarf für voll Erwerbsgeminderte	11.	§ 30 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII	nein
Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt, Leistungen für -	11.	§ 21 SGB II	nein
Mehrbedarfsrente	6.1	§ 843 BGB	ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Mehrleistungen der gesetzlichen Unfallversicherung		§ 94 SGB VII	nein, § 94 Abs. 3 SGB VII
Meisterbafög (Aufstiegs-Bafög)		AFBG	nein
Mietzuschuss – RBSFV –		§§ 27a, 35 SGB XII	ja (vgl. BSG, 11.04.1984 – 12 RK 41/82)
Mutterschaftsgeld		§ 24i SGB V, § 14 KVLG 1989, § 13 MuSchG	ja, in den Fällen des § 10 BEEG nur der mtl. über 300 EUR hinausgehende Betrag
<b>N</b>			
Nutzungsvergütungen		§ 24 Nr. 3 EStG	ja
Nutzungswert der Sachbezüge (siehe auch „Sachbezüge“)	3.	§ 21 Abs. 2 EStG	ja, in Höhe der SvEV (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 6 EStG)
<b>P</b>			
Pflege, Hilfe zur –	9.	§ 44 SGB VII, § 61 SGB XII, § 26c BVG	nein
Pflegegeld, das an eine Pflegeperson weitergeleitet wird	9.	§ 13 Abs. 5 SGB XI	nein
Pflegegeld an Pflegebedürftige	9.	§ 37 SGB XI, § 44 SGB VII, § 35 BVG, § 64 SGB XII bzw. Landesgesetze	nein
Pflegegeld für eine Kinderbetreuung aus öffentlichen oder privaten Mitteln	10.	§§ 33, 39 SGB VIII	ja
Pflegeunterstützungsgeld	7., 9.	§ 44a SGB XI	ja
Pflegeversicherungszuschlag		§ 13a BAföG	nein
Pflegewohngeld – RBSFV –		z. B. § 12 PfgNW	nein (vgl. BSG, 22.04.1999 – B 8 KN 1/99)

