

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. (vdek), Berlin

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

Stand vom 11.03.2026

Änderungsübersicht

Änderungsdatum	Durchgeführte Änderung
07.09.2022	<u>9.3.1.1.2 „Besonderheiten des Übergangsbereichs“, Anlage 4 – Entgeltbescheinigung und Anlage 5 – Entgeltbescheinigung (Seefahrt)</u> – Aussagen von Gleitzone auf Übergangsbereich aktualisiert.
11.03.2026	<u>9.1 „Allgemeines“, 9.2 „Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V“, 9.3 „Höhe und Berechnung des Krankengeldes“, 9.4 „Zahlung des Krankengeldes“, Anlage 4 – Entgeltbescheinigung und Anlage 5 – Entgeltbescheinigung (Seefahrt)</u> – Aussagen zur Berücksichtigung von Doppelbesteuerungsabkommen mit ausländischen Wohnsitzstaat ergänzt

Vorwort

Im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes 2012 (BGBl Teil I Nr. 35 vom 25.07.2012, Seite 1601) und des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BGBl Teil I Nr. 30 vom 22.07.2015, Seite 1211) wurden im Entgeltfortzahlungsgesetz und in den Sozialgesetzbüchern Regelungen aufgenommen, die dem Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen einen Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung einräumen, zu welchem die ambulante und stationäre Behandlung, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a SGB V und erforderlicher Fahrkosten gehören. Die Leistungspflicht bei einem Gesundheitsschaden aufgrund der Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen liegt grundsätzlich bei den Unfallversicherungsträgern.

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 praktischen Anforderungen. 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 und nachträglich in das gemeinsame Rundschreiben integriert.

Das gemeinsame Rundschreiben vom 25.09.2015 zu den leistungsrechtlichen Ansprüchen bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen löste das bisherige gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 19. April 2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes ab.

Dieses gemeinsame Rundschreiben vom 25.09.2015 wird durch die Fassung mit Stand vom 11.03.2026 aktualisiert.

Eine Aktualisierung des gemeinsamen Rundschreibens erfolgte zum 11.03.2026 insbesondere aufgrund des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege vom 22.12.2025 (BGBl. I Nr. 371 vom 29.12.2025). Mit dem Gesetz erfolgte die gesetzliche Klarstellung, wie für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, deren Ansässigkeitsstaat laut einem Doppelbesteuerungsabkommen das Besteuerungsrecht für das Krankengeld im Zusammenhang mit einer Spende hat, die Berechnung des Krankengeldes erfolgt, um eine Doppelbesteuerung des Krankengeldes zu vermeiden.

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.

Inhaltsverzeichnis

1. ALLGEMEINES.....	9
2. BESONDERHEITEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER STAMMZELLSPENDE	11
2.1 ABGRENZUNG DER ARTEN DER STAMMZELLSPENDE	11
2.2 STAMMZELLSPENDE DURCH VERWANDTE UND NICHT-VERWANDTE (ANONYME) SPENDER	11
2.3 GESETZLICHE REGELUNGSBEREICHE FÜR DIE ARTEN DER STAMMZELLGEWINNUNG.....	12
2.4 LEISTUNGSANSPRÜCHE VON STAMMZELLSPENDERN	12
3. LEISTUNGSPFLICHT BEI WECHSEL DER KRANKENKASSE ODER TOD DES EMPFÄNGERS	14
4. § 3A ENTGFG – ANSPRUCH AUF ENTGELTFORTZAHLUNG BEI SPENDE	15
4.1 ALLGEMEINES	15
4.2 ARBEITSUNFÄHIGKEIT INFOLGE KRANKHEIT/ABGRENZUNG § 3 ENTGFG ZU § 3A ENTGFG	16
Beispiel 1 – alleinige spendeunabhängige AU während Entgeltfortzahlung	18
Beispiel 2 – alleinige spendeunabhängige AU während Krankengeldbezug.....	18
Beispiel 3 – Berücksichtigung von Vorerkrankungen.....	19
Beispiel 4 – Wechsel der spendeunabhängigen AU.....	19
Beispiel 5 – erneute AU aufgrund Spende.....	20
4.3 MITTEILUNGSBEFUGNIS DER KRANKENKASSEN	20
4.4 NACHWEISPFICHT GEGENÜBER DEM ARBEITGEBER	20
4.5 WARTEZEIT	21
4.6 KURZARBEIT	21
4.7 TEILNAHME AN EINEM FREIWILLIGENDIENST (FREIWILLIGES SOZIALES ODER ÖKOLOGISCHES JAHR, BUNDESFREIWILLIGENDIENST).....	21
4.8 GESUNDHEITSSCHADEN BEI DER SPENDE	22
4.9 ERSTATTUNGSANSPRUCH DES ARBEITGEBERS NACH § 3A ABS. 2 ENTGFG	23
4.9.1 Allgemein	23
4.9.2 Gesetzlich Versicherte.....	24
4.9.3 Privat Versicherte	24
4.9.4 Beihilfeberechtigte	24
4.9.5 Heilfürsorgeberechtigte	25
4.9.6 Spende als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit	25
4.9.7 Mehrere Erstattungspflichtige.....	25
5. § 4 ENTGFG – HÖHE DES FORTZUZAHLENDEN ARBEITSENTGELTS.....	26
5.1 ALLGEMEINES	26
6. § 8 ENTGFG – BEENDIGUNG DES ARBEITSVERHÄLTNISSSES.....	27
6.1 ALLGEMEINES	27

7. § 11 SGB V – LEISTUNGSARTEN.....	28
7.1 ALLGEMEINES	28
8. § 27 SGB V – KRANKENBEHANDLUNG	29
8.1 ALLGEMEINES	30
8.2 LEISTUNGSUMFANG.....	30
8.3 ERSTTYPISIERUNG VON STAMMZELLSPENDERN.....	31
8.4 VOR- UND NACHUNTERSUCHUNGEN	32
8.5 KRANKENHAUSBEHANDLUNG.....	33
8.6 FAHRKOSTEN.....	33
8.7 ZUZAHLUNGEN UND MEHRKOSTEN.....	34
8.8 ÜBER DAS DRITTE KAPITEL DES SGB V HINAUSGEHENDE LEISTUNGSANSPRÜCHE.....	35
8.8.1 Bonuszahlungen.....	35
8.8.2 Erstattung des Verdienstausfalls nach § 27 Abs. 1a SGB V	36
Beispiel 6 – Verdienstausfallserstattung aufgrund weitergehenden Versicherungsschutzes.....	36
8.9 SPENDEN MIT AUSLANDSBEZUG	37
8.9.1 Grundsatz.....	37
8.9.2 Besonderheiten im Zusammenhang mit Lebendorganspenden innerhalb der EU, des EWR bzw. der Schweiz.....	37
8.9.3 Spender aus der EU, dem EWR bzw. der Schweiz – Empfänger ist GKV-versichert ...	38
8.9.4 Spender ist GKV-versichert – Empfänger aus dem Ausland (EU/EWR bzw. der Schweiz)40	
8.10 BESONDERHEITEN IM RAHMEN DER LEISTUNGSPFLICHT DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG FÜR GESETZLICH KRANKENVERSICHERTE SPENDER	40
8.11 GUTACHTENERSTELLUNG EINER NACH LANDESRECHT ZUSTÄNDIGEN KOMMISSION	41
8.12 ABGRENZUNG ZUR UNFALLVERSICHERUNG	41
8.13 ABGRENZUNG ZUR RENTENVERSICHERUNG	42
8.14 DATENSCHUTZ	42
9. § 44A SGB V – KRANKENGELD BEI SPENDE	44
9.1 ALLGEMEINES	44
9.2 ANSPRUCH AUF KRANKENGELD NACH § 44A SGB V.....	45
9.3 HÖHE UND BERECHNUNG DES KRANKENGELDES	45
Beispiel 7 – Höhe des Krankengeldes bei gleichbleibendem Arbeitsentgelt.....	46
Beispiel 8 – Höhe des Krankengeldes bei Stundenlohn	47
Beispiel 9 – Höhe des Krankengeldes bei schwankendem Arbeitsentgelt.....	47
Beispiel 10 – Kürzung auf die kalendertägliche BBG.....	48
9.3.1 Besonderheiten	48
9.3.1.1 Arbeitnehmer	49
9.3.1.1.1 Einmalzahlungen	49

9.3.1.1.2	Besonderheiten des Übergangsbereichs.....	49
9.3.1.1.3	Kurzarbeit.....	49
9.3.1.1.4	Entgeltumwandlung.....	50
9.3.1.2	Teilnehmer an einem Freiwilligendienst (Freiwilliges soziales und ökologisches Jahr, Bundesfreiwilligendienst).....	50
9.3.1.3	Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem SGB III	50
9.3.1.4	Künstler und Publizisten	51
9.3.1.5	Personen, für welche der Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen ist	51
9.3.1.6	Nicht gesetzlich versicherte Spender	52
9.4	ZAHLUNG DES KRANKENGELDES	53
9.5	DAUER DES ANSPRUCHES AUF KRANKENGELD	53
9.5.1	Allgemein	53
9.5.2	Spende ohne Gesundheitsschaden	53
9.5.3	Spende mit Gesundheitsschaden	54
9.6	RUHEN, AUSSCHLUSS UND WEGFALL DES ANSPRUCHES AUF KRANKENGELD.....	55
9.7	ZUSAMMENTREFFEN VON KRANKENGELDANSPRÜCHEN NACH § 44A SGB V UND § 44 SGB V	56
10.	§ 8 KVLG 1989 – BETRIEBSHILFE AN LANDWIRTSCHAFTLICHE UNTERNEHMER	57
10.1	ALLGEMEINES	57
11.	§ 92 SGB V – RICHTLINIEN DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES	58
11.1	ALLGEMEINES	58
12.	§ 2 SGB VII – VERSICHERUNG KRAFT GESETZES	59
12.1	ALLGEMEINES.....	59
13.	§ 12A SGB VII – GESUNDHEITSSCHADEN	60
13.1	ALLGEMEINES	60
13.2	GESUNDHEITLICHE SCHÄDEN DES SPENDERS.....	61
13.3	VOR- UND NACHSORGEUNTERSUCHUNGEN	61
13.4	ZUSTÄNDIGER UNFALLVERSICHERUNGSTRÄGER	62
13.5	ABGRENZUNG ZU LEISTUNGEN NACH DEM SGB V	62
14.	§ 213 SGB VII – VERSICHERUNGSSCHUTZ.....	63
14.1	ALLGEMEINES	63
15.	INKRAFTTRETEN.....	64
ANLAGE 1 – SELBSTVERPFLICHTUNG DES VERBANDES DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG VOM 09.02.2012.....		65

ANLAGE 2 – EMPFEHLUNG NR. S1 VOM 15. MÄRZ 2012 ÜBER DIE FINANZIELLEN ASPEKTE GRENZÜBERGREIFENDER LEBENDORGANSPENDEN	67
ANLAGE 3 – ERSTATTUNGSANTRAG GEM. § 3A ABS. 2 ENTGFG.....	69
ANLAGE 4 – ENTGELTBESCHEINIGUNG	71
ANLAGE 5 – ENTGELTBESCHEINIGUNG (SEEFAHRT)	75

1. Allgemeines

Spender von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) haben durch die im Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vollzogenen Änderungen im Entgeltfortzahlungsgesetz und den Sozialgesetzbüchern V und VII weitergehende Leistungsansprüche, wenn es sich um eine Spende im Rahmen der §§ 8 oder 8a Transplantationsgesetz (TPG) oder § 9 Transfusionsgesetzes (TFG) handelt. Als Spende in diesem Sinne zählt die Entnahme von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spende) bei einer lebenden Person zum Zwecke der Übertragung auf andere. Insbesondere umfasst dies die zulässige Spende von

- Nieren,
- Teilen der Leber,
- anderen nicht regenerierungsfähigen Organen,
- Knochenmark,
- Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen oder
- anderen Geweben.

Nicht als Spende im vorgenannten Sinne gilt

- die Entnahme von Organen und Gewebe, die auf die Patientin oder den Patienten rückübertragen werden,
- die Entnahme von Blut und Blutbestandteilen und
- die Gewinnung von menschlichen Samenzellen.

Als Blutbestandteile im Sinne des § 27 Abs. 1a SGB V gelten ausschließlich die Blutbestandteile, welche im Rahmen einer Blutstammzellspende separiert werden (müssen). Hintergrund ist, dass der Gesetzgeber mit § 27 Abs. 1a SGB V spezielle Leistungsansprüche im Zusammenhang mit einer Spende von Organen und Geweben sowie von Stammzellen – unabhängig von der Art des Spendeverfahrens – absichern wollte. Die Spende von z.B. Blut oder Blutplasma ist hiervon nicht umfasst.

Zuständig für Leistungen an den Spender ist die Krankenkasse bzw. das Versicherungsunternehmen des Empfängers. Dies betrifft die Spende sowie die erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Erstattung des Verdienstausfalles und erforderliche Fahrkosten.

Allgemeines

Abzugrenzen vom Vorgang der Spende sind Folgeerkrankungen, die in einem zeitlichen Abstand zur Spende eintreten. Treten Folgeerkrankungen im Zusammenhang mit der Spende auf, ist regelmäßig vom Vorliegen einer Komplikation bzw. eines Gesundheitsschadens und damit von der Zuständigkeit der Unfallversicherung auszugehen (siehe Abschnitte 12. –14. „§§ 2, 12a und 213 SGB VII“). Liegt im Einzelfall die Zuständigkeit nicht bei der Unfallversicherung, so ist für die Folgeerkrankung die Krankenkasse des Spenders zuständig.

2. Besonderheiten im Zusammenhang mit der Stammzellspende

2.1 Abgrenzung der Arten der Stammzellspende

Stammzellen können auf unterschiedliche Arten gewonnen werden. Von der Stammzellspende aus dem Knochenmark zu unterscheiden ist die periphere Blutstammzellspende.

Sowohl bei der Knochenmarktransplantation als auch bei der peripheren Blutstammzelltransplantation kommt es auf die Übertragung der Vorläuferzellen des blutbildenden Systems an, der Unterschied beider Verfahren besteht jedoch vor allem in der Art der Zellgewinnung. Während bei einer Knochenmarkspende – unter Vollnarkose – mit einer Hohlnadel ein Knochenmark-Blut-Gemisch aus dem Beckenknochen des Spenders entnommen wird, werden die Stammzellen bei der peripheren Blutstammzellspende – ambulant – mittels eines technischen Aphereseverfahrens aus dem Blutstrom des Spenders gewonnen. Hierfür wird dem Spender einige Tage lang vor Beginn des Aphereseverfahrens ein natürlich vorkommender Botenstoff gespritzt, der bewirkt, dass Stammzellen aus dem Knochenmark ins Blut wandern. Aus dem Blut des Spenders können die Blutstammzellen dann mit einer so genannten Stammzellapherese herausgefiltert werden.

2.2 Stammzellspende durch verwandte und nicht-verwandte (anonyme) Spender

Eine weitere Besonderheit im Zusammenhang mit der Stammzellspende ist, dass – anders als bei der Lebendorganspende – die Stammzellspende nicht nur zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte und andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen, zulässig ist. Dementsprechend kann für eine Stammzellspende, wenn im Kreise der Familie bzw. Bekannten kein passender Spender gefunden wird, eine Fremdspendersuche durchgeführt werden. Diese wird in der Regel über das Zentrale Knochenmarkspender-Register Deutschland (ZKRD) durchgeführt. Für die Suche nach einem nicht-verwandten Stammzellspender ist es dabei unerheblich, auf welche Art die Entnahme der Stammzellen letztendlich vollzogen wird. Ablauf und Organisation der Suche sind grundsätzlich immer identisch.

Eine Stammzellspende unter nicht-verwandten – über das ZKRD gefundenen – Spendern findet ebenfalls unabhängig von der Art der Stammzellgewinnung grundsätzlich anonym statt.

2.3 Gesetzliche Regelungsbereiche für die Arten der Stammzellgewinnung

Aus der Blutstammzellspende mittels Aphereseverfahren resultiert – im Gegensatz zur Knochenmarkspende – kein Gewebe, sondern ein Blutpräparat. Da der Regelungsbereich des TPG zwar Gewebe nicht aber das Blut und Blutbestandteile umfasst, sind die Knochenmarktransplantation und die periphere Blutstammzelltransplantation in unterschiedlichen Gesetzen geregelt. Während die Stammzellspende aus dem Knochenmark als Gewebespende im Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) geregelt wurde, finden sich die Regelungen zur Blutstammzellspende im Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz – TFG).

2.4 Leistungsansprüche von Stammzellspendern

Die Leistungsansprüche des Lebendspenders im Zusammenhang mit einer Gewebespende nach §§ 8 und 8a TPG zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte ergeben sich konkret aus § 27 Abs. 1a Satz 1 SGB V. Im TPG selbst ist keine Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Leistungen oder Aufwendungen, die dem Spender im Zusammenhang mit der Spende entstehen, vorgesehen.

Auch die Leistungsansprüche für Spender von peripheren Blutstammzellen ergeben sich ebenfalls seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (vgl. BGBl Teil I Nr. 30 vom 22.07.2015, Seite 1211) aus § 27 Abs. 1a Satz 1 SGB V. Darüber hinaus sieht § 10 TFG u. a. für periphere Blutstammzellspender – im Gegensatz zum für Knochenmarkspender geltenden TPG – vor, dass die Entnahme einer Spende zwar unentgeltlich erfolgen soll, der spendenden Person jedoch eine Aufwandsentschädigung gewährt werden kann, die sich an dem unmittelbaren Aufwand je nach Spendeart orientieren soll. „Unmittelbarer“ Aufwand in diesem Zusammenhang können z. B. die Fahrkosten und/oder der Zeitaufwand sowie der Verdienstausschlag sein. Um einen unnötigen bürokratischen Aufwand in den Spendeeinrichtungen zu vermeiden, kann eine Aufwandsentschädigung auch pauschaliert an den Spender gezahlt werden (vgl. BT-Drs. 15/4174 vom 10.11.2004, Zu Artikel 1, Zu Nummer 6 [§ 10], Seite 14). Bei § 10 TFG handelt es sich allerdings um eine „Kann-Vorschrift“. Dementsprechend ist die Spendeeinrichtung nicht verpflichtet, eine Aufwandsentschädigung zu zahlen. Soweit erkennbar, zahlen Spenderdateien (z. B. DKMS) anonymen Spendern entsprechende Aufwandsentschädigungen. Spenden durch verwandte bzw. bekannte Spender werden allerdings nicht über Spenderdateien organisiert. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit der Zahlung einer Aufwandsentschädigung durch die Einrichtung, die die Spende entnimmt (z. B. Krankenhaus, das die Behandlung des Empfängers durchführt). Soweit bekannt, gewähren die Einrichtungen in solchen Fällen keine Aufwandsentschädigung an den (potenziellen) Spender.

Besonderheiten im Zusammenhang mit der Stammzellspende

Im Hinblick auf eine umfassende Absicherung von Stammzellspendern sowie einer verwaltungsökonomischen und generell umsetzbaren Abwicklung des Genehmigungs- und Prüfungsverfahrens von Leistungsansprüchen bei den Krankenkassen ist die Vorschrift des § 27 Abs. 1a SGB V für die peripheren Blutstammzellspender anzuwenden. Hierbei ist ein Doppelbezug von Leistungen zu vermeiden, weshalb eventuell an den Spender im Rahmen des § 10 TFG geleistete Aufwandsentschädigungen bei der Prüfung der Leistungsansprüche zu berücksichtigen sind.

Hinweis: Die bisher im gemeinsamen Rundschreiben dargestellten Aussagen beziehen sich ausschließlich auf die Spende von Organen, Geweben und die nicht-anonyme Spende von Stammzellen. Die Besonderheiten der anonymen Stammzellspende werden derzeit abschließend beraten und nachträglich in das gemeinsame Rundschreiben integriert.

3. Leistungspflicht bei Wechsel der Krankenkasse oder Tod des Empfängers

Nach § 27 Abs. 1a Satz 4 SGB V ist für die Leistungen der Krankenbehandlung des Spenders die Krankenkasse des Empfängers von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Empfänger) zuständig. Wechselt der Empfänger seine Krankenkasse, ist für die Leistungen des Spenders die Krankenkasse leistungspflichtig, bei welcher zum Zeitpunkt der jeweiligen Leistungserbringung die Versicherung des Empfängers besteht. Wechselt der Empfänger in eine private Versicherung oder verzieht dieser ins Ausland, so ist für die weiteren Leistungen des Spenders auch das dann gewählte Versicherungsunternehmen zuständig (siehe [Anlage 1](#)). Besteht kein Leistungsanspruch, z.B. wegen eines Auslandsaufenthaltes bzw. weil die Versicherung diese Leistung nicht vorsieht oder verstirbt der Empfänger, so sind die Leistungen für den Spender durch die Krankenkasse zu erbringen, bei welcher zuletzt eine Versicherung des Empfängers bestand.

4. § 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende

§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

(1) Ist ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende von Organen oder Geweben, die nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgt oder einer Blutspende zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes, an seiner Arbeitsleistung verhindert, hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. § 3 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Dem Arbeitgeber sind von der gesetzlichen Krankenkasse des Empfängers von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen das an den Arbeitnehmer nach Absatz 1 fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die hierauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung auf Antrag zu erstatten. Ist der Empfänger von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen gemäß § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, erstattet dieses dem Arbeitgeber auf Antrag die Kosten nach Satz 1 in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes. Ist der Empfänger von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen bei einem Beihilfeträger des Bundes beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger, erstattet der zuständige Beihilfeträger dem Arbeitgeber auf Antrag die Kosten nach Satz 1 zum jeweiligen Bemessungssatz des Empfängers von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen; dies gilt entsprechend für sonstige öffentlich-rechtliche Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene. Unterliegt der Empfänger von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen der Heilfürsorge im Bereich des Bundes oder der truppenärztlichen Versorgung, erstatten die zuständigen Träger auf Antrag die Kosten nach Satz 1. Mehrere Erstattungspflichtige haben die Kosten nach Satz 1 anteilig zu tragen. Der Arbeitnehmer hat dem Arbeitgeber unverzüglich die zur Geltendmachung des Erstattungsanspruches erforderlichen Angaben zu machen.

4.1 Allgemeines

Arbeitnehmer, die wegen Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende die vertraglich geschuldete Arbeitsleistung nicht erbringen können, haben grundsätzlich einen Anspruch auf Fortzahlung des

§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende

Arbeitsentgelts gegen den Arbeitgeber für einen Zeitraum von höchstens sechs Wochen. Voraussetzung für die Zahlungspflicht des Arbeitgebers ist, dass die Arbeitsunfähigkeit auf einer Spende im Sinne der §§ 8 und 8a TPG oder § 9 TFG beruht, da diese als unverschuldete Arbeitsverhinderung gilt.

Der Anspruch nach § 3a EntgFG kann nicht umfassender sein als der, den der Arbeitnehmer bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit hätte. Tatbestände, die bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit gegen einen Entgeltfortzahlungsanspruch sprechen würden (z.B. unbezahlter Urlaub), haben deshalb dieselbe Wirkung auch während einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Spende für den Entgeltfortzahlungsanspruch. Es wird daher auf die bereits in den gemeinsamen Rundschreiben vom 25.06.1998 und 21.12.1998 getroffenen Aussagen zur Entgeltfortzahlung bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit verwiesen. Sofern Besonderheiten bei einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Spende bestehen, sind diese in diesem Rundschreiben gesondert dargestellt.

Die Höhe des Arbeitsentgelts, die Art und Weise oder die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung des Beschäftigungsverhältnisses haben für den Entgeltfortzahlungsanspruch keine Bedeutung. So besteht z. B. auch bei geringfügigen Beschäftigungen ein Entgeltfortzahlungsanspruch.

4.2 Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit/Abgrenzung § 3 EntgFG zu § 3a EntgFG

Die Entgeltfortzahlungsansprüche, welche aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende entstehen, sind Spezialregelungen gegenüber denen aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit. Der spezielle Charakter dieser Entgeltfortzahlungsansprüche wird insbesondere daran deutlich, dass den Arbeitgebern gegenüber der Krankenkasse – bzw. dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder den Beihilfeträgern des Bundes – des Empfängers ein umfassender Anspruch auf Erstattung des fortgezahlten Arbeitsentgelts einschließlich der darauf entfallenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung (siehe Abschnitt 4.9 „Erstattungsanspruch des Arbeitgebers nach § 3a Abs. 2 EntgFG“) eingeräumt wird. Dieser Erstattungsanspruch besteht unabhängig von der Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers bzw. den Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG). Hintergrund des speziellen Entgeltfortzahlungsanspruchs und des umfassenden Erstattungsanspruchs des Arbeitgebers nach § 3a EntgFG ist, dass die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers infolge einer Spende von diesem bewusst in Kauf genommen wird und damit nicht Ausdruck des vom Arbeitgeber zu tragenden allgemeinen Krankheitsrisikos des Arbeitnehmers (§ 3 EntgFG) ist.

Diese Regelungen verdeutlichen die Zielsetzungen des Gesetzgebers, einerseits die Arbeitgeber nicht mit den Kosten der Entgeltfortzahlung außerhalb des von ihnen zu tragenden allgemeinen Krankheitsrisikos des Arbeitnehmers zu belasten, andererseits jedoch durch den Einbezug von

§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende

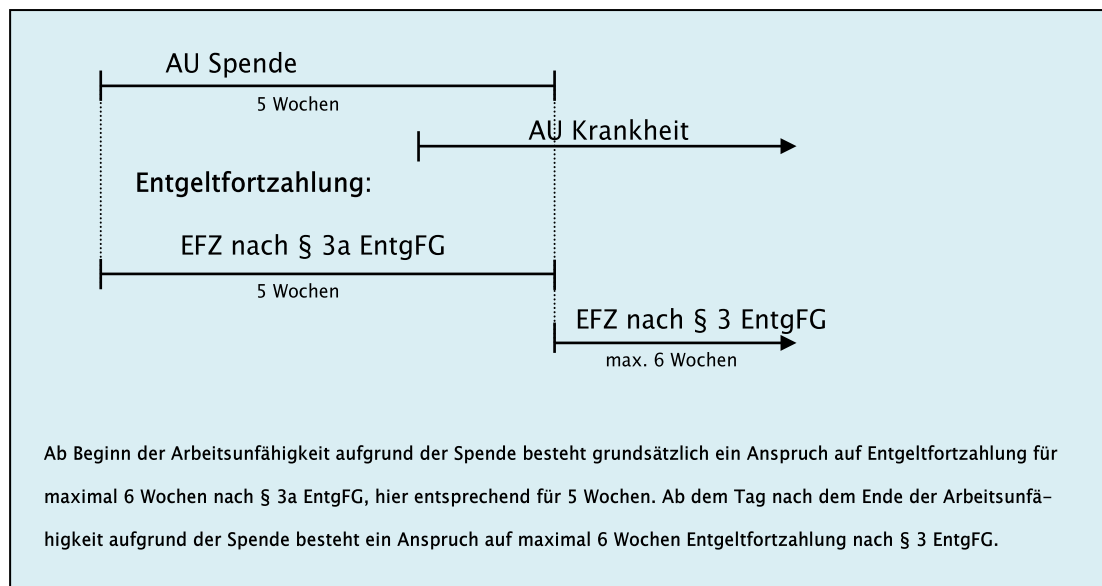
Spendern in den Geltungsbereich des EntgFG deren soziale Absicherung zu verbessern und Belastungen für den Spender zu vermeiden. Der Entgeltfortzahlungsanspruch mit vollem Erstattungsanspruch entspricht damit eher einem gesetzlichen Auftrag zur Auszahlung einer Leistung und ist hinsichtlich der Ausgestaltung und Intention mit dem Entgeltfortzahlungsanspruch nach § 3 EntgFG nicht zu vergleichen.

Eine gesetzliche Regelung zur Abgrenzung der Entgeltfortzahlungsansprüche nach §§ 3 und 3a EntgFG in Fällen, in denen Tatbestände der Arbeitsunfähigkeit in Folge einer Spende mit Arbeitsunfähigkeit wegen einer (spendeunabhängigen) Krankheit zusammentreffen, sieht das EntgFG nicht vor. Vor dem Hintergrund der skizzierten besonderen Zielsetzung und Ausgestaltung des Entgeltfortzahlungsanspruchs nach § 3a EntgFG und der in § 44a Satz 4 2. Halbsatz SGB V normierten Rechtslage des Vorranges der Leistungen nach § 44a SGB V gegenüber den Leistungen nach § 44 SGB V wird empfohlen, in den einschlägigen Fallgestaltungen wie folgt zu verfahren:

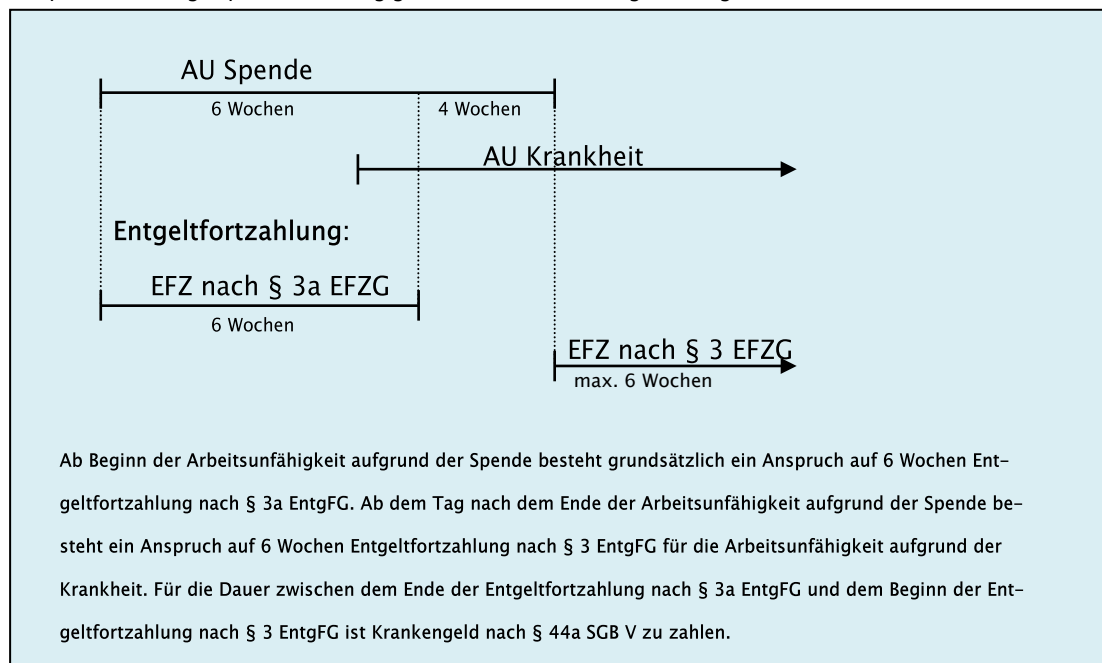
- Tritt während der Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende Arbeitsunfähigkeit wegen einer (spendeunabhängigen) Krankheit ein, so besteht für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach der Spezialregelung des § 3a EntgFG.
- Tritt Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende zu einem Zeitpunkt ein, an dem bereits Arbeitsunfähigkeit wegen einer (spendeunabhängigen) Krankheit besteht, so besteht für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach der Spezialregelung des § 3a EntgFG. Für eine gesetzgeberische Intention dergestalt, dass der Entgeltfortzahlungsanspruch nach § 3a EntgFG für die Dauer der weiterbestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen der (spendeunabhängigen) Krankheit durch den Anspruch nach § 3 EntgFG hinausgezögert, verkürzt oder vollständig ersetzt wird, finden sich in der Gesetzesbegründung keine Anhaltspunkte
- Entfällt in den zuvor genannten Fällen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt bei weiterbestehender krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit der Entgeltfortzahlungsanspruch nach § 3 EntgFG am Folgetag, d. h. Anspruchszeiten nach § 3a EntgFG sind nicht auf den 6-wöchigen Anspruch nach § 3 EntgFG anzurechnen. Gleichwohl sind Anspruchszeiten nach § 3a EntgFG auf bereits geleistete Entgeltfortzahlungsansprüche nach § 3a EntgFG anzurechnen.

§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende

Beispiel 1 – alleinige spendeunabhängige AU während Entgeltfortzahlung

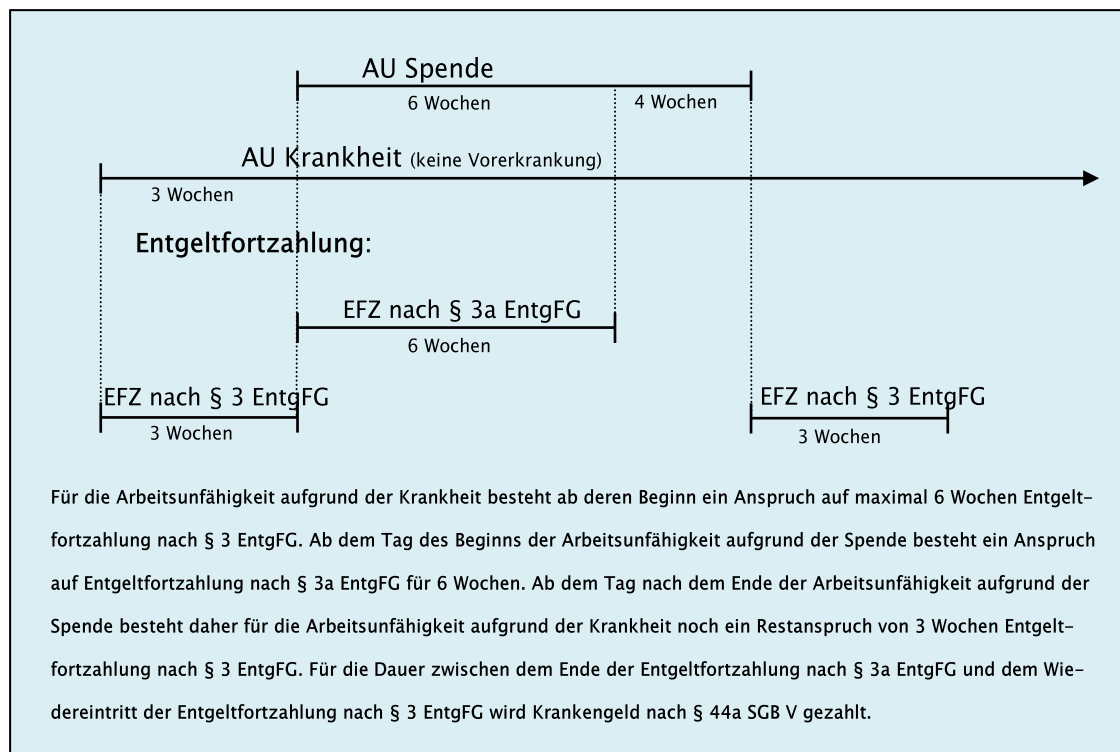


Beispiel 2 – alleinige spendeunabhängige AU während Krankengeldbezug

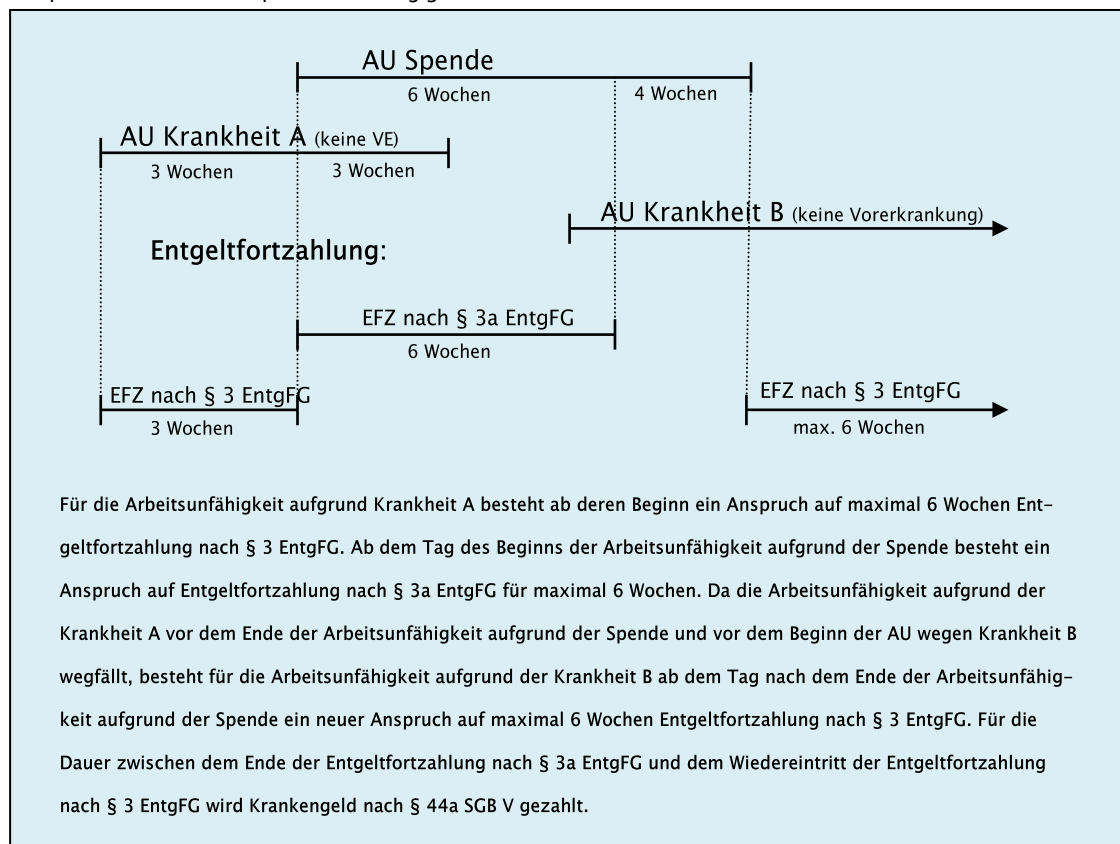


§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende

Beispiel 3 – Berücksichtigung von Vorerkrankungen

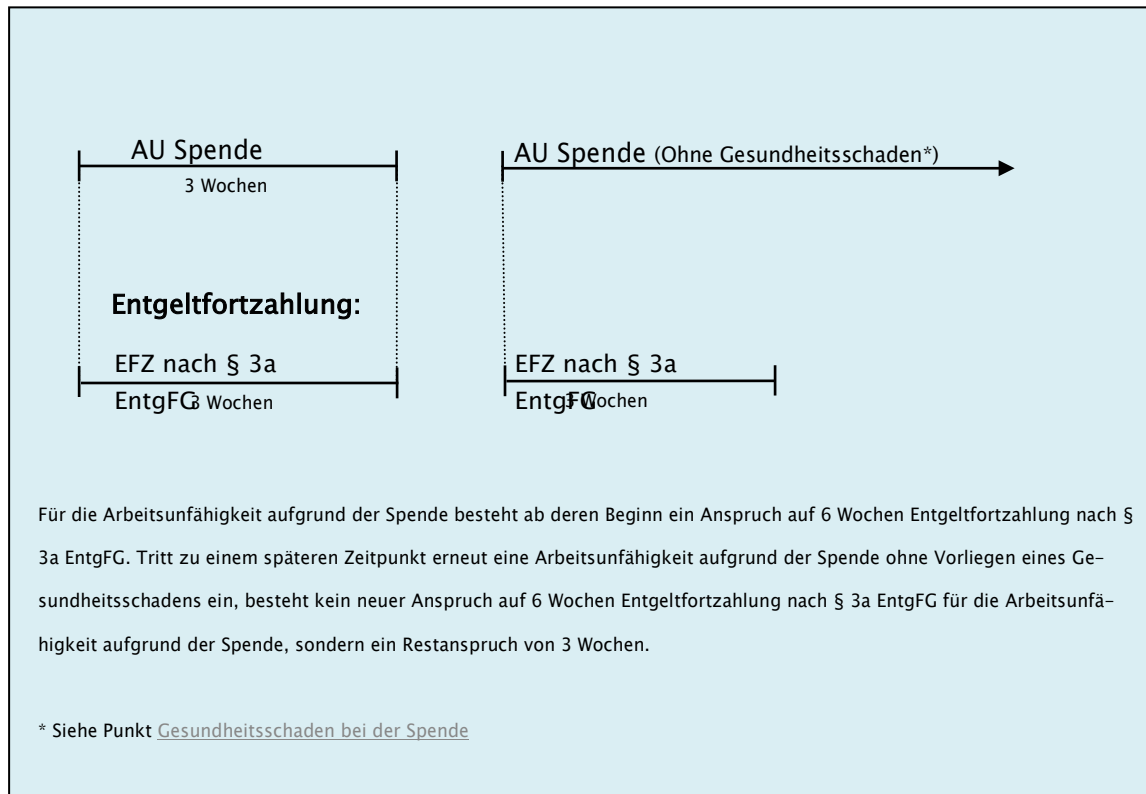


Beispiel 4 – Wechsel der spendeunabhängigen AU



§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende

Beispiel 5 – erneute AU aufgrund Spende



4.3 Mitteilungsbefugnis der Krankenkassen

Die Krankenkassen sind nach § 69 Abs. 4 SGB X befugt, einem Arbeitgeber mitzuteilen, ob die Fortdauer einer Arbeitsunfähigkeit oder eine erneute Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers auf derselben Krankheit beruht; die Übermittlung von Diagnosedaten an den Arbeitgeber ist nicht zulässig. Weitergehende Informationen, ob z.B. die Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Spende besteht, sind durch den Arbeitnehmer zu erbringen (siehe Abschnitt 4.4 „[Nachweispflicht gegenüber dem Arbeitgeber](#)“)

4.4 Nachweispflicht gegenüber dem Arbeitgeber

Der Arbeitnehmer ist nach § 3a Abs. 2 letzter Satz EntgFG verpflichtet, dem Arbeitgeber die zur Geltendmachung des Erstattungsanspruches erforderlichen Angaben zu machen (siehe Abschnitt 4.9 „[Erstattungsanspruch des Arbeitgebers nach § 3a Abs. 2 EntgFG](#)“).

4.5 Wartezeit

Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei einer Spende besteht ab Beginn einer Beschäftigung. Eine Wartezeit analog § 3 Abs. 3 EntgFG, wonach der Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit erst nach vierwöchiger ununterbrochener Dauer des Arbeitsverhältnisses entsteht, ist für die Entgeltfortzahlung nach § 3a EntgFG nicht vorgesehen.

4.6 Kurzarbeit

Im Falle von Kurzarbeit bezieht sich der Entgeltfortzahlungsanspruch nur auf das durch den Arbeitsausfall reduzierte Entgelt (siehe BT-Drs. 17/9773 Seite 39). Zusätzlich besteht ein Krankengeldanspruch nach § 44a SGB V, der entsprechend § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Umfang des Entgeltfortzahlungsanspruchs nach § 3a EntgFG ruht. Dies bedeutet, dass Arbeitnehmer bis zum Ablauf des Entgeltfortzahlungszeitraums neben dem Entgeltfortzahlungsanspruch auch einen teilweisen Anspruch auf Krankengeld haben.

Eine Unterscheidung der Fälle nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor oder während der Kurzarbeit, wie sie bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen ist, ist bei einer spendebedingten Arbeitsunfähigkeit nicht notwendig. Hintergrund ist, dass § 47b Abs. 4 SGB V (aufgrund des § 98 Abs. 3 Nr. 2 SGB III) nicht angewandt werden kann, da hier explizit auf den Entgeltfortzahlungsanspruch aufgrund krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit abgestellt wird. Der Arbeitgeber zahlt daher auch kein Krankengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes. Die Zahlung des Krankengeldes nach § 44a SGB V in Höhe des Spitzbetrages erfolgt durch die Krankenkasse des Empfängers.

Zum Anspruch auf Krankengeld siehe Abschnitt 9.3.1.1.3 „Kurzarbeit“.

4.7 Teilnahme an einem Freiwilligendienst (Freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, Bundesfreiwilligendienst)

Sofern die Teilnehmer an Freiwilligendiensten durch Arbeitsunfähigkeit aufgrund der an ihrer Arbeit gehindert sind, besteht kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach § 3a EntgFG.

Das EntgFG findet nur bei Arbeitnehmern Anwendung. Teilnehmer an Freiwilligendiensten sind keine Arbeitnehmer, weshalb entsprechende Entgeltfortzahlungs- oder Erstattungsansprüche nach dem EntgFG nicht hergeleitet werden können.

§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende

Grundlage für den Anspruch der Teilnehmer an Freiwilligendiensten auf Arbeitsentgelt ist die zwischen der oder dem Freiwilligen und der Einsatzstelle geschlossene Vereinbarung.

Die Vereinbarung im Rahmen des Freiwilligendienstes begründet ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis. Hintergrund ist, dass die mit dem Freiwilligendienst verbundenen Rechte und Pflichten sich aus sozialrechtlichen Regelungen ergeben, 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 BAG-Rechtsprechung vom 26.09.2007 – 5 AZR 857/06 –, 20.02.2008 – 5 AZR 290/07 – und 19.03.2008 – 5 AZR 435/07 –), weshalb Teilnehmer an Freiwilligendiensten keine Arbeitnehmer im Sinne des Gesetzes darstellen (siehe Abschnitt 9.3.1.2 „Teilnehmer an einem Freiwilligendienst (Freiwilliges soziales und ökologisches Jahr, Bundesfreiwilligendienst“).

Nach dieser Vereinbarung erhalten Freiwillige, die während des Freiwilligendienstes erkranken, eine Fortzahlung des Taschengeldes innerhalb der ersten sechs Wochen der Erkrankung. Die Fallgestaltung Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Spende ist nach Aussage des BMFSFJ hierunter zu subsumieren; es erfolgt auch in diesen Fällen eine Fortzahlung des Taschengeldes, welches jedoch durch die Krankenkasse nicht nach § 3a EntgFG zu erstatten ist.

4.8 Gesundheitsschaden bei der Spende

Ist ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende an seiner Arbeitsleistung gehindert, hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach § 3a Abs. 1 EntgFG durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen.