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Pflegezulage	9.	§ 35 BVG	nein
Prämienzahlung (Beitragsrückerstattung) durch die Krankenkasse		§ 53 Abs. 2 SGB V, § 242 Abs. 2 SGB V	nein (vgl. BSG, 19.09.2007 – B 1 KR 1/07 R)
Produktionsaufgaberente	6.1	§§ 5, 6 FELEG	ja
<b>R</b>			
Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts – RBSFV –	1.1	§ 20 SGB II	ja
Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder medizinischer Rehabilitation		§§ 64, 73 SGB IX	nein, siehe jedoch „Verdienstausfallerstattung“
Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich Kindererziehungszeiten	6.1	SGB VI, Art. 2 RÜG	ja
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Versicherte	6.3	§§ 56, § 62 SGB VII	ja, soweit diese den Grundrentenbetrag nach § 31 Abs. 1 BVG überschreiten
Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung an Hinterbliebene	6.3.1	§§ 65 bis 67, 69 SGB VII	ja
Renten aus einer Höherversicherung	6.1	§ 280 SGB VI	ja
Renten aus privater Lebensversicherung oder anderen Verträgen (z.B. Kaufpreisrente, nicht betriebsbezogene Riesterreute, Sofortrente [Leibrente, die auf der Einzahlung eines Kapitalbetrages bei einem privaten Versicherungsunternehmen beruht])	6.1		ja, in Höhe des Ertragsanteils
Renten aus privater Unfallversicherung	6.1		ja
Renten aus Versorgungs- und Zusatzversorgungskassen	6.1		ja
Renten der Alterssicherung der Landwirte	6.1	ALG	ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Renten nach sozialem Entschädigungsrecht an Beschädigte		BVG und andere soziale Entschädigungsgesetze (z. B. HHG, IfSG, OEG, SVG, ZDG, VwRehaG)	siehe Ausgleichs- bzw. Grundrente
Renten nach sozialem Entschädigungsrecht an Hinterbliebene	6.2.1	BEG, BVG, HHG, OEG, SVG, ZDG, IfSG, VwRehaG	ja
Renten von ausländischen Rentenversicherungsträgern und -stellen	6.1		ja
Rentennachzahlung	1.2.2, 6.1		ja
Reservistendienst Leistende, Leistungen an -		§§ 5 - 11 USG	ja
Ruhegehalt	6.1	BeamtVG	ja
<b>S</b>			
Sachbezüge	3.	§§ 2 und 3 SvEV	ja
Sachschadenersatz		§ 13 SGB VII	nein
Schadenersatzrente	6.1	§ 843 BGB	ja
Schadensausgleich		§ 40a BVG	ja
Schmerzensgeld		§ 253 Abs. 2 BGB	nein
Schwangerenmehrbedarf	11.	§ 30 Abs. 2 SGB XII	nein
Schwerstbeschädigtenzulage		§ 31 Abs. 4 BVG	nein
Schwerverletztetenzulage	6.3	§ 57 SGB VII	ja
Selbständige Arbeit, Einkünfte aus -	2.	§ 18 EStG	ja
„Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit“, Leistungen der Arbeitsverwaltung im Rahmen des von der Bundesregierung beschlossenen -		Art. 7, § 2 der Sofortprogramm-Richtlinien	ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Solarstromanlagen, Gewinn aus -	2.	§ 4 EStG	ja
Sozialgeld - RBSFV -		§ 28 SGB II	ja
Sterbegeld		§ 37 BVG	nein
Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“, Leistungen der -		Gesetz zur Errichtung der Stiftung „Erinnerung, Ver- antwortung und Zu- kunft“ vom 02.08.2000	nein
Stiftung „Hilfe für NS-Verfolgte“, Leistungen der Hamburger -	12.		nein
Stiftung „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Lebens“, Leistun- gen der -		§§ 1 ff. des Gesetzes zur Errichtung einer Stiftung „Mutter und Kind - Schutz des ungeborenen Le- bens“ (MuKStiftG)	nein
Stipendien als Deutschlandstipendium	17.	§ 5 Abs. 3 Satz 1 StipG	ja, der 300 Euro überstei- gende Betrag
Stipendien durch Begabtenförderungswerke auf der Grundlage der "Zu- sätzlichen Nebenbestimmungen zur Förderung begabter Studentinnen und Studenten sowie begabter Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler" („StipendiumPlus“)	17.		nein
Streikgelder			ja
Studienbeihilfe durch Arbeitgeber			ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Studienabschlussdarlehen / Studienbeitragsdarlehen / Studienkredit			nein (siehe auch Bildungsfonds [Studienfonds] und Bildungskredit)
<b>T</b>			
Tbc-Mehrbedarf	11.	§ 30 Abs. 5 SGB XII	nein
Teilarbeitslosengeld		§ 162 SGB III	ja
<b>U</b>			
Überbrückungsgeld in der Alterssicherung der Landwirte		§ 38 ALG	ja
Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse		§§ 10, 11 Satzung der Seemannskasse	ja
Übergangsgebühren nach dem Ausscheiden als Zeitsoldat		§§ 11, 11a SVG	ja
Übergangsgeld	7.	§ 119 SGB III, § 26a BVG, §§ 49 ff. SGB VII, § 20 SGB VI, § 65 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 2 SGB IX	ja
Übergangsgelder und Übergangsbeihilfen wegen Entlassung aus einem Dienstverhältnis		§§ 62 ff. BAT, § 47 BeamtVG	ja
Übergangsleistung		§ 3 Abs. 2 BKV	ja
Unfallausgleich		§ 35 BeamtVG	nein
Unfallruhegehalt		§ 36 BeamtVG	ja
Unterbringungskosten im Alten- und Pflegeheim, die von Dritten getragen werden	13.		ja
Unterhalt, den getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten erhalten	13.	§§ 1361 Abs. 4, 1585 Abs. 1 BGB	ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Unterhalt, den getrennt lebende Lebenspartner oder Lebenspartner nach gerichtlich aufgehobener Lebenspartnerschaft erhalten	13.	§§ 12, 15 LPartG	ja
Unterhalt, den ständig im Heim lebende Ehe- bzw. Lebenspartner vom anderen Ehe- bzw. Lebenspartner erhalten	13.	§ 1360 BGB, § 5 LPartG	ja
Unterhaltszahlungen, freiwillige	13.		ja (BSG, Urteil v. 22.09.1988 – 12 RK 12/86 –)
Unterhalt, den Kinder von Dritten (z. B. von einem nicht regelmäßig mit ihnen zusammenlebenden Elternteil, vom Sozialamt, vom Jugendamt) erhalten	13.	z. B. UVG	ja
Unterhalt des Kindes oder des Jugendlichen, Leistungen zum -	10.	§ 39 SGB VIII	ja
Unterhaltsbeihilfen		§ 26a Abs. 3 BVG	ja
Unterhaltsbeitrag nach Beamtenrecht		§§ 15, 38, 38a BeamtVG	ja
Unterhaltshilfe		§ 267 ff. LAG	ja
Unterhaltshilfe wegen Pflegebedürftigkeit, Erhöhung der -	11.	§ 267 LAG	nein
Unterhaltssicherung, Leistungen zur -		§§ 5 - 23 USG	ja (siehe auch Reservisten-
- an freiwillig Wehrdienst Leistende		§§ 12 - 15 USG	dienst Leistende, Leistungen an -)
- an Angehörige freiwillig Wehrdienst Leistender		§§ 16 - 23 USG	ja
Unterkunft und Heizung, Leistungen für -		§ 22 SGB II, § 35 SGB XII	ja
- RBSFV -			
Unterstützungsleistungen für Opfer rechtswidriger Strafverfolgung im Beitrittsgebiet	12.	§ 18 StrRehaG	nein, § 16 Abs. 4 StrRehaG



## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
<b>V</b>			
Veräußerungsgewinne aus dem (Teil-)Verkauf eines Betriebes oder aus der (Teil-)Veräußerung des Betriebsvermögens	2.	§§ 14, 16, 18 Abs. 3 EStG	ja
Veräußerungsleibrente	6.1		ja, in Höhe des Ertragsanteils
Verdienstausfallentschädigung		§ 56 IfSG	ja
Verdienstausfallerstattung bei Haushaltshilfe, Mitaufnahme einer Begleitperson in das Krankenhaus, Dialyse oder Organspende			ja
Vergütung für Berufsbetreuer		§ 1908i Abs. 1 i. V. m. § 1836 BGB	ja
Verletztengeld	7.	§ 45 SGB VII	ja
Vermietung und Verpachtung, Einnahmen aus -	5.	§ 21 EStG	ja
Vermögenswirksame Leistungen	3.	§ 14 SGB IV i. V. m. 5. VermBG	ja
Verschollenheitsrente	6.2.1	§ 52 BVG	ja
Versorgungsbezüge als Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit	3.	§ 19 EStG	ja
Versorgungsbezüge als sonstige Einnahmen	6.1	§ 22 EStG	ja
Versorgungskrankengeld	7.	§§ 16, 17 BVG	ja
Vorruhestandsgeld			ja
<b>W</b>			
Waisengeld		§ 23 BeamtVG	ja
Werksrente	6.1	§§ 19, 22 EStG	ja
Witwen-, Waisen-, Witwerbeihilfe	6.2.1	§ 48 BVG	ja

## Gemeinsames Rundschreiben zu Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 04.12.2013 in der Fassung vom 18./19.06.2019

Einnahmeart	Textziffer	Rechtsgrundlage	Einnahmen zum Lebensunterhalt
Witwen-/Witwerrentenabfindung	1.2.2	§ 107 SGB VI	ja
Witwengeld		§ 19 BeamtVG	ja
Wohngeld		§ 3 des 2. WoGG	nein
<b>Z</b>			
Zinsen aus Kapitalvermögen	4.	§ 20 EStG	ja
Zinszuschüsse des Arbeitgebers zu Darlehen, die mit der Errichtung o- der dem Erwerb einer eigengenutzten Wohnung des Arbeitnehmers zu- sammenhängen	3.		ja
Zuschlag nach Bezug von Arbeitslosengeld, Befristeter - - RBSFV -		§ 24 SGB II	ja
Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit	3.	§ 3b EStG	ja
Zuschüsse des Arbeitgebers zum Mutterschaftsgeld	3.	§ 20 MuSchG	ja
Zuschüsse während der Mutterschutzfrist für Beamtinnen	3.	§ 4a MuSchBV	ja
Zuschuss-Wintergeld		§ 102 Abs. 2 SGB III	ja
Zuwendungen, die Arbeitnehmer anlässlich ihrer Eheschließung oder der Geburt eines Kindes von ihrem Arbeitgeber erhalten	3.		ja

## 20.Anlage 2: Muster von Rentenanpassungsmitteilungen

Im Folgenden sind Muster von zwei Rentenanpassungsmitteilungen dargestellt. Die im Rahmen des § 55 bzw. § 62 SGB V bei der Ermittlung der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt berücksichtigungsfähigen Beträge sind schwarz unterlegt.