Sofern ein Gesundheitsschaden im Verlauf der Spende auftritt, welcher über die regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und mit der Spende im ursächlichen Zusammenhang steht (im Folgenden Gesundheitsschaden), liegt nach § 12a SGB VII ein Versicherungsfall im Sinne der Unfallversicherung vor. Mit dem Tag des Leistungsträgerwechsels entfällt daher der Entgeltfortzahlungsanspruch nach § 3a EntgFG und damit der Erstattungsanspruch des Arbeitgebers gegenüber der Krankenkasse nach § 3a Abs. 2 Satz 1 EntgFG. Stattdessen setzt der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach § 3 EntgFG ein.

In Abweichung zu den Ausführungen unter Abschnitt 4.2 „Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit/ Abgrenzung § 3EntgFG“ sind in diesen Fallgestaltungen die EFZ-Ansprüche nach § 3 EntgFG vorrangig gegenüber den Ansprüchen nach 3a EntgFG.

§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende

Zur konkreten Bestimmung des Termins des Leistungsträgerwechsels siehe Abschnitt 8.12 „Abgrenzung zur Unfallversicherung“.

4.9 Erstattungsanspruch des Arbeitgebers nach § 3a Abs. 2 EntgFG

4.9.1 Allgemein

Nach § 3a Abs. 2 EntgFG hat der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber unverzüglich die zur Geltendmachung des Erstattungsanspruches erforderlichen Angaben zu machen.

Erforderliche Angaben in diesem Zusammenhang sind z.B.:

- Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende
- Angabe des zur Erstattung der Entgeltfortzahlung verpflichteten Trägers (z.B. Krankenkasse, Privates Krankenversicherungsunternehmen, Beihilfestelle) des Empfängers
- Mitteilung des Ordnungsmerkmals der Krankenkasse des Empfängers

Die Erstattungsansprüche sind von den Arbeitgebern bei der Versicherung des Empfängers anzu-
melden und zu beziffern. Dies erfolgt nicht im Rahmen des Aufwendungsausgleichsgesetzes
(AAG); das entsprechende elektronische Verfahren findet keine Anwendung.

Erfolgt aufgrund arbeits- oder tarifvertraglicher Vereinbarungen eine länger als 6-wöchige Ent-
geltfortzahlung, kann die Erstattung nach § 3a Abs. 2 EntgFG nur bis zur Dauer von maximal
6 Wochen geltend gemacht werden. Eine weitergehende Erstattung von geleisteten Entgeltfort-
zahlungen durch die Krankenkasse des Empfängers ist nicht möglich.

Eine Begrenzung der Höhe des Erstattungsanspruches ist gesetzlich nicht vorgesehen. Dies trägt
dem Umstand Rechnung, dass die Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers infolge einer Spende von
diesem bewusst in Kauf genommen wird und damit nicht Ausdruck des vom Arbeitgeber zu tra-
genden allgemeinen Krankheitsrisikos des Arbeitnehmers ist. Aus diesem Grund soll der Arbeit-
geber nicht mit den Kosten der Entgeltfortzahlung belastet werden.

Hinweis: Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass anspruchsberechtigte Arbeitgeber das nach
§ 3a EntgFG fortgezahlte Entgelt im Rahmen des maschinellen Erstattungsverfahrens nach § 1
Abs. 1 Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG) geltend machen, sollte ein von der Krankenkasse zur
Verfügung gestellter Erstattungsantrag eine Erklärung des Arbeitgebers vorsehen, dass dieser
noch keine Erstattung erhalten hat. Ein mit den Arbeitgebervertretern abgestimmter Mustererstat-
tungsantrag ist als Anlage 3 angefügt.

4.9.2 Gesetzlich Versicherte

Dem Arbeitgeber sind nach § 3a Abs. 2 EntgFG von der gesetzlichen Krankenkasse des Empfängers das an den Arbeitnehmer fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die hierauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung auf Antrag zu erstatten. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen der Arbeitgeber zählen in diesem Sinne auch:

- Beitragszuschüsse, welche im Sinne des § 23 c Abs. 1 Satz 3 SGB IV als Pflichtbeiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen gezahlt werden,
- Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V.

4.9.3 Privat Versicherte

Ist der Empfänger gemäß § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, erstattet dieses dem Arbeitgeber auf Antrag die vollen Kosten der geleisteten Entgeltfortzahlung zuzüglich den geschuldeten Sozialversicherungsbeiträgen für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie betriebliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung (siehe [Anlage 1, Abschnitt 2e](#)).

4.9.4 Beihilfeberechtigte

Ist der Empfänger bei einem Beihilfeträger des Bundes beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger, erstattet der zuständige Beihilfeträger dem Arbeitgeber auf Antrag die Kosten der geleisteten Entgeltfortzahlung zuzüglich den geschuldeten Sozialversicherungsbeiträgen für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung zum jeweiligen Bemessungssatz des Empfängers; dies gilt entsprechend für sonstige öffentlich-rechtliche Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene (z.B. Postbeamtenkrankenkasse, Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten). Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes konnten keine Regelungen für die Beihilfeträger der Länder getroffen werden. In der Gesetzesbegründung wurde hierzu empfohlen, dass die vorgenannte Erstattungspflicht auch für öffentlich-rechtliche Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene gelten soll, wenn dies landesrechtlich vorgesehen wird. Daher ist grundsätzlich auch für die Beihilfeträger der Länder davon auszugehen, dass die vorgenannten Regelungen analog anzuwenden sind.

4.9.5 Heilfürsorgeberechtigte

Unterliegt der Empfänger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes oder der truppenärztlichen Versorgung, erstatten die zuständigen Träger auf Antrag die dem Arbeitgeber entstandenen vollen Kosten der geleisteten Entgeltfortzahlung zuzüglich den geschuldeten Sozialversicherungsbeiträgen für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie der betrieblichen Altersvorsorge.

4.9.6 Spende als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit

In Fällen, in denen die Spende als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlich wird, hat der Spender ebenfalls einen Entgeltfortzahlungsanspruch gemäß § 3a Abs. 1 EntgFG für die Dauer von 6 Wochen gegenüber seinem Arbeitgeber. Nach § 3a Abs. 2 EntgFG ist dem Arbeitgeber das an den Arbeitnehmer fortgezahlte Arbeitsentgelt einschließlich der darauf entfallenden Beiträge zur Sozialversicherung sowie zur betrieblichen Altersversorgung auf Antrag zu erstatten. Die Kosten der Entgeltfortzahlung werden dem Arbeitgeber nach der Gesetzesbegründung (Bundestagsdrucksache 17/9773) von dem Träger erstattet, der die Kosten für die Krankenbehandlung des Empfängers trägt.

Die Unfallversicherungsträger werden in § 3a Abs. 2 EntgFG zwar nicht erwähnt, gleichwohl ist in einschlägigen Fällen von einer analogen Auslegung und daher direkten Erstattung an den Arbeitgeber durch die Unfallversicherungsträger auszugehen.

4.9.7 Mehrere Erstattungspflichtige

Mehrere Erstattungspflichtige haben die Kosten anteilig zu tragen.

5. § 4 EntgFG – Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts

(1) Für den in § 3 Abs. 1 oder in § 3a Absatz 1 bezeichneten Zeitraum ist dem Arbeitnehmer das ihm bei der für ihn maßgebenden regelmäßigen Arbeitszeit zustehende Arbeitsentgelt fortzuzahlen.

(1a) ...

(2) Ist der Arbeitgeber für Arbeitszeit, die gleichzeitig infolge eines gesetzlichen Feiertages ausgefallen ist, zur Fortzahlung des Arbeitsentgelts nach § 3 oder nach § 3a verpflichtet, bemisst sich die Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts für diesen Feiertag nach § 2.

(3) – (4) ...

5.1 Allgemeines

Bei den in § 4 EntgFG vorgenommenen Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen zum neuen § 3a EntgFG, die sicherstellen, dass Spender bei der Berechnung der Entgeltfortzahlung einem erkrankten Arbeitnehmer gleichgestellt werden. In Absatz 1 betrifft dies die Klarstellung, dass auch im Falle der Spende bis zur Dauer von sechs Wochen das dem Arbeitnehmer bei der für ihn maßgeblichen regelmäßigen Arbeitszeit zustehende Arbeitsentgelt fortzuzahlen ist. In Absatz 2 bezieht sich die Folgeänderung auf die Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts, wenn die Arbeit gleichzeitig durch Arbeitsunfähigkeit infolge einer Spende und in Folge eines gesetzlichen Feiertages ausfällt.

6. § 8 EntgFG – Beendigung des Arbeitsverhältnisses

(1) ...

(2) Endet das Arbeitsverhältnis vor Ablauf der in § 3 Abs. 1 oder in § 3a Absatz 1 bezeichneten Zeit nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit, ohne dass es einer Kündigung bedarf, oder infolge einer Kündigung aus anderen als den in Absatz 1 bezeichneten Gründen, so endet der Anspruch mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses.

6.1 Allgemeines

Auch hier handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 3a (Abs. 1) EntgFG. Sie stellt sicher, dass Spender bei der Beendigung des Arbeitsverhältnisses einem erkrankten Arbeitnehmer gleichgestellt werden und grundsätzlich keinen Entgeltfortzahlungsanspruch nach § 3a EntgFG über das Ende des Arbeitsverhältnisses hinaus haben.

7. § 11 SGB V – Leistungsarten

(1) – (4) ...

(5) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a des Siebten Buches.

7.1 Allgemeines

Mit der vorgenommenen Ergänzung wurde klargestellt, dass die vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung auch in den Fällen gilt, in denen bei Versicherten ein Gesundheitsschaden im Sinne des § 12a SGB VII, der über die regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht, eingetreten ist.

8. § 27 SGB V – Krankenbehandlung

(1) ...

(1a) Spender von Organen oder Geweben oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung. Dazu gehören ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a und erforderlicher Fahrkosten; dies gilt auch für Leistungen, die über die Leistungen nach dem Dritten Kapitel dieses Gesetzes, auf die ein Anspruch besteht, hinausgehen, soweit sie vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst sind. Zuzahlungen sind von den Spendern nicht zu leisten. Zuständig für Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 ist die Krankenkasse der Empfänger von Organen, Gewebe oder Blutstammzellen sowie anderen Blutbestandteilen (Empfänger). Im Zusammenhang mit der Spende von Knochenmark nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes, von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 9 des Transfusionsgesetzes können die Erstattung der erforderlichen Fahrkosten des Spenders und die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes einschließlich der Befugnis zum Erlass der hierzu erforderlichen Verwaltungsakte auf Dritte übertragen werden. Das Nähere kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die nationale und internationale Suche nach nichtverwandten Spendern von Blutstammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut maßgeblichen Organisationen vereinbaren. Für die Behandlung von Folgeerkrankungen der Spender ist die Krankenkasse der Spender zuständig, sofern der Leistungsanspruch nicht nach § 11 Absatz 5 ausgeschlossen ist. Ansprüche nach diesem Absatz haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen. Die Krankenkasse der Spender ist befugt, die für die Leistungserbringung nach den Sätzen 1 und 2 erforderlichen personenbezogenen Daten an die Krankenkasse oder das private Krankenversicherungsunternehmen der Empfänger zu übermitteln; dies gilt auch für personenbezogene Daten von nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Krankenversicherungspflichtigen. Die nach Satz 7 übermittelten Daten dürfen nur für die Erbringung von Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 verarbeitet und genutzt werden. Die Datenverarbeitung und Nutzung nach den Sätzen 7 und 8 darf nur mit schriftlicher Einwilligung der Spender, der eine umfassende Information vorausgegangen ist, erfolgen.

(2) ...

8.1 Allgemeines

Die Vorschrift des § 27 Abs. 1a SGB V gilt für die Spende und die Entnahme menschlicher Organe oder Gewebe im Sinne der §§ 8 und 8a des TPG oder von Blut oder anderen Blutbestandteilen zur Separation von Blutstammzellen im Sinne von § 9 TFG. Sie stellt die bisherige Praxis der Krankenkassen in Bezug auf Leistungen für Spender auf eine gesetzliche Grundlage. Mit der Einführung der Regelung sind allerdings auch Veränderungen in Bezug auf den bisherigen Leistungsanspruch verbunden.

8.2 Leistungsumfang

Mit der Neuregelung wird verankert, dass Spender bei einer nach den §§ 8 und 8a des TPG oder im Sinne des § 9 TFG (siehe hierzu auch die Ausführungen unter [Abschnitt 8.1 „Allgemeines“](#)) erfolgenden Lebendspende zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte einen Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung haben. Dies gilt für die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, die medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a SGB V und für erforderliche Fahrkosten.

Neben den in § 27 Abs. 1a Satz 2 1. Halbsatz SGB V explizit genannten o. a. Leistungen besteht ein Anspruch darüber hinaus auch auf die in § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgeführten Leistungen, sofern diese notwendig sind. Hierfür spricht – neben dem in § 27 Abs. 1a Satz 1 SGB V eingeräumten Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung – der in § 27 Abs. 1a Satz 2 2. Halbsatz SGB V bestehende Verweis auf die Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V, der, sofern er nur als Begründung für einen über die GKV-Leistungen hinausgehenden Anspruch gemeint wäre, nicht auf das gesamte Dritte Kapitel des SGB V, sondern nur auf die in § 27 Abs. 1a Satz 2 1. Halbsatz SGB V ausdrücklich genannten Leistungen bezogen worden wäre. Zudem spricht hierfür auch die Zielsetzung des Gesetzes, nach derer die Absicherung von Lebendspendern und die in diesem Zusammenhang bisher vollzogene Praxis der Krankenkassen auf eine gesetzliche Grundlage gestellt werden soll. Dementsprechend lässt sich ableiten, dass ein Anspruch z. B. auch auf Haushaltshilfe besteht, sofern diese notwendig ist.

Zuständig für die im Zusammenhang mit der Spende medizinisch notwendigen Leistungen ist gemäß § 27 Abs. 1a Satz 4 SGB V die Krankenkasse des Empfängers. Der Leistungsanspruch entspricht demnach mindestens immer dem Leistungsumfang der Empfängerkrankenkasse. Dementsprechend hat der Spender auch einen Anspruch auf bei der Empfängerkrankenkasse bestehende Satzungsleistungen. Zu ggf. weitergehenden Leistungsansprüchen des Spenders siehe Abschnitt 8.8 [„Über das Dritte Kapitel des SGB V hinausgehende Leistungsansprüche“](#).

In Fällen, in denen sich aufgrund der (Vor-)Untersuchungen (siehe Abschnitt 8.4 „Vor- und Nachuntersuchungen“) des Spenders ergibt, dass dieser für eine Spende nicht geeignet ist oder aufgrund anderer Gründe (z. B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Tod des Empfängers, Negativ-Entscheidung durch Spender) eine Spende nicht erfolgt bzw. diese im Verlauf des Prozesses aus medizinischen Gründen abgebrochen wird, besteht ebenfalls ein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen. Infolgedessen entspricht der Leistungsanspruch eines potenziellen Spenders grundsätzlich dem Leistungsanspruch eines tatsächlichen Spenders.

Leistungsansprüche nach § 27 Abs. 1a SGB V sowie § 44a SGB V haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Spender, insbesondere auch privat Krankenversicherte, um der Ausnahmesituation für Spender und deren Einsatz für die Solidargemeinschaft im Gemeinwohlinteresse besonders Rechnung zu tragen.

Zudem gilt auch im Zusammenhang mit einer Spende der Grundsatz, dass die Ansprüche des Spenders auf diejenigen Maßnahmen begrenzt sind, die nach objektiven Maßstäben als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich anzusehen sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V), wie z. B. die Auswahl eines Beförderungsmittels nach medizinischen Kriterien.

Darüber hinaus kann das Wirtschaftlichkeitsgebot z. B. auch zu der Frage zum Tragen kommen, ob medizinisch notwendige Nachsorgeuntersuchungen im ggf. weiter entfernt liegenden Transplantationszentrum oder am Wohnort des Versicherten – unter der Voraussetzung, dass die gebotenen qualitativen Anforderungen an die Untersuchungen erfüllt werden und keine medizinischen Nachteile daraus resultieren – durchgeführt werden können.

8.3 Ersttypisierung von Stammzellspendern

Die Ersttypisierung verwandter Stammzellspender zur Bestimmung der Gewebemerkmale aus einer Blutprobe oder dem Speichel gehört – unabhängig von der Art der Stammzellspende – nach § 27 Abs. 1a SGB V zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kosten sind daher von der Krankenkasse des Empfängers zu übernehmen.

Die Ersttypisierung nicht verwandter Stammzellspender (unabhängig von der Art der Stammzellspende) ist hingegen keine Leistung der GKV und nicht von § 27 Abs. 1a SGB V umfasst. Die Leistungspflicht der Krankenkasse des Empfängers kann nur dann bestehen, wenn die Leistungen im Zusammenhang mit der Stammzellspende für einen – konkreten – Empfänger notwendig sind und damit diesem tatsächlich zugeordnet werden können. Die Ersttypisierung eines potenziellen Spenders erfolgt in der Regel zur Aufnahme in eine Spenderdatei. Ob es zu einer Spende kommt

und ggf. für welchen Empfänger steht dabei zum Zeitpunkt der Ersttypisierung nicht fest. Der Ersttypisierung liegt damit kein konkreter Versicherungsfall zu Grunde.

Eine Kostenübernahme für die Ersttypisierung durch die GKV scheidet auch im Rahmen von gezielten, öffentlichen Spendenaufrufen für eine konkret benannte Person (z. B. durch Spenderdateien) aus. Hintergrund hierfür ist, dass die Krankenkassen die im Dritten Kapitel des SGB V genannten – und somit auch die unter § 27 Abs. 1a SGB V aufgeführten – Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung stellen, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Des Weiteren haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Leistungen entsprechen dann dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, wenn Qualität und Wirksamkeit durch wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse belegt werden. Nur Leistungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, sind zweckmäßig und stehen mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V im Einklang.

Um einen geeigneten nicht verwandten Spender zu finden, steht ein über das ZKRD organisiertes Verfahren zur Verfügung. Wenn kein geeigneter deutscher Spender gefunden wird, sucht das ZKRD weltweit in internationalen Datenbanken. Damit kann weltweit auf mehrere Millionen potenzielle Spender zurückgegriffen werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Chance, einen geeigneten Spender zu finden, nicht in dem gleichen Maße steigt wie die Erhöhung der Anzahl der Spender. Ab einer gewissen Anzahl von Spendern wird das Auftreten neuer Gewebemerkmale immer seltener. Dies hat zu der Erkenntnis geführt, dass eine Erhöhung der heute erreichten Spenderzahl weniger Nutzen für die Patientin bzw. den Patienten bringt als die Durchführung einer weiteren Blutuntersuchung bei den bereits gewonnenen Spendern (vgl. hierzu stellvertretend die Antwort der Bundesregierung über die Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit, Marion Caspers-Merk, vom 26.06.2008 zur schriftlichen Anfrage des Abgeordneten Dr. Ilja Seifert [DIE LINKE.], BT-Drs. 16/10199 vom 05.09.2008, Seite 84 bis 86). Vor diesem Hintergrund können Ersttypisierungen nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen.

8.4 Vor- und Nachuntersuchungen

Vom Leistungsanspruch nach § 27 Abs. 1a SGB V umfasst sind u. a. die für den Spender notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen. Hierzu gehören neben dem im Hinblick auf die geplante Spende medizinisch erforderlichen „check-up“ des Spenders zur Feststellung, ob dieser für eine

Spende in Frage kommt, auch die weiterführenden und direkt spendenbezogenen Untersuchungen sowie die medizinisch erforderliche Nachsorge des Spenders.

§ 8 Abs. 3 Satz 1 TPG regelt die Verpflichtung des Spenders zur Teilnahme an Nachsorgemaßnahmen. So darf bei einem Lebenden die Entnahme von Organen erst dann durchgeführt werden, nachdem sich sowohl der Spender als auch der Empfänger zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt haben.

Hingegen ist es für die Entnahme von Geweben lediglich erforderlich, dass sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat.

Nachsorgeuntersuchungen können für den Spender ggf. lebenslänglich medizinisch notwendig sein, wobei das Nachsorgeintervall je nach Art der Spende, medizinischer Notwendigkeit der Untersuchung und Zeitpunkt der Spende variieren kann.

8.5 Krankenhausbehandlung

Zum Leistungsanspruch des Spenders gehört ebenfalls die Krankenhausbehandlung unter den Voraussetzungen des § 39 SGB V.

8.6 Fahrkosten

Vom Leistungsanspruch des Spenders umfasst ist auch die Übernahme der Kosten für Fahrten im Zusammenhang mit der Spende

- zu medizinisch erforderlichen Voruntersuchungen sowie
- weiterführenden und direkt spendenbezogenen Untersuchungen des Spenders,
- zur Spende (Hin- und Rückfahrt zum bzw. vom Krankenhaus) und
- zu notwendigen Nachuntersuchungen nach der Spende.

Unerheblich ist es, ob die im Rahmen der Nachbetreuung nach § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG erforderlichen Kontrolluntersuchungen des Spenders im Krankenhaus innerhalb der nachstationären Behandlung bzw. nach Beendigung der nachstationären Behandlung im Rahmen des § 115a Abs. 2 Sätze 4 und 7 SGB V oder aber im Rahmen der ambulanten Behandlung erfolgen.

Die in § 8 KrTrRL geregelten Ausnahmekriterien für Fahrten zur ambulanten Krankenbehandlung sind im Zusammenhang mit einer Spende nach §§ 8 und 8a TPG nicht anwendbar.

Als Fahrkosten werden anerkannt

1. bei Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis unter Ausschöpfen von Fahrpreisermäßigungen,
2. bei Benutzung eines Taxis oder Mietwagens, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, der nach § 133 SGB V berechnungsfähige Betrag,
3. bei Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach § 133 SGB V berechnungsfähige Betrag,
4. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für jeden gefahrenen Kilometer den jeweils auf Grund des Bundesreisekostengesetzes (BRKG) festgesetzten Höchstbetrag für Wegstreckenentschädigung, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nummer 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

Im Zusammenhang mit Fahrkosten nach Nummer 4 gilt – wie auch normalerweise bei der Gewährung von Fahrkosten – der nach § 5 Abs. 1 BRKG festgesetzte Betrag je Kilometer (2015: 20 Cent), wobei der in § 5 Abs. 1 BRKG für die Wegstreckenentschädigung vorgesehene Höchstbetrag (2015: 130 € bzw. 150 €) als Deckelung der zu übernehmenden Fahrkosten nicht zum Tragen kommt.

Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall (siehe Abschnitt „Leistungsumfang“).

Zum Anspruch auf Übernahme von Fahrkosten, die im Zusammenhang mit der Vorstellung bei einer nach Landesrecht zuständigen Kommission anfallen, siehe Abschnitt 8.11 „Gutachtenerstellung einer nach Landesrecht zuständigen Kommission“.

8.7 Zuzahlungen und Mehrkosten

Gemäß § 27 Abs. 1a Satz 3 SGB V haben Spender keine Zuzahlungen zu entrichten. Dies betrifft alle maßgeblichen Zuzahlungen nach dem SGB V (§ 61 SGB V).

Sofern im Zusammenhang mit Leistungen nach dem SGB V Mehrkosten, z. B. für Arzneimittel, für die eine Leistungspflicht nur in Höhe des Festbetrages besteht, vorgesehen sind, sind diese vom Spender zu tragen.

8.8 Über das Dritte Kapitel des SGB V hinausgehende Leistungsansprüche

Um sicherzustellen, dass für den Spender mit der Spende keine Einschränkung seiner krankenversicherungsrechtlichen Absicherung verbunden ist, sieht § 27 Abs. 1a Satz 2 2. Halbsatz SGB V ausdrücklich vor, dass die Krankenkasse des Empfängers auch die Kosten für solche Leistungen zu tragen hat, die über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (Drittes Kapitel des SGB V) hinausreichen. Voraussetzung ist, dass der Umfang des Versicherungsschutzes des Spenders solche Leistungen vorsieht. Weitergehende Leistungsansprüche können dabei zum einen auf der Grundlage einer privaten Krankenvoll- oder Krankenzusatzversicherung und zum anderen im Rahmen von Wahltarifen der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 53 SGB V) oder von in der Satzung vorgesehenen Mehrleistungen in Betracht kommen und umfassen sowohl Sach- und Dienstleistungen (z. B. Chefarztbehandlung, Zweibettzimmeranspruch, Haushaltshilfe) als auch Geldleistungen (Krankentagegeld, Krankenhaustagegeld, Wahltarifkrankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V).

Der Anspruch auf über das Dritte Kapitel des SGB V hinausgehende Leistungen ist der Krankenkasse des Empfängers entsprechend, z. B. durch Vorlage des Versicherungsvertrages, nachzuweisen. Soweit im Versicherungsvertrag für diese „zusätzlichen“ Leistungen entsprechende Selbstbehalte oder Eigenanteile vorgesehen sind, ist die Übernahme dieser Selbstbehalte oder Eigenanteile nicht von der Leistungspflicht der GKV erfasst.

8.8.1 Bonuszahlungen

Bonuszahlungen, die einem Spender auf der Grundlage seines Versicherungsvertrages bei Verzicht auf vereinbarte (Zusatz-)Leistungen, z. B. des Zweibettzimmers oder sonstiger ersparter Aufwendungen, in Aussicht gestellt werden, sind nach § 27 Abs. 1a Satz 2 2. Halbsatz SGB V nicht zu erstatten. Der Spender soll zwar gegenüber seinen normalerweise greifenden vertraglichen Leistungsansprüchen im Rahmen einer Spende nicht schlechter gestellt werden. Allerdings können Zahlungen aufgrund von Ersparnissen des Versicherungsträgers durch – bewusst oder unbewusst erfolgten – Verzicht auf Leistungen in diesem Zusammenhang nicht gemeint sein. Des Weiteren geht mit der Regelung die Zielsetzung einher, den Spender vor durch die Spende bedingten Nachteilen in Bezug auf seine krankenversicherungsrechtliche Absicherung zu schützen. Die Erstattung von Ersparnissen aufgrund des Verzichts auf Leistungen würde diese Zielsetzung konterkarieren.

8.8.2 Erstattung des Verdienstauffalls nach § 27 Abs. 1a SGB V

Die Erstattung eines aufgrund einer Spende entstandenen Verdienstauffalls eines Spenders erfolgt grundsätzlich als Krankengeld nach § 44a SGB V (siehe Abschnitt 9. „§ 44a SGB V – Krankengeld bei Spende“). Entsteht im Zusammenhang mit spendebedingten Untersuchungen, ohne dass diese selbst eine Arbeitsunfähigkeit bedingen, ein Verdienstauffall, ist dieser nach § 27 Abs. 1a Satz 2 SGB V in Höhe des ausgefallenen Nettoverdienstes zu erstatten.

Das Krankengeld nach § 44a SGB V wird in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens geleistet; begrenzt auf die Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze zur Krankenversicherung. Sofern der Verdienstauffall durch das Krankengeld nach § 44a SGB V wegen der Begrenzung des Krankengeldanspruchs nicht vollständig ausgeglichen werden kann, kann nach § 27 Abs. 1a Satz 2 SGB V ein weitergehender Anspruch auf Erstattung des Verdienstaufalles bestehen, wenn ein solcher Anspruch vom Versicherungsschutz des Spenders umfasst ist.

Bei der Beurteilung dieser weitergehenden Leistungsansprüche ist auf den im Versicherungsvertrag/Wahltarif des Spenders individuell vereinbarten Versicherungsschutz abzustellen. Hierbei kann auf eine detaillierte Prüfung des ausfallenden Arbeitsentgeltes oder Arbeitseinkommens aus Praktikabilitätsgründen verzichtet werden, weil eine Überversorgung bereits durch § 192 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz i.V.m. § 4 Abs. 2 der Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung bei Vertragsabschluss durch das Versicherungsunternehmen geprüft werden muss.

Beispiel 6 – Verdienstauffallerstattung aufgrund weitergehenden Versicherungsschutzes

Anspruch auf Krankentagegeld laut Versicherungsvertrag	
des Spenders kalendertäglich in Höhe von	150,00 €
(hier:) Auszuzahlendes kalendertägliches Höchst-Krankengeld nach	
§ 44a SGB V im Monat März 2015 (BBG 2015 4125,00 € : 30 Tage)	137,50 €
Leistungsanspruch nach § 27 Abs. 1a SGB V	12,50 €

Der Spender besitzt aufgrund seines Versicherungsschutzes einen über den Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V hinausgehenden Anspruch auf Erstattung des Verdienstauffalls.

Bei der Erstattung eines weitergehenden Verdienstauffalls nach § 27 Abs. 1a SGB V ist – entgegen dem Krankengeldanspruch nach § 44a SGB V (siehe Abschnitt 9.3 „Höhe und Berechnung des Krankengeldes“) – auch der individuell vereinbarte Versicherungsschutz zu beachten, demnach sind z. B. vereinbarte Wartezeiten zu berücksichtigen.

Unterschreitet der vertraglich vereinbarte Leistungsanspruch die Höhe des Krankengeldes nach § 44a SGB V, erfolgt keine Kürzung. Zur Berechnung des Krankengeldes siehe Abschnitt 9.3 „Höhe und Berechnung des Krankengeldes“.

8.9 Spenden mit Auslandsbezug

8.9.1 Grundsatz

Die im Rahmen des § 27 Abs. 1a SGB V vorgesehenen Leistungsansprüche gelten gleichermaßen für Spender aus dem Ausland; unabhängig davon, ob die Spende letztlich tatsächlich vollzogen wird oder nicht (z. B. aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustandes, des Todes des Empfängers oder einer Negativ-Entscheidung durch den Spender). Kostenträger ist auch in diesen Fällen der Versicherungsträger des Empfängers. Demnach umfasst der Leistungsanspruch nicht nur die Untersuchungen bzw. Behandlungen in Deutschland sondern auch die Übernahme der Fahrkosten aus dem Ausland nach Deutschland sowie zurück und die Erstattung des entstandenen Verdienstauffalls.

Zudem gilt auch hier das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V (siehe Abschnitt 8.2 „Leistungsumfang“), das sich z. B. auf die Prüfung, ob die im Zusammenhang mit der Spende medizinisch erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen des Spenders bereits an dessen Wohnort im Ausland durchgeführt werden könnten, bezieht. Vor- und Nachuntersuchungen können jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die gebotenen qualitativen Anforderungen an die Untersuchungen zur Spende den deutschen Vorgaben nach dem TPG und TFG zumindest gleichwertig sind, im Ausland durchgeführt werden. Ob die Vorgaben erfüllt werden, ist durch das zuständige Transplantationszentrum zu überprüfen.

8.9.2 Besonderheiten im Zusammenhang mit Lebendorganspenden innerhalb der EU, des EWR bzw. der Schweiz

Am 10.08.2012 ist im Amtsblatt der Europäischen Union die Empfehlung Nr. S1 der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit vom 15.03.2012 (Anlage 2) veröffentlicht worden. Sie befasst sich mit den finanziellen Aspekten grenzübergreifender

Lebendorganspenden. Ziel dieser Empfehlung ist es, die Ansprüche der Lebendspender von Organen in grenzüberschreitenden Fällen innerhalb der EU, des EWR oder in Bezug auf die Schweiz klarzustellen. Dies gilt insbesondere, wenn zwischen den nationalen Krankenversicherungssystemen Unterschiede bestehen, die dazu führen würden, dass der Krankenversicherungsschutz des „grenzübergreifenden“ Organspenders nicht vollständig gewährleistet ist. Zwar hat die Empfehlung Nr. S1 vom 15.03.2012 „nur“ empfehlenden Charakter für die EU-Staaten, die weiteren Staaten des EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie die Schweiz, dennoch sollte diese im Zuge einer einheitlichen Rechtsanwendung umgesetzt werden. Hierfür spricht – neben der Zustimmung zur Empfehlung durch die Bundesrepublik Deutschland –, dass auch aus den in der Empfehlung genannten Gründen keine Ausnahmetatbestände hervorgehen, in denen die Empfehlung nicht zur Anwendung gelangen soll.

Zu beachten ist, dass sich die Empfehlung der Verwaltungskommission lediglich auf die Fälle der Lebendorganspende bezieht. In Fällen der Spende von Knochenmark bzw. von Blut oder anderen Blutbestandteilen zur Separation von Blutstammzellen gilt die Empfehlung der Verwaltungskommission demnach nicht; es gelten die Ausführungen unter Abschnitt 8.9.1 „Grundsatz“.

Darüber hinaus erlangt die Empfehlung „lediglich“ für die Staaten innerhalb der EU, des EWR und der Schweiz Bedeutung. Für alle anderen Staaten gelten ausschließlich die Aussagen unter Abschnitt 8.9.1 „Grundsatz“.

Nach der von der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gegebenen Empfehlung Nr. S1 vom 15.03.2012 ist bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Zusammenhang mit der Lebendorganspende wie folgt vorzugehen:

Die zuständigen Behörden des Organempfängers bemühen sich um eine dem Gebot der Menschlichkeit entsprechende Lösung und erstatten dem Spender die für die grenzübergreifende Lebendspende notwendigen Sachleistungen, sofern die auf den Organspender anzuwendenden Rechtsvorschriften keinen Sachleistungsanspruch für den Spender vorsehen (Absatz 2 der Empfehlung).

Im Gegensatz zum Verfahren bei den Sachleistungen sollen die zuständigen Behörden des Organspenders den aufgrund der Organspende entstandenen Verdienstaufschlag gemäß den von ihnen anzuwendenden Rechtsvorschriften für Arbeitsunfähigkeit erstatten (Absatz 3 der Empfehlung).

8.9.3 Spender aus der EU, dem EWR bzw. der Schweiz – Empfänger ist GKV-versichert

Wie bereits unter Abschnitt 8.9.1 „Grundsatz“ beschrieben, gelten die im Rahmen des § 27 Abs. 1a SGB V vorgesehenen Leistungsansprüche gleichermaßen für Spender aus dem Ausland, wobei

es unerheblich ist, ob die Spende tatsächlich vollzogen wird. Demnach werden die Kosten für die medizinisch notwendigen Sachleistungen und die Erstattung des entstandenen Verdienstauffalls des (ausländischen) Organspenders grundsätzlich durch die für den Organempfänger zuständige deutsche Krankenkasse übernommen.

Dieser Grundsatz gilt nicht, wenn die „normalerweise“ auf den Organspender anzuwendenden Rechtsvorschriften (seines Heimatlandes) einen Anspruch auf die im Zusammenhang mit der Organspende notwendigen Sachleistungen und Erstattung des entstandenen Verdienstauffalls für den Spender vorsehen. In diesen Fällen soll gemäß der Empfehlung der für den Organspender „normalerweise“ zuständige Träger die Kosten für die anfallenden Sachleistungen (Absatz 2) und die Erstattung des entstandenen Verdienstauffalls (Absatz 3) übernehmen.

Zur Sicherstellung der Kostenübernahme von Leistungen für den Organspender soll grundsätzlich die Krankenkasse des Organempfängers beim Versicherungsträger des Organspenders anfragen, ob dieser die in Bezug auf den Organspender anfallenden Kosten für Sachleistungen bzw. die Erstattung des Verdienstauffalls übernimmt. Da dies u. a. ggf. mit einem größeren Zeitaufwand verbunden ist, der in den Fällen der Lebendorganspende oftmals nicht zur Verfügung steht, sollte regelmäßig der Organempfänger – wenn zwischen ihm und dem Spender ein enger Kontakt besteht – gebeten werden, eine solche Bestätigung (der Übernahme bzw. der nicht erfolgenden Übernahme von anfallenden Kosten für den Spender durch dessen Krankenversicherung bzw. dessen ausländischen Träger) über den Spender einzuholen und diese vorzulegen.

Sehen die Rechtsvorschriften des ausländischen Trägers die Übernahme der Sachleistungskosten für den Spender nicht vor oder lässt sich die Zuständigkeit des ausländischen Trägers nicht rechtzeitig klären, sind diese gemäß § 27 Abs. 1a SGB V von der Krankenkasse des Organempfängers zu übernehmen. Wird die Übernahme der Kosten vom ausländischen Träger bestätigt, ist dieser vorrangig leistungspflichtig. Dies gilt auch, wenn der Leistungsanspruch des ausländischen Trägers nicht so weitgehend ist, wie der Anspruch gegenüber einer deutschen Krankenkasse (z. B. evtl. Nichtzahlung von Fahrkosten).

Ein dem Spender entstehender Verdienstauffall ist grundsätzlich von dem für ihn zuständigen (ausländischen) Versicherungsträger im Rahmen der bei Arbeitsunfähigkeit anzuwendenden Rechtsvorschriften zu ersetzen. Besteht für den ausländischen Organspender nach dem für ihn geltenden nationalen Recht kein oder nur ein teilweiser Anspruch auf Erstattung des Verdienstauffalls, so ist dieser bzw. nur der weitergehende Verdienstauffall im Rahmen des § 27 Abs. 1a SGB V als Krankengeld nach § 44a SGB V von der Krankenkasse des Organempfängers zu erstatten.

8.9.4 Spender ist GKV-versichert – Empfänger aus dem Ausland (EU/EWR bzw. der Schweiz)

In Fällen, in denen ein bei einer deutschen Krankenkasse Versicherter ein Organ für einen im Ausland versicherten Empfänger spendet, besteht für den Spender kein Anspruch auf Leistungen nach §§ 27 Abs. 1a und § 44a SGB V. Ausschlaggebend hierfür ist, dass der Leistungsanspruch nach § 27 Abs. 1a SGB V nur dann für einen Organspender vorgesehen ist, wenn der Organempfänger bei einer deutschen Krankenkasse versichert ist. Zudem sieht das Gesetz keine rechtliche Grundlage für Ansprüche des Spenders auf im Zusammenhang mit der Organspende medizinisch notwendige Leistungen gegenüber seinem Versicherungsträger vor. Dementsprechend wäre der Versicherungsträger des ausländischen Empfängers für die Übernahme der Kosten und die Erstattung des Verdienstauffalls zuständig.

Besteht aufgrund der für den ausländischen Organempfänger anzuwendenden nationalen Rechtsvorschriften kein Anspruch auf Erstattung des Verdienstauffalls für den Organspender, ist zur Vermeidung einer Versorgungslücke der entstandene Verdienstauffall durch dessen Krankenkasse zu erstatten. Dem Organspender ist der entstandene Verdienstauffall in der Höhe zu erstatten, wie es das jeweils nationale Recht bei Arbeitsunfähigkeit vorsieht, demnach für GKV-versicherte Organspender nach § 44a SGB V. Sofern die für den ausländischen Organempfänger anzuwendenden nationalen Rechtsvorschriften einen (ggf. nur teilweisen) Anspruch auf Erstattung des Verdienstauffalls für den „grenzübergreifenden“ Organspender vorsehen, liegt eine Versorgungslücke für den Organspender nicht vor, weshalb eine weitergehende Erstattung des Verdienstauffalls durch die Krankenkasse des Organspenders nicht mehr vorzunehmen ist.

Bei einer Anfrage des ausländischen Trägers, ob Leistungen für den Spender übernommen werden, ist diesem demnach mitzuteilen, dass die auf den Organspender entfallenden Kosten für Sachleistungen nicht und der entstandene Verdienstauffall nur bei fehlendem Anspruch gegenüber dem ausländischen Träger übernommen werden können.

8.10 Besonderheiten im Rahmen der Leistungspflicht der privaten Krankenversicherung für gesetzlich krankenversicherte Spender

Die Private Krankenversicherung hat eine Selbstverpflichtungserklärung abgegeben. In dieser hat sie sich verpflichtet, im Falle einer Organ- oder Gewebespende nach § 8 und § 8a TPG zugunsten eines privat krankenversicherten Organempfängers die aus der Spende entstehenden Kosten des Organspenders (ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitationsmaßnahmen sowie Fahr- und Reisekosten) in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes und den nachgewiesenen Verdienstauffall zu erstatten. Dies gilt unabhängig vom Versicherungsstatus des Spenders, also auch für gesetzlich krankenversicherte Personen.

Der Versicherungsvertrag des privaten Krankenversicherungsunternehmens kann Selbstbehalte für den Empfänger vorsehen, die dieser selbst zu tragen hat. Selbstbehalte, die im Versicherungsvertrag des privat versicherten Empfängers vorgesehen sind, wirken sich nicht zu Lasten des Spenders aus (siehe [Anlage 1, Abschnitt 2f](#)).

Handelt es sich bei dem Empfänger um einen privat Krankenversicherten mit Beihilfeanspruch, erstatten die private Krankenversicherung des Empfängers und der Beihilfeträger die aus der Spende entstehenden Kosten des Spenders anteilig.

8.11 Gutachtenerstellung einer nach Landesrecht zuständigen Kommission

Eine gutachtliche Stellungnahme einer nach Landesrecht zuständigen Kommission zur Frage, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 TPG ist, ist Zulässigkeitsvoraussetzung der Lebendspende (§ 8 Abs. 3 Satz 2 TPG). Die Gutachtenerstellung durch die Kommission wird nicht mit Fallpauschalen vergütet und ist folglich gesondert abrechenbar. Als zwingend erforderliche Leistungen im Rahmen der Lebendspende wird die Gutachtenerstellung der Lebendspende-Kommission demnach ebenfalls grundsätzlich von der gesetzlichen Krankenversicherung des Organempfängers getragen, sofern auf Landesebene keine vorrangigen gesetzlichen Regelungen oder vergleichbare Vereinbarungen zur Kostenübernahme durch die Länder bestehen (z. B. Kammergesetze für Heilberufe). Die Kostenübernahmeverpflichtung besteht auch, wenn es nach der gutachtlichen Stellungnahme nicht zur Lebendspende durch den potenziellen Spender kommt.

Ebenfalls von der Krankenkasse des Organempfängers zu tragen sind – sofern hierfür auf Landesebene keine vorrangigen gesetzlichen Regelungen oder vergleichbare Vereinbarungen zur Kostenübernahme durch die Länder bestehen – die im Zusammenhang mit der Vorstellung bei der nach Landesrecht zuständigen Kommission anfallenden Fahrkosten des Spenders. Zu beachten sind hierbei ebenfalls die unter Abschnitt 8.2 „[Leistungsumfang](#)“ aufgeführten Wirtschaftlichkeitsgrundsätze sowie die Ausführungen unter Abschnitt 8.6 „[Fahrkosten](#)“.

8.12 Abgrenzung zur Unfallversicherung

Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nach § 11 Abs. 5 SGB V nicht, sofern Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beansprucht werden können (siehe Abschnitte 12.–14. „[§§ 2, 12a, 213 SGB VII](#)“).

Für die Blut-, Organ- oder Gewebespende besteht nach § 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung, so dass beim Eintritt von Gesundheitsschäden im Sinne des § 12a SGB VII (siehe Abschnitt 4.8 „Gesundheitsschaden bei der Spende“) eine vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen kann. Dies gilt unabhängig vom Versicherungsstatus des Spenders.

Gleiches gilt in Fällen, in denen die Spende als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlich wird (siehe Abschnitt 4.9.6 „Spende als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit“).

Die bei der Zuständigkeitsabgrenzung erforderliche Klärung von Kausalitätsfragen darf nicht zu Lasten der Spender gehen. Im SGB VII wurde hierzu neu geregelt, dass ein Gesundheitsschaden, der über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und in ursächlichem Zusammenhang mit der Spende steht, als Versicherungsfall gilt. Werden Nachbehandlungen erforderlich oder treten Spätschäden auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird vermutet, dass diese entsprechend verursacht worden sind. Dies gilt nicht, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht.

§ 27 Abs. 1a Satz 5 SGB V sieht vor, dass für die Behandlung von Folgeerkrankungen des Spenders dessen Krankenkasse zuständig ist, sofern der Leistungsanspruch nicht nach § 11 Abs. 5 SGB V ausgeschlossen ist. Ein derartiger die Leistungspflicht der Krankenkasse des Spenders begründender Fall erscheint jedoch nicht denkbar. Demnach dürfte bei Folgeerkrankungen regelmäßig eine Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben sein.

8.13 Abgrenzung zur Rentenversicherung

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, welche im Zusammenhang mit der notwendig sind, ist grundsätzlich die Krankenkasse des Empfängers zuständig.

Ist kein Zusammenhang mit der Spende gegeben, z.B. bei einem Herzinfarkt während der Genesungszeit, so ist die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers entsprechend zu prüfen.

8.14 Datenschutz

In § 27 Abs. 1a Satz 7 SGB V wird klargestellt, dass die Krankenkasse des Spenders mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger umfassender Information des Spenders befugt ist, die für

die Leistungserbringung nach § 27 Abs. 1a Sätze 1 und 2 SGB V erforderlichen personenbezogenen Daten an die Krankenkasse bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen des Empfängers zu übermitteln.

Die Einwilligung und vorherige Information des Spenders hat auch die Verarbeitung und Nutzung der Daten durch deren Empfänger zu umfassen. Die übermittelten Daten dürfen von deren Empfängern nur mit Einwilligung der Spender und ausschließlich für die Leistungserbringung im Sinne des § 27 Abs. 1a Sätze 1 und 2 SGB V verarbeitet und genutzt werden. Die Befugnis, die Zweckbindung und das Einwilligungserfordernis gelten ausdrücklich auch für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Krankenversicherungspflichtige.

Zwischen den Krankenkassen können aufgrund dieser Befugnisnorm z. B. Angaben zum Versichertenstatus, zum Arbeitgeber oder Einkommensdaten bei freiwillig versicherten Mitgliedern (Selbstständigen) zur Berechnung des Krankengeldes nach § 44a SGB V ausgetauscht werden. Für den Bereich der Künstlersozialversicherung gilt insoweit, dass die leistungspflichtige Krankenkasse die Daten direkt bei der Krankenkasse des nach dem KSVG versicherten Spenders abfragen kann. Letztere verfügt über diese Daten (vgl. § 28a Abs. 13 SGB IV). Die Künstlersozialkasse wird grundsätzlich nicht eingeschaltet.

Während die Sozialversicherungsträger die notwendigen Daten aufgrund der §§ 67a – d und 69 SGB X verarbeiten (d.h. speichern, verändern und übermitteln – § 67 Abs. 6 SGB X) und nutzen (wobei § 27 Abs. 1a SGB V als Spezialvorschrift zu beachten ist), finden für die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes Anwendung.