Rentenanpassung zum 01.07.2012  
für Frau/Herrn Muster

### Deutsche Rentenversicherung

Frau/Herrn  
Muster  
Musterstr. 25  
00000 Musterstadt

#### Rentenanpassung zum 01.07.2012

Ihre Altersrente (XXX XX XXXXXX X XXX XX)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

- die Leistungen der Deutschen Rentenversicherung werden zum 01.07.2012 angepasst. Wie sich die Anpassung auf die Höhe Ihrer Rente auswirkt, zeigen wir Ihnen in diesem Bescheid.

#### Bisherige und neue Beträge im Vergleich

	Bisheriger Betrag	Betrag ab 01.07.2012
	EUR Ct	EUR Ct
Ihre monatliche Rente beträgt	978,62	<b>1.000,00</b>
- Ihr Anteil am Beitrag zur Krankenversicherung	- 80,25	- 82,00
- Ihr Beitrag zur Pflegeversicherung	- 19,08	- 19,50
Die laufende Zahlung beträgt	879,29	<b>898,50</b>

Der neue Betrag der laufenden Zahlung wird zum 29.06.2012 zum ersten Mal ausgezahlt.

Rentenanpassung zum 01.07.2012  
für Frau/Herrn Muster

## Deutsche Rentenversicherung

Frau/Herrn

Muster

Musterstr. 25

00000 Musterstadt

### Rentenanpassung zum 01.07.2012 Ihre Witwenrente (XXX XX XXXXXX X XXX XX)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

die Leistungen der Deutschen Rentenversicherung werden zum 01.07.2012 angepasst. Wie sich die Anpassung auf die Höhe Ihrer Rente auswirkt, zeigen wir Ihnen in diesem Bescheid.

#### Bisherige und neue Beträge im Vergleich

	Bisheriger Betrag	Betrag ab 01.07.2012
	EUR Ct	EUR Ct
Ihre monatliche Rente beträgt	561,25	<b>573,49</b>
Zuschuss zur freiwilligen Krankenversicherung	+ 40,99	+ 41,86
Die laufende Zahlung beträgt	602,24	<b>615,35</b>

Der neue Betrag der laufenden Zahlung wird zum 29.06.2012 zum ersten Mal ausgezahlt.

Ihre Rente trifft mit einer Leistung der Unfallversicherung zusammen. Nähere Informationen dazu erhalten Sie auf der nächsten Seite.

## Seite 2

**Zusammentreffen von Renten und Leistungen aus der Unfallversicherung**

Ihre Witwenrente trifft mit einer Leistung aus der Unfallversicherung zusammen. Sie ist nur insoweit zu zahlen, als sie zusammen mit der Leistung aus der Unfallversicherung den maßgebenden Grenzbetrag nicht übersteigt.

**1) Zu berücksichtigende Rente**

Rente aus der Rentenversicherung	790,73 EUR	
abzüglich abzusetzender Beträge	82,84 EUR	
zu berücksichtigende Rente		707,89 EUR

**2) Zu berücksichtigende Leistung aus der Unfallversicherung**

Postabrechnungsnummer	266	
Rentenzeichen	00591116322001	
Minderung der Erwerbsfähigkeit	40,00 v.H.	
Jahresarbeitsverdienst	19.625,97 EUR	
mtl. Leistung aus der Unfallversicherung	654,20 EUR	

zu berücksichtigende Leistung aus der Unfallversicherung	654,20 EUR
--	------------

**3) Summe der Rentenbeträge aus der Rentenversicherung und aus der Unfallversicherung**

Summe der Rentenbeträge	1.362,09 EUR
-------------------------	--------------

**4) Berechnung Ihrer Witwenrente**

Die Summe der Rentenbeträge von	1.362,09 EUR	
übersteigt den Grenzbetrag von	1.144,85 EUR	
um	217,24 EUR	
Die Rente der Rentenversicherung von	790,73 EUR	
ist um den Betrag von	217,24 EUR	
zu mindern. Ihre Witwenrente beträgt somit	573,49 EUR	

•