9. § 44a SGB V – Krankengeld bei Spende

§ 44a SGB V – Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

Spender von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen nach § 27 Absatz 1a Satz 1 haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht. Das Krankengeld wird den Spendern von der Krankenkasse der Empfänger in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze geleistet. Für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtige Spender ist das ausgefallene Arbeitseinkommen im Sinne von Satz 2 aus demjenigen Arbeitseinkommen zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat. § 44 Absatz 3, § 47 Absatz 2 bis 5, die §§ 47b, 49 und 50 gelten entsprechend; Ansprüche nach § 44 Absatz 1 und 4 sind gegenüber Ansprüchen nach dieser Vorschrift ausgeschlossen. Ansprüche nach dieser Vorschrift haben auch nicht gesetzlich krankenversicherte Personen.

9.1 Allgemeines

Mit der gesetzlichen Neuregelung des Krankengeldes bei der Spende wird ein modifizierter Krankengeldanspruch für Spender vorgesehen, wenn eine im Rahmen des TPG oder des TFG erfolgende Spende sie arbeitsunfähig macht. Hierdurch wird die bisherige Praxis der Krankenkassen zur Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften für diesen Personenkreis auf eine gesetzliche Grundlage gestellt und für die erforderliche Rechtssicherheit sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Krankenkassen gesorgt.

Eine elektronische Übermittlung der zur Berechnung des Krankengeldes notwendigen Daten ist nach § 107 Abs. 1 Satz 8 SGB IV durch den Arbeitgeber bei einer spendebedingten Arbeitsunfähigkeit nicht durchzuführen. Die Übermittlung erfolgt daher mittels einer schriftlichen Entgeltbescheinigung. Einheitliche Muster für Entgeltbescheinigungen siehe [Anlage 4](#) und [Anlage 5](#).

9.2 Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V

Der Anspruch auf Krankengeld setzt nach § 44a Abs. 1 Satz 1 SGB V u. a. voraus, dass eine Spende den Spender arbeitsunfähig macht. Es kommt nicht auf eine Mitgliedschaft des Spenders oder Empfängers mit Anspruch auf Krankengeld an. In § 44a SGB V ist zudem ausdrücklich bestimmt, dass auch gesetzlich nicht krankenversicherte Personen, insbesondere privat krankenversicherte Personen, einen Anspruch haben, um der Ausnahmesituation für Spender und deren Einsatz für die Solidargemeinschaft im Gemeinwohlinteresse besonders Rechnung zu tragen.

Der Spender hat einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V gegenüber der Krankenkasse, bei welcher der Empfänger der Spende versichert ist.

Eine Krankengeldzahlung kann lediglich dann erfolgen, wenn auch ein Ausfall von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen vorliegt.

Im Zusammenhang mit Krankengeld nach § 44a SGB V kann § 46 SGB V aufgrund des fehlenden Bezuges nicht angewandt werden, weshalb der Anspruch auf Krankengeld ohne etwaige Wartezeiten bereits mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit entsteht.

Für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige, die eine Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V abgegeben haben und deren Anspruch auf Krankengeld bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit nach § 46 Satz 2 SGB V erst ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit entsteht, bedeutet der fehlende Bezug, dass der Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V bei spendebedingter Arbeitsunfähigkeit mit deren Beginn entsteht (zu hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen ohne abgegebene Wahlerklärung siehe Abschnitt 9.3.1.5 „Personen, für welche der Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen ist“).

Entsprechendes gilt für die nach dem KSVG Versicherten: durch die Nichtanwendbarkeit des § 46 Sätze 4 und 5 SGB V entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

9.3 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

Für Spender errechnet sich das Krankengeld nach § 44a Satz 2 SGB V aus dem vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen.

Im Rahmen dieses Anspruchs der Spender erfolgt grundsätzlich eine volle Erstattung des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens. Abweichend von der normalen Krankengeldberechnung nach § 47 SGB V sind auch z.B. lohnsteuerfreie Zuschläge zu berücksichtigen.

§ 44a SGB V – Krankengeld bei Spende

Zur Vermeidung einer finanziellen Überforderung der Krankenkassen ist das Krankengeld begrenzt und orientiert sich an der Beitragsbemessung der Krankenversicherung. Das Krankengeld nach § 44a SGB V wird demzufolge in Höhe des ausgefallenen Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, höchstens jedoch bis zur Höhe des Betrages der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung für jeden Tag des Zeitraums des Ausfalls von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen, geleistet. Zusätzlich können jedoch weitere Ansprüche auf Erstattung eines Verdienstaufalles im Sinne des § 27 Abs. 1a SGB V bestehen (siehe Abschnitt 8.8.2 „Erstattung des Verdienstaufalles nach § 27 Abs. 1a SGB V“).

Die Berechnung des Krankengeldes nach § 44a SGB V erfolgt analog den Grundsätzen zur Berechnung des Regelentgelts nach § 47 Abs. 2 bis 5 SGB V. Hierbei bleibt die Regelung des § 47 Abs. 1 SGB V unberücksichtigt; dies bedeutet, dass keine Begrenzung auf 70 % des Bruttoarbeitsentgelts/-einkommens bzw. 90 % des Nettoarbeitsentgelts erfolgt.

Beispiel 7 – Höhe des Krankengeldes bei gleichbleibendem Arbeitsentgelt

Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende ab Montag, 16.03.

Entgeltabrechnung jeweils am 5. des folgenden Monats

Arbeitsentgelt wird monatlich in gleichbleibender Höhe gezahlt

Maßgebender Bemessungszeitraum:

Februar Nettoarbeitsentgelt	3000,00 €
-----------------------------	-----------

kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt (3000,00 € : 30 Tage)	100,00 €
---	----------

Auszuzahlendes kalendertägliche Krankengeld nach § 44a SGB V	100,00 €
---	-----------------

Das Krankengeld nach § 44a SGB V beträgt 100 v.H. des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts.

§ 44a SGB V – Krankengeld bei Spende

Beispiel 8 – Höhe des Krankengeldes bei Stundenlohn

Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende ab Montag, 20.03.

Entgeltabrechnung jeweils am 5. des folgenden Monats

Arbeitsentgelt wird nach den tatsächlich geleisteten Stunden gezahlt

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Maßgebender Bemessungszeitraum:

Februar Nettoarbeitsentgelt	3000,00 €
-----------------------------	-----------

Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden	170,00
---------------------------------------	--------

kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt	100,84 €
---------------------------------------	----------

(3000,00 € : 170 Stunden x 40 Stunden : 7)

Auszuzahlendes kalendertägliches Krankengeld nach § 44a SGB V	100,84 €
--	-----------------

Das Krankengeld nach § 44a SGB V beträgt 100 v.H. des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts.

Beispiel 9 – Höhe des Krankengeldes bei schwankendem Arbeitsentgelt

Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende ab Montag, 20.03.

Entgeltabrechnung jeweils am 5. des folgenden Monats

Arbeitsentgelt wird als Akkordlohn monatlich in unterschiedlicher Höhe gezahlt

Maßgebender Bemessungszeitraum:

Februar Nettoarbeitsentgelt	3200,00 €
-----------------------------	-----------

Januar Nettoarbeitsentgelt	2800,00 €
----------------------------	-----------

Dezember d. Vorjahres Nettoarbeitsentgelt	3000,00 €
---	-----------

kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt (9000,00 € : 90 Tage)	100,00 €
---	----------

Auszuzahlendes kalendertägliches Krankengeld nach § 44a SGB V	100,00 €
--	-----------------

Das Krankengeld nach § 44a SGB V beträgt 100 v.H. des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts.

§ 44a SGB V – Krankengeld bei Spende

Beispiel 10 – Kürzung auf die kalendertägliche BBG

Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende ab 20.03.

Entgeltabrechnung jeweils am 5. des folgenden Monats

Arbeitsentgelt wird monatlich in gleichbleibender Höhe gezahlt

Maßgebender Bemessungszeitraum:

Februar Nettoarbeitsentgelt	4200,00 €
-----------------------------	-----------

kalendertägliches Nettoarbeitsentgelt (4200,00 € : 30 Tage)	140,00 €
---	----------

Auszuzahlendes kalendertägliches Krankengeld nach § 44a SGB V

(BBG 2015= 4125,00 € : 30 Kalendertage)	137,50 €
---	-----------------

Das Krankengeld nach § 44a SGB V beträgt grundsätzlich 100 v.H. des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts, jedoch begrenzt auf die Beitragsbemessungsgrenze, demnach im Jahr 2015 begrenzt auf monatlich 4125,00 € (täglich 137,50 €).

Ist der Spender gesetzlich krankenversichert und entsteht nach dem Ende des Krankengeldanspruches nach § 44a SGB V ein Anspruch nach § 44 SGB V, ist zu beachten, dass eine neue Berechnung des Krankengeldes nach den allgemeinen Krankengeldregelungen von der Krankenkasse des Spenders vorzunehmen ist (siehe Abschnitt 9.7 „Zusammentreffen von Krankengeldansprüchen nach § 44a SGB V und § 44 SGB V“).

9.3.1 Besonderheiten

Neben der bereits unter Abschnitt 9.3 „Höhe und Berechnung des Krankengeldes“ genannten Berücksichtigung von lohnsteuerfreien Zuschlägen bei der Berechnung der Höhe des Krankengeldes nach § 44a SGB V sind folgende weitere Besonderheiten zu beachten:

9.3.1.1 Arbeitnehmer

9.3.1.1.1 Einmalzahlungen

Das Krankengeld nach § 44a SGB V entspricht dem regelmäßig erzielten Nettoarbeitsentgelt des Spenders. Es soll das entgangene regelmäßige Arbeitsentgelt ersetzen (Entgeltersatzfunktion). Eine zusätzliche Berücksichtigung der Einmalzahlungen (§ 23a SGB IV) im Sinne des § 47 Abs. 2 Satz 6 SGB V darf daher nicht erfolgen, weil der Spender während der Arbeitsunfähigkeit ein höheres Krankengeld erzielen würde, als Entgelt ausgefallen wäre.

Bei der Ermittlung des regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts ist daher einmalig gezahltes Arbeitsentgelt nicht zu berücksichtigen. Wurde im Bemessungszeitraum einmalig gezahltes Arbeitsentgelt bezogen, ist das Nettoarbeitsentgelt fiktiv aus dem Arbeitsentgelt ohne Einmalzahlung zu berechnen.

9.3.1.1.2 Besonderheiten des Übergangsbereichs

Für Arbeitnehmer im Übergangsbereich nach § 20 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 abweichend zum Krankengeld nach § 44 SGB V (vgl. § 47 Abs. 1 Satz 8) bei der Krankengeldberechnung nach § 44a SGB V berücksichtigt. Daher erfolgt die Nettoarbeitsentgeltberechnung auf der Basis der tatsächlich ausgezahlten Einnahmen.

9.3.1.1.3 Kurzarbeit

Für Spender besteht auch im Falle von Kurzarbeit ein Krankengeldanspruch nach § 44a SGB V. Der Krankengeldanspruch ruht entsprechend § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V im Umfang des Entgeltfortzahlungsanspruchs nach § 3a EntgFG. Da sich bei Kurzarbeit der Entgeltfortzahlungsanspruch allerdings nur auf das durch den Arbeitsausfall reduzierte Entgelt bezieht, ruht der Krankengeldanspruch auch nur in diesem Umfang und nicht vollständig. Das heißt, Arbeitnehmer haben bis zum Ablauf des Entgeltfortzahlungszeitraums neben dem Entgeltfortzahlungsanspruch auch einen teilweisen Anspruch auf Krankengeld.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende auch nach dem Ende des Entgeltfortzahlungsanspruchs nach § 3a EntgFG an, ist hiernach das Krankengeld ungekürzt zu zahlen. Die Höhe des Krankengeldanspruchs richtet sich nach § 47b Abs. 3 SGB V. Eine Unterscheidung der Fälle nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit vor oder während der Kurzarbeit, wie sie bei krankheitsbedingter

Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen ist, ist bei einer spendebedingten Arbeitsunfähigkeit nicht notwendig. Hintergrund ist, dass § 47b Abs. 4 SGB V (aufgrund des § 98 Abs. 3 Nr. 2 SGB III) nicht angewandt werden kann, da hier explizit auf den Entgeltfortzahlungsanspruch aufgrund krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit abgestellt wird. Der Arbeitgeber zahlt daher auch kein Krankengeld in Höhe des Kurzarbeitergeldes. Die Zahlung des Krankengeldes nach § 44a SGB V in Höhe des Spitzbetrages erfolgt durch die Krankenkasse Empfängers. (Siehe Abschnitt 4.6 „Kurzarbeit“ zu § 3a EntgFG)

9.3.1.1.4 Entgeltumwandlung

Das Krankengeld nach § 44a SGB V soll analog dem Krankengeld nach § 44 SGB V den entgangenen Verdienstausfall des Spenders ausgleichen (Entgeltersatzfunktion). Während das Krankengeld nach § 44 SGB V ausschließlich auf Grundlage der beitragspflichtigen Einnahmen zu berechnen ist, wird zur Berechnung des Krankengeldes nach § 44a SGB V auf das regelmäßig erzielte Nettoarbeitsentgelt abgestellt, zu welchem daher abweichend auch die lohnsteuer- und sozialversicherungsfrei umgewandelten Entgeltbestandteile zählen. Bei der Ermittlung des Krankengeldes nach § 44a SGB V sind demnach grundsätzlich auch die umgewandelten Entgelte zu berücksichtigen.

9.3.1.2 Teilnehmer an einem Freiwilligendienst (Freiwilliges soziales und ökologisches Jahr, Bundesfreiwilligendienst)

Für Spender, welche Teilnehmer an einem Freiwilligendienst sind, wird nach § 44a Satz 2 SGB V das Krankengeld in Höhe des vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig erzielten „Nettoarbeitsentgelts“ gewährt, wenn ihnen wegen einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende Arbeitsentgelt ausfällt.

Für Teilnehmer an Freiwilligendiensten besteht ein Anspruch auf Fortzahlung ihrer Bezüge, wenn eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit vorliegt. Sofern Teilnehmer an Freiwilligendiensten aufgrund der Spende an ihrem Dienst gehindert sind (siehe Abschnitt 4.7 „Teilnahme an einem Freiwilligendienst (Freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr, Bundesfreiwilligendienst)“), besteht ein Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge für 6 Wochen; eine Krankengeldzahlung nach § 44a SGB V kommt daher erst hiernach in Betracht.

9.3.1.3 Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem SGB III

Für Spender, welche Arbeitslosengeld beziehen, wird nach § 44a Satz 4 SGB V i.V.m. § 47b SGB V das Krankengeld in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes gewährt.

§ 44a SGB V – Krankengeld bei Spende

§ 146 SGB III sieht für Arbeitslose eine Leistungsfortzahlung für Arbeitsunfähigkeiten nur vor, wenn diese aufgrund einer Krankheit bestehen.

Das Krankengeld für Arbeitslose ist nach § 44a SGB V demnach bereits ab dem Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende zu leisten.

Sofern während der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende eine nicht im Zusammenhang mit der Spende stehende Krankheit hinzutritt, erfolgt auch für den Zeitraum ab Vorliegen alleiniger Arbeitsunfähigkeit aufgrund der hinzugetretenen Krankheit keine Leistungsfortzahlung nach § 146 SGB III durch die Agentur für Arbeit.

9.3.1.4 Künstler und Publizisten

Ist der Spender nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtig, ist das Krankengeld auf Basis des Arbeitseinkommens zu berechnen, das der Beitragsbemessung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Hinblick auf die Spende zugrunde gelegen hat.

Die Regelung für nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherte ist an die bisherige Regelung in § 47 Abs. 4 SGB V angelehnt und trägt den Besonderheiten dieser Gruppe von Versicherten Rechnung.

9.3.1.5 Personen, für welche der Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen ist

Für Spender ist in § 44a SGB V ausdrücklich nicht bestimmt, dass § 44 Abs. 2 SGB V gilt. Dementsprechend besitzen auch die in dieser Bestimmung aufgeführten Personen grundsätzlich einen Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V, sofern ihnen Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen durch die Spende ausfällt. Diese besondere Regelung ist dadurch begründet, dass der Ausnahmesituation für Spender und deren Einsatz für die Solidargemeinschaft im Gemeinwohlinteresse besonders Rechnung zu tragen ist.

Folgende Personengruppen zählen hierzu:

- Hauptberuflich Selbstständige ohne Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- Versicherte ohne Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (i.d.R. unständig Beschäftigte)
- Familienversicherte
- Geringfügig Beschäftigte

- Beschäftigte Rentner im Sinne des § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB V
- Die in § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V genannten Versicherten
- ALG II-Bezieher im Rahmen einer Nebentätigkeit
- Studenten
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen
- Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, die keinen Anspruch auf Übergangsgeld haben
- Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

Sofern der Anspruch auf Krankengeld nach § 44a SGB V endet und währenddessen eine weitere Erkrankung hinzugetreten ist, besteht für die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit allerdings kein weitergehender Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V.

9.3.1.6 Nicht gesetzlich versicherte Spender

Für Spender, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, ist in § 44a Satz 5 SGB V ausdrücklich bestimmt, dass auch diese Personen einen Anspruch auf Krankengeld haben, wenn der Empfänger gesetzlich versichert ist. Dies ist dadurch begründet, dass der Ausnahmesituation für Spender und deren Einsatz für die Solidargemeinschaft im Gemeinwohlinteresse besonders Rechnung zu tragen ist. (Zu ausländischen Spendern siehe Abschnitt 8.9 „[Spenden mit Auslandsbezug](#)“).

Die Berechnung und Höhe des Krankengeldes nach § 44a SGB V erfolgt daher soweit möglich nach den vorgenannten Grundsätzen für die gesetzlich Versicherten (siehe Abschnitt 9.3 „[Höhe und Berechnung des Krankengeldes](#)“).

Bei einer Spende an einen privat krankenversicherten Empfänger erstattet das jeweilige private Krankenversicherungsunternehmen nach der Selbstverpflichtung der Privaten Krankenversicherung vom 9. Februar 2012 (siehe [Anlage 1](#)) dem Spender den nachgewiesenen Verdienstausschlag. Hierfür gilt keine zeitliche oder höhenmäßige Begrenzung. Erleidet der Spender jedoch keinen Verdienstausschlag, weil er einen vorrangigen Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber seinem Arbeitgeber hat, erstattet das private Krankenversicherungsunternehmen anstelle des Verdienstausschlages dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die von ihm zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversicherung.

Entsprechendes gilt für die Leistungen zur Erstattung von ausgefallenen Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit Spenden von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-

rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht.

9.4 Zahlung des Krankengeldes

Das Krankengeld nach § 44a SGB V wird analog der Regelung zum Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V für Kalendertage gezahlt; ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen. Zwar enthält § 44a SGB V keinen Verweis auf § 47 Abs. 1 Satz 7 SGB V, jedoch ist der gesetzgeberischen Intention folgend, sich möglichst an den bereits bestehenden Aussagen zur Berechnung des Krankengeldes nach § 44 SGB V zu orientieren, auch bei der Zahlung des Krankengeldes für einen ganzen Kalendermonat nicht abweichend zu verfahren. Zudem enthält § 44a SGB V einen Verweis auf § 47 Abs. 2 bis 5 SGB V, weshalb diese Berechnungsregelungen auch für dieses Krankengeld entsprechend gelten. Nach § 47 Abs. 2 Satz 3 SGB V ist bei Bezug von nach Monaten bemessenem Arbeitsentgelt oder bei Arbeitsentgelt, das nicht auf Basis von Stunden berechnet werden kann, der 30. Teil des Entgelts als Regelentgelt zu Grunde zu legen. Eine Berechnung nach tatsächlichen Kalendertagen, wie sie bei einer Zahlung des Krankengeldes exakt nach Kalendertagen notwendig wäre, ist gesetzlich nicht vorgesehen.

9.5 Dauer des Anspruches auf Krankengeld

9.5.1 Allgemein

Das Krankengeld nach § 44a SGB V wird für den Zeitraum des Ausfalls von Arbeitseinkünften geleistet. Es handelt sich um den Zeitraum, in dem der Spender im Hinblick auf die Spende bei einem komplikationslosen Verlauf arbeitsunfähig ist.

Aufgrund dessen, dass § 44a SGB V nicht auf § 48 SGB V verweist, kann entsprechend der Gesetzesbegründung keine Anrechnung der Dauer des Krankengeldbezugs nach § 44a SGB V auf die Dauer des Krankengelds nach § 44 Abs. 1 SGB V vorgenommen werden. § 44a SGB V ist als „lex spezialis“ anzusehen; § 48 SGB V findet keine Anwendung.

9.5.2 Spende ohne Gesundheitsschaden

Das Krankengeld nach § 44a SGB V wird für die Dauer des komplikationslosen Verlaufs der Spende geleistet.

§ 44a SGB V – Krankengeld bei Spende

Für die Spende sollen die folgenden Zeitangaben und Aussagen als Orientierungshilfe dienen. Je nach individuellem Heilungsverlauf bzw. den beruflichen Anforderungen des Spenders sind Abweichungen hiervon denkbar. Sofern die erfahrungsgemäß übliche Arbeitsunfähigkeitsdauer ohne erkennbare Gründe und unter Beachtung der Besonderheiten überschritten wird, sollte durch die Krankenkasse geprüft werden, ob und ggf. wie lange auf Grund der individuellen Umstände noch Krankengeld nach § 44a SGB V gezahlt werden kann.

Art der Spende	Übliche Dauer der AU	
	Bei leichter bis mittel-schwerer Tätigkeit	Bei schwerer Tätigkeit
Nierenlebendspende	bis 6 Wochen	bis 12 Wochen
Teilleberspende	bis 10 Wochen	bis 20 Wochen
Knochenmarkspende	bis 3 Tage	bis 5 Tage

Wird die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr durch die Spende, sondern nur noch durch eine Krankheit verursacht, endet der Krankengeldanspruch nach § 44a SGB V. Liegen anschließend die Voraussetzungen des § 44 Abs. 1 SGB V vor, so haben die Spender dann insoweit den allgemeinen Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V gegenüber ihrer Krankenkasse, sofern dieser aus ihrem eigenen Versicherungsverhältnis abgeleitet werden kann (zum Anspruch auf Entgeltfortzahlung siehe Abschnitt 4.2 „Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit/Abgrenzung § 3 EntgFG zu § 3a EntgFG“).

9.5.3 Spende mit Gesundheitsschaden

Das Krankengeld nach § 44a SGB V wird für den Regelfall der Spende geleistet. Sofern ein Gesundheitsschaden im Verlauf der Spende auftritt, welcher über die regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und mit der Spende im ursächlichen Zusammenhang steht, liegt nach § 12a SGB VII ein Versicherungsfall der Unfallversicherung im Sinne des § 7 SGB VII vor. Nach § 11 Abs. 5 SGB V besteht auf Leistungen nach dem SGB V kein Anspruch, sofern Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beansprucht werden können (siehe Abschnitt 4.8 „Gesundheitsschaden bei der Spende“ und Abschnitt 8.12 „Abgrenzung zur Unfallversicherung“).

Die Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers beginnt dem Rechtsgedanken der überholenden Kausalität entsprechend erst, wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende tatsächlich beendet und der Gesundheitsschaden alleinige Ursache für die weitere Arbeitsunfähigkeit ist. Die Abgrenzung ist einzelfallabhängig mit dem Unfallversicherungsträger zu klären. Hierbei ist jederzeit sicherzustellen, dass keine Versorgungslücke für den Spender entstehen kann.

Wurde im Einzelfall der Übergang auf den Unfallversicherungsträger geklärt, beauftragt der Unfallversicherungsträger die Krankenkasse des Spenders im Rahmen eines Einzelauftrags mit der Zahlung des Verletztengeldes.

9.6 Ruhen, Ausschluss und Wegfall des Anspruches auf Krankengeld

Auf den Krankengeldanspruch nach § 44a SGB V finden die §§ 49 und 50 SGB V entsprechende Anwendung. Die Berücksichtigung der Ruhens- und Ausschlussstatbestände kommt aber nur insoweit in Betracht, als diese entsprechend angewendet werden können.

Nach der Neuregelung im EntgFG besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen, wenn ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge der Spende, die nach den Regelungen des TPG oder des TFG erfolgt, an seiner Arbeitsleistung verhindert ist. Nach entsprechender Anwendung des § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ruht insoweit der Anspruch nach § 44a SGB V (siehe Abschnitt 4. „[§ 3a EntgFG – Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Spende](#)“).

Die Ruhensregelung des § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zum Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen ist auch für nicht beitragspflichtige Einnahmen von Spendern anzuwenden. Hintergrund ist, dass insbesondere privat krankenversicherte Spender keine beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Der Intention des Gesetzgebers folgend sollen Spender durch die Erstattung des Verdienstaufschlags so gestellt werden, wie sie gestanden hätten, wenn eine Spende nicht erfolgt wäre; eine Besserstellung des Spenders muss daher durch die Erweiterung der Ruhensregelung vermieden werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Einnahmen im In- oder Ausland bezogen werden.

Den besonderen Umständen der Spende sollte dahingehend Rechnung getragen werden, dass bei verspäteter Meldung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V nicht angewandt wird. Dies erscheint auch insbesondere im Hinblick auf die abweichende Meldung der Arbeitsunfähigkeit bei der Krankenkasse des Empfängers vertretbar, bei der mit Verzögerungen zu rechnen ist, weil dem Spender die benötigten Informationen zum Empfänger nicht immer sofort vorliegen werden.

Nach § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V ruht für Versicherte (i.d.R. unständig Beschäftigte) grundsätzlich der Anspruch auf Krankengeld während der ersten 6 Wochen der Arbeitsunfähigkeit, wenn eine entsprechende Wahlerklärung nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V abgegeben wurde. Der Intention des Gesetzgebers folgend soll der Krankengeldanspruch nicht für bestimmte Personengruppen ausgeschlossen oder diese benachteiligt werden. Um eine Diskriminierung eines Spenders aufgrund einer im Hinblick auf einen Tatbestand nach § 44 SGB V abgegebenen Wahlerklärung zu

vermeiden, ist § 49 Abs. 1 Nr. 7 SGB V in Bezug auf den Krankengeldanspruch nach § 44a SGB V nicht anzuwenden.

Entgegen dem Vorgenannten sind die Ausschluss- bzw. Kürzungstatbestände des § 50 SGB V grundsätzlich anzuwenden. Um jedoch auch hier eine Benachteiligung der Spender zu vermeiden, ist für die Spender, die eine Rente wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Vollrente wegen Alters, Ruhegehalt oder Vorruhestandsgeld beziehen, der Krankengeldanspruch nach § 44a SGB V einzuräumen, wenn sie bereits vor Beginn der Spende neben dem Rentenbezug eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt haben.

9.7 Zusammentreffen von Krankengeldansprüchen nach § 44a SGB V und § 44 SGB V

Sollten ausnahmsweise Krankengeldansprüche nach den §§ 44 und § 44a SGB V zusammentreffen, sind nach § 44a Satz 4 SGB V die Ansprüche nach § 44 SGB V ausgeschlossen. Dies bedeutet, dass der umfassende Krankengeldanspruch nach § 44a SGB V im Hinblick auf seine Bedeutung vorrangig zu erfüllen ist (zur Nichtgeltung des § 48 SGB V siehe Abschnitt 9.5 „Dauer des Anspruchs auf Krankengeld“).

Ist der Spender gesetzlich krankenversichert und entsteht nach dem Ende des Krankengeldanspruches nach § 44a SGB V ein Anspruch nach § 44 SGB V, weil dieser nicht nach § 44 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen ist, so muss eine neue Berechnung des Krankengeldes nach den allgemeinen Krankengeldberechnungsregelungen von der Krankenkasse des Spenders vorgenommen werden (siehe Abschnitt 9.3 „Höhe und Berechnung des Krankengeldes“). Hierbei ist zu beachten, dass im Sinne der Kontinuität der Leistungsgewährung nach § 49 SGB IX bei der Berechnung des Krankengeldes nach § 44 SGB V auf den für das Krankengeld nach § 44a SGB V maßgebenden Bemessungszeitraum abzustellen ist.

10. § 8 KVLG 1989 – Betriebshilfe an landwirtschaftliche Unternehmer

(1) – (2a) ...

2b) Für Leistungen im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere gilt § 27 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass bei einer Spende durch einen landwirtschaftlichen Unternehmer anstelle des Krankengeldes nach § 44a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Betriebshilfe nach § 9 gewährt wird. Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Krankenkasse von der Krankenkasse, dem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes, dem Beihilfeträger des Bundes oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene entsprechend dem Bemessungssatz, dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes oder dem Träger der truppenärztlichen Versorgung des Empfängers von Organen oder Geweben erstattet. Mehrere Erstattungspflichtige haben die Kosten nach Satz 1 anteilig zu tragen.

(3) ...

10.1 Allgemeines

Ist der Spender landwirtschaftlicher Unternehmer und in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versichert, wird anstelle des Krankengeldes nach § 44a SGB V Betriebshilfe nach § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) gewährt.

Entgegen den Regelungen zum Krankengeld nach § 44a SGB V erbringt die landwirtschaftliche Krankenkasse als Krankenkasse des Spenders diese Leistung und hat nach § 8 Abs. 2b KVLG 1989 gegenüber der Krankenkasse des Empfängers oder gegenüber einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, einem Beihilfeträger des Bundes, einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder gegenüber einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, einen Anspruch auf Erstattung der Kosten.

11. § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) ...

Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. – 6. ...,

7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Arbeitsunfähigkeit nach § 44a Satz 1 sowie der nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a und der nach § 10 versicherten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen im Sinne des Zweiten Buches,

8. – 15.,

(1a) – (8) ...

11.1 Allgemeines

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass der Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zu beschließen, auch die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Spende nach § 44a Satz 1 SGB V umfasst.

12. § 2 SGB VII – Versicherung kraft Gesetzes

(1) Kraft Gesetzes sind versichert

1. – 12. ...,

13. Personen, die

- a) bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten oder einen anderen aus erheblicher gegenwärtiger Gefahr für seine Gesundheit retten,
- b) Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden oder bei denen Voruntersuchungen oder Nachsorgemaßnahmen anlässlich der Spende vorgenommen werden,
- c) sich bei der Verfolgung oder Festnahme einer Person, die einer Straftat verdächtig ist oder zum Schutz eines widerrechtlich Angegriffenen persönlich einsetzen,

14. – 17. ...

(1a) – (4) ...

12.1 Allgemeines

Im Gegensatz zu den in den vorherigen Abschnitten beschriebenen Änderungen im Entgeltfortzahlungsgesetz sowie im Sozialgesetzbuch V, die nur für Spenden nach den §§ 8 und 8a des TPG und § 9 des TFG gelten, entsteht in der Unfallversicherung auch bei der Spende von Blut ein Versicherungsschutz und eventueller Leistungsanspruch.

Durch die Änderung des § 2 SGB VII wird der Versicherungsschutz dahingehend klargestellt, dass er sich auch auf Personen erstreckt, die sich Voruntersuchungen oder Nachsorgemaßnahmen unterziehen, wenn diese anlässlich einer Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe vorgenommen werden.

13. § 12a SGB VII – Gesundheitsschaden

§ 12a SGB VII – Gesundheitsschaden im Zusammenhang mit der Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe

(1) Als Versicherungsfall im Sinne des § 7 Absatz 1 gilt bei Versicherten nach § 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchstabe b auch der Gesundheitsschaden, der über die durch die Blut-, Organ-, Organ- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und in ursächlichem Zusammenhang mit der Spende steht. Werden dadurch Nachbehandlungen erforderlich oder treten Spätschäden auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird vermutet, dass diese hierdurch verursacht worden sind. Dies gilt nicht, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht; eine Obduktion zum Zwecke einer solchen Feststellung darf nicht gefordert werden.

(2) Absatz 1 gilt auch bei Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit den für die Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe erforderlichen Voruntersuchungen sowie Nachsorgemaßnahmen. Satz 1 findet auch Anwendung, wenn es nach der Voruntersuchung nicht zur Spende kommt.

13.1 Allgemeines

Die Zuständigkeiten von Kranken- und Unfallversicherung im Zusammenhang mit der Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe sind in der Praxis mit Abgrenzungsschwierigkeiten verbunden. Mit der neuen Vorschrift wurde daher im Interesse der Spender eine klare Abgrenzung der versicherungsrechtlichen Absicherung vorgenommen; innerhalb des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung bestehende Zuständigkeitsregelungen bleiben unverändert. Zugleich wird der im Gesetz vorgezeichnete Weg über die gesetzliche Unfallversicherung konsequent weitergeführt. Damit folgt der Gesetzgeber einer Empfehlung der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages in ihrem Zwischenbericht vom 17. März 2005 (Bundestagsdrucksache 15/5050). Auch der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. September 2011 (Drucksache 457/11 – Beschluss) gefordert, die versicherungsrechtliche Absicherung des Lebendspenders zu verbessern und eine entsprechende Änderung im Unfallversicherungsrecht vorzunehmen. Mit der Vorschrift wurde vor diesem Hintergrund geregelt, dass sich der Versicherungsschutz auf alle Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe erstreckt, unabhängig davon, ob ein Arbeitsunfall im Sinne des § 8 SGB VII gegeben ist. Der Eintritt eines solchen Gesundheitsschadens wird als Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung nach

§ 7 SGB VII (Arbeitsunfall oder Berufskrankheit) fingiert und bewirkt damit z. B. auch die vorzeitige Wartezeiterfüllung in der gesetzlichen Rentenversicherung unter bestimmten Bedingungen (§ 53 SGB VI).

Auf den zeitlichen Abstand zwischen der Spende und dem Gesundheitsschaden kommt es grundsätzlich nicht an. Die Leistungspflicht besteht auch für Schäden infolge einer spendebedingten Erhöhung des Erkrankungs- und Lebensrisikos.

13.2 Gesundheitliche Schäden des Spenders

§ 12a Abs. 1 SGB VII umfasst die gesundheitlichen Schäden des Spenders, die über die durch die Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgehen und in ursächlichem Zusammenhang mit der Blut-, Organ-, Organteil- oder Gewebeentnahme stehen. Werden besondere Nachbehandlungen im Zusammenhang mit der Spende erforderlich oder treten Spätschäden auf, die sich als spezielle Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Krankheitsrisikos ergeben können, so gilt eine gesetzliche Vermutung, dass diese infolge eines Gesundheitsschadens nach § 12a Satz 1 i.V.m. § 7 Abs. 1 SGB VII verursacht worden sind. Diese Rechtsvermutung ist widerlegbar, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht ursächlich durch die Spende eingetreten ist.

Zweck dieser Regelung ist, dass die erforderliche Klärung von Kausalitätsfragen nicht zu Lasten der Spender gehen darf.

Ebenso wie bereits nach geltendem Recht bei bestimmten Berufskrankheiten (§ 63 Abs. 2 Satz 2 SGB VII) darf im Falle des Todes des versicherten Spenders aus Gründen der Pietät eine Obduktion zum Nachweis der Todesursache nicht gefordert werden.

13.3 Vor- und Nachsorgeuntersuchungen

§ 12a Abs. 2 SGB VII stellt klar, dass auch Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der für die Spende von Blut oder körpereigenen Organen, Organteilen oder Gewebe erforderlichen Voruntersuchungen sowie Nachsorgemaßnahmen unter den Versicherungsschutz fallen. Dies gilt ausdrücklich auch dann, wenn es nach der Voruntersuchung nicht zur Spende kommt.

13.4 Zuständiger Unfallversicherungsträger

Zuständig zur Erbringung von Leistungen bei Versicherungsfällen nach § 2 Abs. 1 Nr. 12 a SGB VII ist nach § 133 SGB VII der Unfallversicherungsträger des Krankenhauses, in dem die Spende erfolgt. Dies ist bei gewerblichen Krankenhäusern die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und bei öffentlichen Krankenhäusern der Unfallversicherungsträger des Landes (§ 128 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII) bzw. der Kommune (§ 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII).

13.5 Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB V

Ein Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nach § 11 Abs. 5 SGB V nicht, sofern Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung beansprucht werden können.

Für die Blut-, Organ- oder Gewebespende besteht nach § 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung, so dass beim Eintritt von Gesundheitsschäden im Sinne des § 12a SGB VII eine vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung bestehen kann. Ein solcher Vorrang für Leistungen nach dem SGB VII besteht in jedem Fall – auch während der regelmäßigen Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende – für Sachleistungen, die aufgrund des Gesundheitsschadens im Sinne des § 12a SGB VII zusätzlich erforderlich werden (Abweichung im Heilverfahren).

Im Übrigen wird auf die Abschnitte 4.8 „Gesundheitsschaden bei der Spende“ 8.12 „Abgrenzung zur Unfallversicherung“ und 9.5.3 „Spende mit Gesundheitsschaden“ verwiesen.

14. § 213 SGB VII – Versicherungsschutz

(1) – (3) ...

(4) § 12a gilt auch für Gesundheitsschäden, die in der Zeit vom 1. Dezember 1997 bis zum 31. Juli 2012 eingetreten sind. Ansprüche auf Leistungen bestehen in diesen Fällen ab dem 1. August 2012.

14.1 Allgemeines

Mit der Regelung wird der erweiterte Unfallversicherungsschutz für Spender auch auf Gesundheitsschäden erstreckt, die bei den Spendern nach der Einführung des Transplantationsgesetzes 1997, aber bereits vor dem Inkrafttreten des neuen § 12a SGB VII eingetreten sind. Leistungen sind einheitlich für alle Betroffenen ab dem Inkrafttreten der Neuregelung zu erbringen. Soweit eine Krankenkasse hiernach zu Unrecht (vgl. § 11 Abs. 5 SGB V) Leistungen erbracht hat, hat sie für Leistungen ab dem 1. August 2012 einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Unfallversicherungsträger nach § 105 SGB X.

15. Inkrafttreten

Die gesetzlichen Änderungen sind zum 1. August 2012 in Kraft getreten (BGBl. 2012, Teil I Nr. 35, S. 1601 vom 25. Juli 2012). Die Vorschriften gelten grundsätzlich auch für Spenden, die vor dem 1. August 2012 vorgenommen wurden. Konkrete leistungsrechtliche Ansprüche sind auch hier – in analoger Anwendung des § 213 SGB VII – erst ab dem 1. August 2012 realisierbar.

Anlage 1 – Selbstverpflichtung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung vom 09.02.2012

Vorbemerkung:

Die Private Krankenversicherung begrüßt und unterstützt Maßnahmen, die die Organspendebereitschaft in der Bevölkerung erhöhen und die Durchführung von Lebendorganspenden (Organ- und Gewebespenden nach §§ 8 und 8a Transplantationsgesetz [TPG]) erleichtern. Organspender sollen keine Nachteile infolge der Lebendorganspende erleiden. Vor diesem Hintergrund verpflichtet sich die Private Krankenversicherung zu folgenden Leistungen:

1. Zuständigkeit der Privaten Krankenversicherung des Empfängers

Ist der Empfänger einer Organ- oder Gewebespende nach §§ 8 oder 8a TPG (Organempfänger) privat versichert, trägt die Private Krankenversicherung nicht nur die Aufwendungen für die Behandlung beim Organempfänger selbst, sondern sie tritt auch für die Absicherung der beim Organspender anfallenden Aufwendungen ein. Seine Absicherung wird einbezogen in den Versicherungsschutz des Organempfängers. Dies gilt unabhängig davon, ob der Organspender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist. Die Absicherung des Organspenders ist Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers im Sinne des § 192 Abs. 1 Versicherungsvertragsgesetz.

2. Leistungen an den Organspender

Ausgehend von den vorgenannten Maßstäben für den Umfang des Versicherungsschutzes erbringt die Private Krankenversicherung zur Absicherung des Organspenders folgende Leistungen, wenn der Organempfänger privat versichert ist:

a) Im Hinblick auf die Vorbereitung der Lebendorganspende und die stationäre Aufnahme und Behandlung des Organspenders in unmittelbarem Zusammenhang mit der Organentnahme erstattet die Private Krankenversicherung des Organempfängers die Kosten der ärztlichen Leistungen für den Organspender mit dem tariflichen Erstattungssatz und dem sich aus der Gebührenordnung für Ärzte (ambulante Behandlung) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (stationäre Behandlung) ergebenden Umfang. Ergeben sich bei der Organentnahme unmittelbar Komplikationen, werden diese ebenfalls in diesem Maße durch die Private Krankenversicherung des Organempfängers erstattet.

b) Zu den im unmittelbaren Zusammenhang mit der Organentnahme stehenden Kosten beim Organspender gehören auch die Aufwendungen für eine etwaige aufgrund der Organspende erforderliche ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung. Auch diese Aufwendungen werden daher von der Privaten Krankenversicherung des Organempfängers übernommen, wenn die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist.

c) Weiterhin übernimmt die Private Krankenversicherung des Organempfängers die Kosten der Nachbetreuung im Sinne des § 8 Abs. 3 Satz 1 TPG.

d) Angemessene Fahrt- und Reisekosten des Organspenders zum nächstgelegenen geeigneten „Behandlungsort“ werden ebenfalls von der Privaten Krankenversicherung des Organempfängers übernommen.

e) Die Private Krankenversicherung des Organempfängers stellt sicher, dass der Organspender aufgrund der Lebendorganspende und der damit zusammenhängenden Einschränkungen der Verdienstmöglichkeiten, keine Nachteile erleidet. Die Private Krankenversicherung erstattet daher unter dem rechtlichen Gesichtspunkt der Organbeschaffung dem Organspender auf entsprechenden Nachweis hin den tatsächlich erlittenen Verdienstausschlag. Dem Organspender werden weiterhin die geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten- und Arbeitslosenversicherung und die Krankenversicherung erstattet. Eine höhenmäßige oder zeitliche Begrenzung besteht hierfür nicht. Soweit der Organspender aufgrund eines Anspruchs auf Entgeltfortzahlung gegen seinen Arbeitgeber keinen Verdienstausschlag erleidet, erstattet die Private Krankenversicherung anstelle des Verdienstausschlages dem Arbeitgeber auf Antrag das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung

f) Vom Organempfänger in der Privaten Krankenversicherung vereinbarte Selbstbehalte wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.“

Anlage 2 – EMPFEHLUNG Nr. S1 vom 15. März 2012 über die finanziellen Aspekte grenzübergreifender Lebendorganspenden

(Text von Bedeutung für den EWR und das Abkommen EG/Schweiz)

(2012/C 240/04)

DIE VERWALTUNGSKOMMISSION FÜR DIE KOORDINIERUNG DER SYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT

— gestützt auf Artikel 72 Buchstabe a der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, wonach die Verwaltungskommission alle Verwaltungs- und Auslegungsfragen zu behandeln hat, die sich aus der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 (2) ergeben,

gestützt auf Artikel 168 Absatz 7 AEUV,

gestützt auf Artikel 48 AEUV,

gemäß Artikel 71 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004,

in Erwägung nachstehender Gründe:

(1) Im Rahmen ihrer Tätigkeit ist die Union zur Wahrung der Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung verpflichtet.

(2) Die Maßnahmen der Union dürfen sich nicht auf nationale Rechtsvorschriften über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut auswirken.

(3) Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 regelt nicht die Erstattung von Sachleistungen für einen lebenden Spender in den Fällen, in denen die auf diesen anzuwendenden Rechtsvorschriften eine Kostenerstattung entweder nicht vorsehen oder ausschließen und die für den Organempfänger geltenden Rechtsvorschriften keine Deckung der Kosten des Spenders vorsehen.

(4) Anerkanntermaßen sind Organtransplantationen kostenwirksame Behandlungen, von denen die Patienten enorm profitieren, und müssen Lebendspenden in einer Art und Weise ausgeführt werden, die das soziale Risiko für den einzelnen Spender minimiert.

Anlage 2 – EMPFEHLUNG Nr. S1 vom 15. März 2012 über die finanziellen Aspekte grenzübergreifender Lebendorganspenden

(5) Der zuständige Träger des Organempfängers sollte eine dem Gebot der Menschlichkeit entsprechende Ad-hoc-Lösung finden und die im Zuge der grenzübergreifenden Lebendspende notwendigen Sachleistungen erstatten, sofern die auf den Organspender anzuwendenden Rechtsvorschriften keine Erstattung für lebende Organspender oder Lebendorganspenden im Allgemeinen vorsehen.

(6) Der lebende Spender muss die Möglichkeit haben, auf der Grundlage aller maßgeblichen Informationen eine unabhängige Entscheidung zu treffen und sollte vorab über den Krankenversicherungsschutz, die Erstattung von Kosten im Zusammenhang mit der grenzübergreifenden Organspende und gegebenenfalls über den Ausgleich von Einkommensausfall durch Geldleistungen bei Krankheit informiert werden —

EMPFEHLT:

(1) Bei der Vorbereitung oder Genehmigung einer Lebendorganspende, bei der das Organ von einer in einem anderen Mitgliedstaat versicherten Person stammt, sollten die zuständigen Behörden des Organempfängers prüfen, ob dem Spender bei Problemen im Zuge der Organspende Zugang zu ihrem Gesundheitssystem gewährt werden kann.

(2) Die zuständigen Behörden des Organempfängers bemühen sich um eine dem Gebot der Menschlichkeit entsprechende Lösung und erstatten dem Spender die für die grenzübergreifende Lebendspende notwendigen Sachleistungen, sofern die auf den Organspender anzuwendenden Rechtsvorschriften keinen Sachleistungsanspruch für den Spender vorsehen.

(3) Die zuständige Behörde des Spenders kommt für Geldleistungen bei Krankheit gemäß den von ihr anzuwendenden Rechtsvorschriften auf, ungeachtet des Mitgliedstaats der Organspende und des Organempfängers. Ein etwaiger, mit der Spende in Zusammenhang stehender Einkommensausfall des Spenders sollte wie jede andere Arbeitsunfähigkeit gemäß den auf den Spender anzuwendenden Rechtsvorschriften behandelt werden, da es keinen Grund dafür gibt, die Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Organspende anders zu behandeln als eine Arbeitsunfähigkeit, die auf andere medizinische Ursachen zurückzuführen ist.

Die Vorsitzende der Verwaltungskommission

Karin MØHL LARSENDE C 240/4

Veröffentlicht im Amtsblatt der Europäischen Union am 10.8.2012

Anlage 3 – Erstattungsantrag gem. § 3a Abs. 2 EntgFG

Name, Adresse und Betriebsnummer des um Erstattung suchenden Arbeitgebers:

Name und Adresse der Krankenkasse des Empfängers einer Spende:

Erstattungsantrag gem. § 3a Abs. 2 EntgFG

Stand 25.09.2015

Daten Spender:

Name:

Personalnummer:

Straße:

PLZ/Ort:

Sozialversicherungs-Nr.:

Erstattungszeitraum vom

Daten Empfänger (soweit bekannt):

Name:

Sozialversicherungs-Nr.:

Aktenzeichen Krankenkasse

bis

Fortgezahltes laufendes Bruttoarbeitsentgelt im Sinne des EntgFG (ohne Beitragsanteile des Arbeitgebers)

darauf entfallender Arbeitgeberanteil/Beitragszuschuss Krankenversicherung

darauf entfallender Arbeitgeberanteil/Beitragszuschuss Pflegeversicherung

darauf entfallender Arbeitgeberanteil/Beitragszuschuss Rentenversicherung

darauf entfallender Arbeitgeberanteil Arbeitsförderung

Arbeitgeberanteile zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung

Summe (Erstattungsantrag)

Bankverbindung:

Name des Geldinstituts

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Verwendungszweck

Ansprechpartner:

Name

Telefon

Fax

E-Mail

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben in Übereinstimmung mit dem Verdienstkonto des Mitarbeiters stehen und den Anforderungen der Finanzbehörden und Sozialversicherungsträger entsprechen. Weiterhin erkläre ich, dass für den vorgenannten Erstattungszeitraum keine Erstattung der Entgeltfortzahlung im Rahmen des Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG) erfolgt ist bzw. beantragt wird.

Ort/Datum

Firmenstempel/ Unterschrift

Erläuterungen:

Stand 25.09.2015

Rechtsgrundlage für eine Erstattung der Entgeltfortzahlung aufgrund einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spende) ist § 3a Abs. 2 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG). Die Erstattungsansprüche sind von den Arbeitgebern bei der Versicherung des Empfängers von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Empfänger) anzumelden und zu beziffern. Ist der Empfänger bei einem Beihilfeträger des Bundes beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger, erstattet der zuständige Beihilfeträger dem Arbeitgeber auf Antrag die Kosten der geleisteten Entgeltfortzahlung zuzüglich den geschuldeten Sozialversicherungsbeiträgen für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung zum jeweiligen Bemessungssatz des Empfängers; dies gilt entsprechend für sonstige öffentlich-rechtliche Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene (z.B. Postbeamtenkrankenkasse, Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten).

Die zur Geltendmachung des Erstattungsanspruches erforderlichen Angaben hat der Arbeitnehmer nach § 3a Abs. 2 EntgFG dem Arbeitgeber unverzüglich zu machen. Als erforderliche Angaben in diesem Zusammenhang gelten z.B. die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Spende, die Angabe des zur Erstattung der Entgeltfortzahlung verpflichteten Trägers (z.B. Krankenkasse, Privates Krankenversicherungsunternehmen, Beihilfestelle) des Empfängers sowie die Mitteilung des Ordnungsmerkmals der Krankenkasse des Empfängers.

Die Entgeltfortzahlung aufgrund einer Spende zählt nicht als Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, weshalb eine Erstattung nicht im Rahmen des Aufwendungsausgleichsgesetzes (AAG) erfolgen darf und das entsprechende elektronische Verfahren keine Anwendung findet.

Erfolgt aufgrund arbeits- oder tarifvertraglicher Vereinbarungen eine länger als 6-wöchige Entgeltfortzahlung, kann die Erstattung nach § 3a Abs. 2 EntgFG nur bis zur Dauer von maximal 6 Wochen geltend gemacht werden. Eine weitergehende Erstattung von geleisteten Entgeltfortzahlungen durch die Krankenkasse des Empfängers ist nicht möglich.

Dem Arbeitgeber werden von der gesetzlichen Krankenkasse des Empfängers das an den Arbeitnehmer fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die hierauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung auf Antrag erstattet. Die Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts und damit auch die Erstattung regelt § 4 EntgFG. Nach dieser Norm gilt für die Entgeltfortzahlung grundsätzlich das Entgeltausfallprinzip. Es ist dasjenige Entgelt fortzuzahlen, das der Arbeitnehmer erzielt hätte, wenn er nicht wegen der Spende an seiner Arbeitsleistung verhindert gewesen wäre, sondern gearbeitet hätte. Eine Ausnahme hiervon enthält lediglich § 4 Abs. 1 a EFZG, wonach das zusätzlich für Überstunden gezahlte Arbeitsentgelt und Leistungen für Aufwendungen des Arbeitnehmers, die davon abhängen, dass dem Arbeitnehmer entsprechende Aufwendungen tatsächlich entstanden sind und während der Arbeitsunfähigkeit nicht entstehen, von der Verpflichtung zur Entgeltfortzahlung ausnimmt.

Für die Entgeltfortzahlung ist das Bruttoarbeitsentgelt (einschließlich der Lohnsteuer, Kirchensteuer und des Versichertenanteils zur Sozialversicherung) zugrunde zu legen. Dazu zählen u. a. alle Grundbezüge (Zeit-, Schicht-, Leistungslohn usw.), Zuschläge für Mehr-, Nacht-, Sonn- und Feiertagsarbeit und ständige Lohnzulagen, die auf besonderen Bedingungen des Arbeitsverhältnisses beruhen. Das betrifft Erschwernis-, Gefahren- und Nachtdienstzulagen (keine Aufwendungen für Arbeitsbekleidung oder Reinigungsmittel) und vermögenswirksame Leistungen, die der Arbeitgeber nach dem Vermögensbildungsgesetz leistet.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen der Arbeitgeber zählen in diesem Sinne auch Beitragszuschüsse, welche im Sinne des § 23 c Abs. 1 Satz 3 SGB IV als Pflichtbeiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen gezahlt werden, und Beitragszuschüsse nach § 257 SGB V.

Nicht als Arbeitsentgelt im diesem Sinne sind Einmalzahlungen und Leistungen, die als Ersatz für Aufwendungen des Arbeitnehmers dienen, wie z.B. Auslösungen, Schmutzzulagen, Fahrkostenzuschüsse, Tage- und Übernachtungsgelder, Kindergartenzuschüsse u. ä. Leistungen.

Entgeltbescheinigung

zur Berechnung von **Krankengeld aufgrund einer Spende**

Zeichen Empfängerkrankenkasse

Name, Vorname des Sponsors

Name Spenderkrankenkasse/ Versicherungsunternehmen

Versicherungsnummer des Sponsors*

Personal-Nr.

Arbeitsunfähigkeit ab

1 Allgemeines

1.1* Am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit wurde noch gearbeitet

☐ Ja ☐ Nein

1.2* Während der Arbeitsunfähigkeit wird das Arbeitsentgelt weitergezahlt bis

Über den vorgenannten Tag hinaus wird teilweise Arbeitsentgelt weitergezahlt (z. B. Sachbezüge, Krankengeldzuschuss), welches zusammen mit dem Krankengeld das Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt um mehr als 50 EUR monatlich übersteigt

☐ Ja ☐ Nein

Falls das Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt um mehr als 50 EUR überschritten wird: Das Arbeitsentgelt wird gezahlt

☐ laufend bis zum

brutto monatlich

1.3 Das Arbeitsverhältnis wurde beendet am

zum

durch Kündigung des Arbeitgebers

Kündigung des Arbeitnehmers

Fristablauf

Aufhebungsvertrag

Sonstiges

1.4* Besonderheiten

Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung

☐ Ja ☐ Nein

Anwendung des halben Beitragssatzes in der Pflegeversicherung (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)

☐ Ja ☐ Nein

Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung

☐ Ja ☐ Nein

Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung

☐ Ja ☐ Nein

Versicherungspflicht in der gesetzl. Rentenversicherung

☐ Ja ☐ Nein

Zuständiger Rentenversicherungsträger

Teilnahme Arbeitszeitmodell (Wertguthaben nach § 7 Abs. 1a SGB IV)

☐ Ja ☐ Nein

Kurzarbeitergeld, Saison-Kurzarbeitergeld oder Transfer-Kurzarbeitergeld (2.7) innerhalb des Entgeltabrechnungszeitraums (2.1, 2.5)

☐ Ja ☐ Nein

vom

bis

Während der Zeit der Entgeltfortzahlung wurde Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld bezogen.

Bitte um Übersendung der gesonderten Bescheinigung

Steuerpflicht in ausländischem Wohnsitzstaat aufgrund eines Doppelbesteuerungsabkommens

Ja, in

1.5 Lohnausgleich im Baugewerbe

vom/bis

und/oder am

2 Arbeitsentgelt

2.1* Letzter abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (1 Kalendermonat/mindestens 4 Wochen)

vom

bis

2.2* Höhe des im letzten Entgeltabrechnungszeitraum erzielten Arbeitsentgelts einschließlich Sachbezüge, vermögenswirksame Leistungen, Mehrarbeitsvergütungen Arbeitsentgelt für Feier-/Ruhetage und lohnsteuerfreien Zuschlägen, jedoch ohne Berücksichtigung der Entgeltumwandlung, einmalig gezahltem Arbeitsentgelt und Kindergeld. **Die Regelung zum Übergangsbereich ist zu beachten.**

brutto

netto

2.3* Das Arbeitsentgelt wird als festes Monatsentgelt gezahlt

☐

2.4* Das im letzten Entgeltabrechnungszeitraum (2.1) erzielte Bruttoarbeitsentgelt (2.2) weicht vom vereinbarten Monatsentgelt ab

Höhe des vereinbarten Bruttoarbeitsentgelts

Daraus ergibt sich ein Nettoarbeitsentgelt von

2.5 Weicht das Bruttoarbeitsentgelt in jedem der letzten abgerechneten 3 Monate (bzw. 13 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig vom vereinbarten Bruttoarbeitsentgelt ab oder ist weder ein Monatsgehalt/ fester Monatslohn noch ein Stundenlohn vereinbart (z.B. Stücklohn, Akkordlohn) oder wurden in den letzten 3 abgerechneten Monaten regelmäßig Mehrarbeitsstunden geleistet, ist dieses hier anzugeben:

Monat/Zeitraum	Bruttoarbeitsentgelt	Nettoarbeitsentgelt

2.6* Es erfolgt eine Heuerzahlung. Bitte um Übersendung der gesonderten Entgeltbescheinigung

☐

2.7* Sofern die Arbeitsunfähigkeit während des Bezugs von Transfer-Kurzarbeitergeld begann:

Höhe Transfer-KUG	Aufstockungsbetrag
Soll-Entgelt brutto	Soll-Entgelt netto (fiktiv)
Ist-Entgelt brutto	Ist-Entgelt netto

3 Arbeitszeit

Bitte nur ausfüllen, wenn das Arbeitsentgelt nach Stunden bemessen ist oder sich Stunden zuordnen lässt.

3.1* Das Bruttoarbeitsentgelt wurde erzielt in

Stunden

3.2* Vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vereinbarte regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit

Stunden

(Wenn keine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit vereinbart wurde, bitte unter 3.3 anstelle der Mehrarbeitsstunden die **tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden** eintragen)

3.3* Bezahlte und nicht durch Freizeit ausgeglichene bzw. noch auszugleichende Mehrarbeitsstunden in den letzten abgerechneten 3 Entgeltabrechnungszeiträumen (3 Monate bzw. 13 Wochen):

Monat/Zeitraum	bezahlte Mehrarbeitsstunden

4* Fehlzeiten ohne Arbeitsentgelt

in den unter 2.5 oder 3.3 angegebenen Zeiträumen sind folgende Fehltag angefallen:

Monat/Zeitraum	Tage

Die mit einem * gekennzeichneten Positionen sind auf der Folgeseite erläutert.
Die o. g. Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V erhoben und verarbeitet. Die angeforderten Auskünfte sind notwendig, damit die Krankenkasse ihre gesetzliche Verpflichtung zur Berechnung des Krankengeldes erfüllen kann. Nach § 98 SGB X sind Sie verpflichtet, die hierfür erforderlichen Angaben zu machen.

Angaben über das Arbeitsentgelt können der Abrechnung der Arbeitsentgelte entnommen werden, die bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit (AU) abgeschlossen war.

- Zu Versicherungsnummer Hier ist für gesetzlich krankenversicherte Spender die Krankenversicherungsnummer einzutragen. Liegt diese nicht vor oder ist der Spender nicht gesetzlich krankenversichert ist hier die Sozialversicherungsnummer zu erfassen.
- Zu 1.1 Hat der Arbeitnehmer die Arbeit noch während der Entgeltfortzahlung wieder aufgenommen, ist das Ausfüllen der Entgeltbescheinigung nur dann notwendig, wenn der Arbeitnehmer in diesem Zeitraum Anspruch auf Kurzarbeitergeld gehabt hätte. Das Krankengeld wird bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spende) durch die Krankenkasse des Empfängers gezahlt.
- Zu 1.2 Arbeitgeberseitige Leistungen, die für die Zeit des Bezugs von Krankengeld aufgrund einer Spende gezahlt werden, gelten als beitragspflichtige Einnahmen, soweit sie zusammen mit dem Nettobetrag des Krankengeldes das Nettoarbeitsentgelt um mehr als 50 EUR monatlich übersteigen. Hingegen bleibt eine Überschreitung bis zu 50 EUR im Monat unberücksichtigt. Zu den arbeitgeberseitigen Leistungen gehören insbesondere Zuschüsse zur Entgeltersatzleistung, vermögenswirksame Leistungen, Sachbezüge (z. B. Verpflegung, Unterkunft, Dienstwagen, Dienstwohnung), Firmen- und Belegschaftsrabatte, Kontoführungsgebühren, Zinsersparnisse aus verbilligten Arbeitgeberdarlehen und Telefonzuschüsse.
- Als Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt gilt grundsätzlich der unter 2.2 bescheinigte Betrag. Wenn arbeitsvertraglich vereinbart ist, für Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen ein dafür vereinbartes Nettoarbeitsentgelt auszugleichen, kann dieses als zu vergleichendes Nettoarbeitsentgelt herangezogen werden. Es ist ebenfalls zulässig, das monatlich im Falle der Beschäftigung zu zahlende Nettoarbeitsentgelt zugrunde zu legen.
- Zu 1.4 Der **halbe Beitragssatz** in der Pflegeversicherung (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) kann nur bei Personen Anwendung finden, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit und Pflege **Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge** haben. In allen anderen Fällen ist „Nein“ anzukreuzen.
- Im Feld **Pflegeversicherungszuschlag für Kinderlose** ist „Ja“ anzukreuzen, wenn Versicherte nach Vollendung des 23. Lebensjahres keine Elterneigenschaft nachgewiesen haben.
- Falls der Arbeitnehmer zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit an einem **Arbeitszeitmodell** im Sinne des Gesetzes zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen (Wertguthaben nach § 7 Abs. 1a SGB IV) teilnimmt, ist dies entsprechend zu kennzeichnen. Tritt eine flexible Arbeitszeitregelung nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein, ist die Krankenkasse hierüber gesondert durch den Arbeitgeber zu informieren.
- Wird aufgrund des Bezuges von Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld während der Entgeltfortzahlung ein reduziertes Arbeitsentgelt gezahlt, ist die gesonderte Bescheinigung zum Nachweis des tatsächlich kalendertäglich gezahlten Arbeitsentgelts anzufordern. Wurde Transfer-Kurzarbeitergeld bezogen, beachten Sie bitte 2.7.
- Zu 2.1 Das Krankengeld wird auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts ermittelt. Ausgangsbasis bildet das Nettoarbeitsentgelt aus dem letzten vor Beginn der AU abgerechneten, abgelaufenen und mindestens 4 Wochen umfassenden Entgeltabrechnungszeitraum (Bemessungszeitraum).
- Als „abgerechneter“ Entgeltabrechnungszeitraum gilt ein Zeitraum, für den der Arbeitgeber üblicherweise die Entgeltberechnung abgeschlossen hat; der Zeitpunkt der Auszahlung oder der Bankgutschrift beim Arbeitnehmer spielt keine Rolle.
- Der Abrechnungszeitraum ist auch dann zu melden, wenn darin Zeiten ohne Arbeitsentgelt (z.B. Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub) enthalten sind; es genügt, wenn für den Versicherten zumindest für einen Teil des Bemessungszeitraums Arbeitsentgelt abgerechnet worden ist.
- Tritt die AU während dem Bezug von Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld ein, geben Sie bitte den letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Kurzarbeit an. Tritt die AU nach dem Ende der Kurzarbeit ein und wurde im letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld bezogen, sind das im letzten Entgeltabrechnungszeitraum tatsächlich erarbeitete Arbeitsentgelt (2.2) und die tatsächlichen Arbeitsstunden (3.1), bzw. bei festem Monatsentgelt das vereinbarte Arbeitsentgelt (2.4) anzugeben.
- Hat die Beschäftigung erst während des Abrechnungszeitraums begonnen und liegt bei Beginn der AU
- ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor, so ist dieser Entgeltabrechnungszeitraum auch dann für die Regelentgeltberechnung heranzuziehen, wenn er noch keine 4 Wochen umfasst.
 - kein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor, ist grundsätzlich das vom Beginn des Beschäftigungsverhältnisses an bis zum Tage vor Eintritt der AU erzielte Arbeitsentgelt der Berechnung des Regelentgelts zugrunde zu legen.
 - ein abgelaufener, aber noch nicht abgerechneter Abrechnungszeitraum vor, so ist die Zeit vom Beginn der Beschäftigung bis zum Ende des Abrechnungszeitraumes maßgebend.
 - ein abgerechneter, aber noch nicht abgelaufener Abrechnungszeitraum vor, so ist die Zeit vom Beginn der Beschäftigung bis zum Ende des Abrechnungszeitraums zu bescheinigen.
- Fällt der Beginn einer AU in die Zeit
- nach dem Ende der Elternzeit, bevor ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens 4 Wochen vorliegt, ist zu verfahren, als wenn ein neues Beschäftigungsverhältnis vorliegt.
 - der Elternzeit, so ist der letzte Entgeltabrechnungszeitraum mit Arbeitsentgelt vor Beginn der Elternzeit maßgebend.
- Änderungen im Beschäftigungsverhältnis – wie der Wechsel von Teilzeit nach Vollzeit - zwischen letztem Entgeltabrechnungszeitraum und Beginn der AU, bewirken keine Änderung des Bemessungszeitraums. Der Wechsel von einem Ausbildungs- in ein Arbeitsverhältnis begründet ein neues Beschäftigungsverhältnis.
- Hat ein Arbeitnehmer eine Entgeltersatzleistung bezogen und wird direkt im Anschluss daran Krankengeld gewährt, so ist nach § 49 SGB IX auch für diese Leistung von dem bisher zugrundeliegenden Entgeltabrechnungszeitraum auszugehen.
- Zu 2.2 Zum **Bruttoarbeitsentgelt** in diesem Sinne gehören alle Bezüge für Arbeitsleistungen und Entgeltfortzahlung in dem unter 2.1 angegebenen Zeitraum. Dazu zählt auch der Lohnausgleich im Baugewerbe. Es spielt keine Rolle, unter welcher Bezeichnung und in welcher Form die Bezüge geleistet worden sind. Unbedeutend ist es auch, ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt

Anlage 4 – Entgeltbescheinigung

wurden. Erfasst werden z. B. auch beitragspflichtige Arbeitgeberaufwendungen für die Zukunftssicherung des Arbeitnehmers, vermögenswirksame Leistungen, Mehrarbeitsvergütungen, freiwillige Zahlungen, **steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit, umgewandeltes Entgelt zum Aufbau einer privaten Altersversorgung** und nach § 37b EStG pauschal versteuerte Sachzuwendungen.

Zeitversetzt gezahlte variable Bestandteile des Arbeitsentgelts (z. B. Mehrarbeitsvergütungen) und laufende Provisionen werden insoweit berücksichtigt, als sie zur Berechnung der Beiträge dem maßgebenden Abrechnungszeitraum zugeordnet worden sind. Dies gilt auch dann, wenn diese Entgeltbestandteile aus Vereinfachungsgründen wie einmalig gezahltes Arbeitsentgelt behandelt worden sind. Werden die variablen Arbeitsentgeltbestandteile regelmäßig monatlich zeitversetzt ausgezahlt, ist als Bruttoarbeitsentgelt das im Bemessungszeitraum tatsächlich abgerechnete Arbeitsentgelt zugrunde zu legen. 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.

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 AU liegt. Die Nachzahlung wird in diesem Fall insoweit mitbescheinigt, als sie sich auf den maßgebenden Abrechnungszeitraum (2.1) bezieht.

Nicht zum maßgebenden Bruttoarbeitsentgelt gehört **einmalig gezahltes Arbeitsentgelt**, d. h. Bezüge, die nicht für die Arbeit in dem einzelnen Abrechnungszeitraum gezahlt worden sind (z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Urlaubsabgeltungen, Gewinnbeteiligungen), und ggf. gezahltes **Kindergeld**.

Das Bruttoarbeitsentgelt wird **nicht auf die Beitragsbemessungsgrenze gekürzt**.

Nettoarbeitsentgelt ist hier das um die gesetzlichen Abzüge (Lohn- und Kirchensteuer; Solidaritätszuschlag, Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung) verminderte Bruttoarbeitsentgelt einschließlich der Sachbezüge, jedoch ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt und ohne ggf. gezahltes und in der Lohnsteuer-Anmeldung abgesetztes Kindergeld. Umlagebeiträge zur Finanzierung des Zuschuss- und des Mehraufwands-Wintergeldes sowie die Pflichtbeiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen sind wie gesetzliche Abzüge ebenfalls entsprechend zu berücksichtigen, soweit der Arbeitnehmer diese jeweils selbst trägt. Für Arbeitnehmer, welche aufgrund eines Doppelbesteuerungsabkommens im Wohnsitzland versteuert werden und dort die alleinige Besteuerung von Entgeltsersatzleistungen vorgesehen ist (z.B. Frankreich), ist abweichend zu den vorhergehenden Aussagen das fiktive Nettoarbeitsentgelt ohne den Abzug fiktiver Steuern anzugeben.

Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei privat Krankenversicherten sind außerdem die Beiträge der Arbeitnehmer zur Kranken- und Pflegeversicherung (vermindert um den Beitragszuschuss des Arbeitgebers) vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen.

Bei Arbeitsentgelten innerhalb des Übergangsbereichs (§ 20 SGB IV) ist das tatsächliche Brutto- und Nettoarbeitsentgelt – also **unter** Berücksichtigung der besonderen beitragsrechtlichen Regelungen für den Übergangsbereich – einzutragen.

Erhält der Arbeitnehmer zum Schutz vor einer unverhältnismäßigen Belastung durch Zusatzbeiträge einen Sozialausgleich durch den Arbeitgeber, bleibt diese individuelle Verringerung bei der Berechnung des Nettoentgelts außer Betracht.

Hat der Arbeitnehmer demnach in dem unter 2.1 bescheinigten Abrechnungszeitraum **einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, Sachbezüge oder einen Sozialausgleich** erhalten oder ist er in Deutschland versichert aber hat seinen Wohnort in einem anderen Mitgliedsstaat, bitten wir Sie, das Nettoarbeitsentgelt fiktiv zu ermitteln. Dafür gilt folgendes **Berechnungsschema**:

Steuer/ Sozialversicherungsbeiträge (A)	Nettoarbeitsentgelt (B)
Gesamt-Bruttoarbeitsentgelt – Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	laufendes Bruttoarbeitsentgelt (A) – Lohn- und Kirchensteuer sowie Solidaritätszuschlag – Sozialversicherungsbeiträge
= fiktives steuerrechtliches Bruttoarbeitsentgelt/ bzw. laufendes Bruttoarbeitsentgelt ➔ davon Lohn- und Kirchensteuer sowie Solidaritätszuschlag (unter Berücksichtigung aller Steuerabzugsmerkmale (inklusive Hinzurechnungsbeträge). ➔ davon Sozialversicherungsbeiträge (ohne Berücksichtigung des Sozialausgleichs)	= Nettoarbeitsentgelt (B)

- Zu 2.3 **Monatsgehalt oder festes Monatsentgelt** sind solche Bezüge, deren Höhe nicht von den im Monat geleisteten Arbeitstagen bzw. Arbeitsstunden oder dem Ergebnis der Arbeit (z. B. Akkord) abhängig ist. Daran ändern auch solche Vergütungen nichts, die zusätzlich zum festen Monatsentgelt oder Monatsgehalt gezahlt werden (z. B. Mehrarbeitsstunden und sonstige Vergütungen).
- Vergütungen auf **Provisionsbasis sowie Akkord- oder Stücklohn** sind - auch bei einem vereinbarten Fixum - vom Ergebnis der Arbeit abhängig.
- zu 2.6 Sofern den Versicherten eine Heuer gezahlt wird, berechnet sich das Krankengeld nach der Durchschnittsheuer nach der Beitragsübersicht der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft. Die Krankenkasse übersendet Ihnen in diesen Fällen eine gesonderte Entgeltbescheinigung.
- Zu 2.7 Beginn die AU während des Bezugs von Transfer-KUG, geben Sie bitte abweichend von 2.2 die geforderten Beträge an.
- Zu 3. Anzugeben sind Dezimalstunden (z. B. 1 ½ Stunden sind 1,50 Stunden).
- Zu 3.2 Anzugeben ist die mit dem Arbeitnehmer vereinbarte Anzahl der **regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden**. Im Allgemeinen wird diese Stundenzahl mit der tarifvertraglichen bzw. betriebsüblichen Arbeitszeit übereinstimmen.
- Sofern innerhalb eines Betriebes mehrere unterschiedliche wöchentliche Arbeitszeiten vereinbart sind, ist die mit dem jeweiligen Arbeitnehmer vereinbarte **individuelle regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit** maßgebend.
- Bei unterschiedlichen, regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeiten für **Sommer- und Winterzeiten** ist die auf das Jahr bezogene regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit anzugeben.
- Zu 3.3 Durch Freizeit ausgeglichene bzw. noch auszugleichende Mehrarbeitsstunden werden nicht berücksichtigt. Daher sind nur solche Mehrarbeitsstunden anzugeben, die in Geld ausgeglichen werden.
- Wenn keine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit unter 3.2 eingegeben werden kann, weil keine vereinbart wurde, bitte hier anstelle der Mehrarbeitsstunden die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden eintragen.

Anlage 4 – Entgeltbescheinigung

Zu 4 Schließen die Fehltage (z. B. AU ohne Entgeltfortzahlung, unbezahlter Urlaub) arbeitsfreie Tage ein, so sind die arbeitsfreien Tage mit anzugeben.



Entgeltbescheinigung

zur Berechnung von **Krankengeld aufgrund einer Spende (Seefahrt)**

Zeichen Empfängerkrankenkasse

Name, Vorname des Sponsors

Name Spenderkrankenkasse/ Versicherungsunternehmen

Versicherungsnummer des Sponsors*

Personal-Nr.

Arbeitsunfähigkeit im Inland ab:

1 Allgemeines

1.1 An Bord / im Ausland bereits arbeitsunfähig ab

1.2 Arbeitsunfähig im Inland eingetroffen am

1.3* Am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit wurde noch gearbeitet

Ja

Nein

1.4* Während der Arbeitsunfähigkeit wird das Arbeitsentgelt weitergezahlt bis

Über den vorgenannten Tag hinaus wird teilweise Arbeitsentgelt weitergezahlt (z. B. Sachbezüge, Krankengeldzuschuss), welches zusammen mit dem Krankengeld das Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt um mehr als 50 EUR monatlich übersteigt

Ja

Nein

Falls das Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt um mehr als 50 EUR überschritten wird: Das Arbeitsentgelt wird gezahlt

laufend

bis zumbrutto monatlich

1.5 Das Arbeitsverhältnis wurde beendet amzum

durch Kündigung des Arbeitgebers

Kündigung des Arbeitnehmers

Fristablauf

Aufhebungsvertrag

Sonstiges

1.6* Bei Ende des Arbeitsverhältnisses bestand ein Urlaubsanspruch fürTage

diese verlängerten das Arbeitsverhältnis vombis

1.7* Besonderheiten

Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung

Ja

Nein

Anwendung des halben Beitragssatzes in der Pflegeversicherung (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)

Ja

Nein

Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung

Ja

Nein

Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung

Ja

Nein

Versicherungspflicht in der gesetzl. Rentenversicherung

Ja

Nein

Zuständiger RentenversicherungsträgerTeilnahme Arbeitszeitmodell (Wertguthaben nach § 7 Abs. 1a SGB IV)

Ja

Nein

Steuerpflicht in ausländischem Wohnsitzstaat aufgrund eines Doppelbesteuerungsabkommens

Ja, in

Kurzarbeitergeld, Saison-Kurzarbeitergeld oder Transfer-Kurzarbeitergeld (2.7) innerhalb des Entgeltabrechnungszeitraums (2.1, 2.5)

Ja

Nein

vombis

Während der Zeit der Entgeltfortzahlung wurde Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld bezogen.

Bitte um Übersendung der gesonderten Bescheinigung

2 Arbeitsentgelt

2.1* Durchschnittssteuer

Kennzahl

nach der Beitragsübersicht der BG Transport und Verkehrswirtschaft

2.2* Letzter abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit (1 Kalendermonat/mindestens 4 Wochen)vombis

2.3* Höhe des im letzten Entgeltabrechnungszeitraum erzielten Arbeitsentgelts einschließlich Sachbezüge, vermögenswirksame Leistungen, Mehrarbeitsvergütungen Arbeitsentgelt für Feier-/Ruhetage und lohnsteuerfreien Zuschlägen, jedoch ohne Berücksichtigung der Entgeltumwandlung, einmalig gezahltem Arbeitsentgelt und Kindergeld. Die Regelung zum Übergangsbereich ist zu beachten.

brutto

netto

2.4 Das im letzten Entgeltabrechnungszeitraum erzielte Bruttoarbeitsentgelt (2.2) weicht vom vereinbarten Monatsentgelt ab

Höhe des vereinbarten Bruttoarbeitsentgelts

Daraus ergibt sich ein Nettoarbeitsentgelt von

2.5 Weicht das Bruttoarbeitsentgelt in jedem der letzten abgerechneten 3 Monate (bzw. 13 Wochen) vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit regelmäßig vom vereinbarten Bruttoarbeitsentgelt ab oder wurden in den letzten 3 abgerechneten Monaten regelmäßig Mehrarbeitsstunden geleistet, ist dieses hier anzugeben.

Monat/Zeitraum	Bruttoarbeitsentgelt	Nettoarbeitsentgelt

3.* Fehlzeiten ohne Arbeitsentgelt

in den unter 2.2 und 2.5 angegebenen Zeiträumen sind folgende Fehlzeiten angefallen:

Monat/Zeitraum	Tage

Die mit einem * gekennzeichneten Positionen sind auf der Folgeseite erläutert.
Die o. g. Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V erhoben und verarbeitet. Die angeforderten Auskünfte sind notwendig, damit die Krankenkasse ihre gesetzliche Verpflichtung zur Berechnung des Krankengeldes erfüllen kann. Nach § 98 SGB X sind Sie verpflichtet, die hierfür erforderlichen Angaben zu machen.

vdek-Klassifikationsstufe: Intern

Angaben über das Arbeitsentgelt können der Abrechnung der Arbeitsentgelte entnommen werden, die bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit (AU) abgeschlossen war.

- Zu Versicherungsnummer Hier ist für gesetzlich krankenversicherte Spender die Krankenversicherungsnummer einzutragen. Liegt diese nicht vor oder ist der Spender nicht gesetzlich krankenversichert ist hier die Sozialversicherungsnummer zu erfassen.
- Zu 1.3 Hat der Arbeitnehmer die Arbeit noch während der Entgeltfortzahlung wieder aufgenommen, ist das Ausfüllen der Entgeltbescheinigung nur dann notwendig, wenn der Arbeitnehmer in diesem Zeitraum Anspruch auf Kurzarbeitergeld gehabt hätte. Das Krankengeld wird bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (Spende) durch die Krankenkasse des Empfängers gezahlt.
- Zu 1.4 Arbeitgeberseitige Leistungen, die für die Zeit des Bezugs von Krankengeld aufgrund einer Spende gezahlt werden, gelten als beitragspflichtige Einnahmen, soweit sie zusammen mit dem Nettobetrag des Krankengeldes das Nettoarbeitsentgelt um mehr als 50 EUR monatlich übersteigen. Hingegen bleibt eine Überschreitung bis zu 50 EUR im Monat unberücksichtigt. Zu den arbeitgeberseitigen Leistungen gehören insbesondere Zuschüsse zur Entgeltersatzleistung, vermögenswirksame Leistungen, Sachbezüge (z. B. Verpflegung, Unterkunft, Dienstwagen, Dienstwohnung), Firmen- und Belegschaftsrabatte, Kontoführungsgebühren, Zinsersparnisse aus verbilligten Arbeitgeberdarlehen und Telefonzuschüsse.
- Als Vergleichs-Nettoarbeitsentgelt gilt grundsätzlich der unter 2.3 bescheinigte Betrag. Wenn arbeitsvertraglich vereinbart ist, für Zeiten des Bezugs von Entgeltersatzleistungen ein dafür vereinbartes Nettoarbeitsentgelt auszugleichen, kann dieses als zu vergleichendes Nettoarbeitsentgelt herangezogen werden. Es ist ebenfalls zulässig, das monatlich im Falle der Beschäftigung zu zahlende Nettoarbeitsentgelt zugrunde zu legen.
- Zu 1.6 Jedes Heuerverhältnis verlängert sich grundsätzlich um den erworbenen Urlaub, vgl. § 25 Absatz 3 des Manteltarifvertrages für die deutsche Seeschifffahrt (MTV)
- Sofern der MTV – See Anwendung findet, darf grundsätzlich der Mindesturlaub nach § 54 Abs. 1 Seemannsgesetz (SeemG) von 2,5 Tagen je Kalendermonat abgegolten werden. Nur wenn der Mindesturlaub wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nicht mehr gewährt werden kann, weil z.B. ein neues Beschäftigungsverhältnis besteht, ist eine Abgeltung nach § 60 SeemG zulässig. Die Zeit des nicht abgegoltenen Urlaubs ist hier zu melden.
- Zu 1.7 Der **halbe Beitragssatz** in der Pflegeversicherung (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) kann nur bei Personen Anwendung finden, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bei Krankheit und Pflege **Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge** haben. In allen anderen Fällen ist „Nein“ anzukreuzen.
- Im Feld **Pflegeversicherungszuschlag für Kinderlose** ist „Ja“ anzukreuzen, wenn Versicherte nach Vollendung des 23. Lebensjahres keine Elterneigenschaft nachgewiesen haben.
- Falls der Arbeitnehmer zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit an einem **Arbeitszeitmodell** im Sinne des Gesetzes zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen (Wertguthaben nach § 7 Abs. 1a SGB IV) teilnimmt, ist dies entsprechend zu kennzeichnen. Tritt eine flexible Arbeitszeitregelung nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein, ist die Krankenkasse hierüber gesondert durch den Arbeitgeber zu informieren.
- Wird aufgrund des Bezuges von Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld während der Entgeltfortzahlung ein reduziertes Arbeitsentgelt gezahlt, ist die gesonderte Bescheinigung zum Nachweis des tatsächlich kalendertäglich gezahlten Arbeitsentgelts anzufordern. Tritt die Arbeitsunfähigkeit nach dem Ende der Kurzarbeit ein und wurde im letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld ausschließlich 100 v. H. Kurzarbeit/Saison-Kurzarbeitergeld bezogen, benutzen Sie bitte die „reguläre“ Entgeltbescheinigung. Auch bei Bezug von Transfer-Kurzarbeitergeld ist die „reguläre“ Entgeltbescheinigung zu nehmen.
- Zu 2.1 Sofern Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist die im letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für die Beitragsberechnung maßgebliche Durchschnittsheuer nach der Beitragsübersicht der Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft anzugeben. Sofern eine Übermittlung von Entgeltabrechnungszeiträumen für Seeleute für einen Zeitraum nach dem 01.01.2027 erforderlich ist, ist hier keine Eintragung vorzunehmen. Tritt während des Bezugs von Kurzarbeitergeld Arbeitsunfähigkeit ein, geben Sie bitte die Durchschnittsheuer und unter 2.3 das Arbeitsentgelt aus dem letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Kurzarbeit an.
- Für die an Bord eines im „Internationalen Schiffsregister – ISR“ eingetragenen Seeschiffes beschäftigten ausländischen Arbeitnehmer, die nicht nach EG-Recht oder Sozialversicherungsabkommen gleichgestellt sind, ist anstelle der Durchschnittsheuer die in EURO umgerechnete Bruttoheuer einschließlich Beköstigungssatz mit Berücksichtigung von Sonderzulagen anzugeben.
- Bei Durchschnittsheuern nach Abschnitt G der Beitragsübersicht sind hier die in den letzten 12 abgerechneten Monaten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit geleisteten beitragspflichtigen Einmalzahlungen anzugeben (z. B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Gewinnbeteiligung), sofern sie nicht in die Durchschnittsheuer eingeflossen sind.
- Zu 2.2 Das Krankengeld wird auf Grundlage des Nettoarbeitsentgelts ermittelt. Ausgangsbasis bildet das Arbeitsentgelt aus dem letzten vor Beginn der AU abgerechneten, abgelaufenen und mindestens 4 Wochen umfassenden Entgeltabrechnungszeitraum (Bemessungszeitraum).
- Als „abgerechneter“ Entgeltabrechnungszeitraum gilt ein Zeitraum, für den der Arbeitgeber üblicherweise die Entgeltberechnung abgeschlossen hat; der Zeitpunkt der Auszahlung oder der Bankgutschrift beim Arbeitnehmer spielt keine Rolle.
- Der Abrechnungszeitraum ist auch dann zu melden, wenn darin Zeiten ohne Arbeitsentgelt (z.B. Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub) enthalten sind; es genügt, wenn für den Versicherten zumindest für einen Teil des Bemessungszeitraums Arbeitsentgelt abgerechnet worden ist.
- Tritt die AU während dem Bezug von Kurzarbeitergeld ein, geben Sie bitte den letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Kurzarbeit an. Tritt die AU nach dem Ende der Kurzarbeit ein und wurde im letzten abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit Kurzarbeitergeld/Saison-Kurzarbeitergeld bezogen, sind das im letzten Entgeltabrechnungszeitraum tatsächlich erarbeitete Arbeitsentgelt (2.3) und bei festem Monatsentgelt das vereinbarte Arbeitsentgelt (2.4) anzugeben.
- Hat die Beschäftigung erst während des Abrechnungszeitraums begonnen und liegt bei Beginn der AU
- ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor, so ist dieser Entgeltabrechnungszeitraum auch dann für die Regelentgeltberechnung heranzuziehen, wenn er noch keine 4 Wochen umfasst.

- kein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum vor, ist grundsätzlich das vom Beginn des Beschäftigungsverhältnisses an bis zum Tage vor Eintritt der AU erzielte Arbeitsentgelt der Berechnung des Regelentgelts zugrunde zu legen.
- ein abgelaufener, aber noch nicht abgerechneter Abrechnungszeitraum vor, so ist die Zeit vom Beginn der Beschäftigung bis zum Ende des Abrechnungszeitraumes maßgebend.
- ein abgerechneter, aber noch nicht abgelaufener Abrechnungszeitraum vor, so ist die Zeit vom Beginn der Beschäftigung bis zum Ende des Abrechnungszeitraums zu bescheinigen.

Fällt der Beginn der AU in die Zeit

- nach dem Ende der Elternzeit, bevor ein abgerechneter Entgeltabrechnungszeitraum von mindestens 4 Wochen vorliegt, ist zu verfahren, als wenn ein neues Beschäftigungsverhältnis vorliegt.
- der Elternzeit, so ist der letzte Entgeltabrechnungszeitraum mit Arbeitsentgelt vor Beginn der Elternzeit maßgebend.

Änderungen im Beschäftigungsverhältnis – wie der Wechsel von Teilzeit nach Vollzeit - zwischen letztem Entgeltabrechnungszeitraum und Beginn der AU, bewirken keine Änderung des Bemessungszeitraums. Der Wechsel von einem Ausbildungs- in ein Arbeitsverhältnis begründet ein neues Beschäftigungsverhältnis.

Hat ein Arbeitnehmer eine Entgeltsatzleistung bezogen und wird direkt im Anschluss daran Krankengeld gewährt, so ist nach § 49 SGB IX auch für diese Leistung von dem bisher zugrunde liegenden Entgeltabrechnungszeitraum auszugehen.

Zu 2.3 Zum **Bruttoarbeitsentgelt** in diesem Sinne gehören alle Bezüge für Arbeitsleistungen und Entgeltfortzahlung in dem unter 2.2 angegebenen Zeitraum. Es spielt keine Rolle, unter welcher Bezeichnung und in welcher Form die Bezüge geleistet worden sind. Unbedeutend ist es auch, ob sie unmittelbar aus der Beschäftigung oder im Zusammenhang mit ihr erzielt wurden. Erfasst werden z. B. auch beitragspflichtige Arbeitgeberaufwendungen für die Zukunftssicherung des Arbeitnehmers, vermögenswirksame Leistungen, Mehrarbeitsvergütungen, freiwillige Zahlungen, **steuerfreie Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit, umgewandeltes Entgelt zum Aufbau einer privaten Altersversorgung** und nach § 37b EStG pauschal versteuerte Sachzuwendungen.

Zeitversetzt gezahlte variable Bestandteile des Arbeitsentgelts (z. B. Mehrarbeitsvergütungen) und laufende Provisionen werden insoweit berücksichtigt, als sie zur Berechnung der Beiträge dem maßgebenden Abrechnungszeitraum zugeordnet worden sind. Dies gilt auch dann, wenn diese Entgeltbestandteile aus Vereinfachungsgründen wie einmalig gezahltes Arbeitsentgelt behandelt worden sind. Werden die variablen Arbeitsentgeltbestandteile regelmäßig monatlich zeitversetzt ausgezahlt, ist als Bruttoarbeitsentgelt das im Bemessungszeitraum tatsächlich abgerechnete Arbeitsentgelt zugrunde zu legen. 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.

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 AU liegt. Die Nachzahlung wird in diesem Fall insoweit mitbescheinigt, als sie sich auf den maßgebenden Abrechnungszeitraum (2.1) bezieht.

Nicht zum maßgebenden Bruttoarbeitsentgelt gehört **einmalig gezahltes Arbeitsentgelt**, d. h. Bezüge, die nicht für die Arbeit in dem einzelnen Abrechnungszeitraum gezahlt worden sind (z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld, Urlaubsabgeltungen, Gewinnbeteiligungen), und ggf. gezahltes **Kindergeld**.

Das Bruttoarbeitsentgelt wird **nicht auf die Beitragsbemessungsgrenze gekürzt**.

Nettoarbeitsentgelt ist hier das um die gesetzlichen Abzüge (Lohn- und Kirchensteuer; Solidaritätszuschlag; Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung) verminderte Bruttoarbeitsentgelt einschließlich der Sachbezüge, jedoch ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt und ohne ggf. gezahltes und in der Lohnsteuer-Anmeldung abgesetztes Kindergeld. Umlagebeiträge zur Finanzierung des Zuschuss- und des Mehraufwands Wintergeldes sowie die Pflichtbeiträge zu berufsständischen Versorgungseinrichtungen sind wie gesetzliche Abzüge ebenfalls entsprechend zu berücksichtigen, soweit der Arbeitnehmer diese jeweils selbst trägt. Für Arbeitnehmer, welche aufgrund eines Doppelbesteuerungsabkommens im Wohnsitzland versteuert werden und dort die alleinige Besteuerung von Entgeltsatzleistungen vorgesehen ist (z.B. Frankreich), ist abweichend zu den vorhergehenden Aussagen das fiktive Nettoarbeitsentgelt ohne den Abzug fiktiver Steuern anzugeben.

Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei privat Krankenversicherten sind außerdem die Beiträge der Arbeitnehmer zur Kranken- und Pflegeversicherung (vermindert um den Beitragszuschuss des Arbeitgebers), vom Bruttoarbeitsentgelt abzuziehen.

Bei Arbeitsentgelten innerhalb des Übergangsbereichs (§ 20 SGB IV) ist das tatsächliche Brutto- und Nettoarbeitsentgelt – also **unter** Berücksichtigung der besonderen beitragsrechtlichen Regelungen für den Übergangsbereich – einzutragen.

Erhält der Arbeitnehmer zum Schutz vor einer unverhältnismäßigen Belastung durch Zusatzbeiträge einen Sozialausgleich durch den Arbeitgeber, bleibt diese individuelle Verringerung bei der Berechnung des Nettoentgelts außer Betracht.

Hat der Arbeitnehmer demnach in dem unter 2.1 bescheinigten Abrechnungszeitraum **einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, Sachbezüge oder einen Sozialausgleich** erhalten oder ist er in Deutschland versichert aber hat seinen Wohnort in einem anderen Mitgliedsstaat, bitten wir Sie, das Nettoarbeitsentgelt fiktiv zu ermitteln. Dafür gilt folgendes **Berechnungsschema**:

Steuer/ Sozialversicherungsbeiträge (A)	Nettoarbeitsentgelt (B)
Gesamt-Bruttoarbeitsentgelt – Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt	laufendes Bruttoarbeitsentgelt (A) – Lohn- und Kirchensteuer sowie Solidaritätszuschlag – Sozialversicherungsbeiträge
= fiktives steuerrechtliches Bruttoarbeitsentgelt/ bzw. laufendes Bruttoarbeitsentgelt → davon Lohn- und Kirchensteuer sowie Solidaritätszuschlag (unter Berücksichtigung aller Steuerabzugsmerkmale (inklusive Hinzurechnungsbeträge). → davon Sozialversicherungsbeiträge (ohne Berücksichtigung des Sozialausgleichs)	= Nettoarbeitsentgelt (B)

Zu 3 Schließen die Fehltage (z. B. Arbeitsunfähigkeit ohne Entgeltfortzahlung, unbezahlter Urlaub) arbeitsfreie Tage ein, so sind die arbeitsfreien Tage mit anzugeben.

